

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

132

[Handwritten signature]

[Handwritten notes]

INCIDENCIA DE DISPLASIA CERVICO-UTERINA HOSPITAL DE LA MUJER, S.S.



HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

M.C. José Antonio Ramírez Ochoa

Asesor: Dra. Ma. de Lourdes Martínez Zuñiga



México, D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A JOSEFINA POR DARME LA VIDA

A RAFAEL POR SER MI PADRE

A VICKY, PAU Y SUSI

CON AMOR

A MIS HERMANOS

POR SU APOYO

A MIS MAESTROS Y

PACIENTES POR SUS

ENSEÑANZAS

INDICE

CAPITULO I./	INTRODUCCION
CAPITULO II./	MARCO TEORICO II.1 Antecedentes II.2 Etiologia II.3 Epidemiologia II.4 Diagnóstico
CAPITULO III./	HIPOTESIS
CAPITULO IV./	OBJETIVOS
CAPITULO V./	JUSTIFICACION
CAPITULO VI./	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION
CAPITULO VII./	MATERIAL Y METODOS
CAPITULO VIII./	RESULTADOS
CAPITULO IX./	DISCUSION
CAPITULO X./	CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA	

CAPITULO I

INTRODUCCION

Este inciso es quizá el más importante y controvertido ya que si no se logra establecer el concepto o definición del problema a estudiar, el resto del estudio carecerá de cimientos, así pues, se puede describir que el objetivo de esta tesis es el estudio de las **Lesiones Premalignas del Cuello Uterino**.

Este intento de definición del problema a estudiar puede abarcar una serie muy amplia de lesiones cervicales, sin embargo, durante la realización de este trabajo nos enfocaremos principalmente al término de "**DISPLASIA**", que desde el punto de vista etimológico significa "alteración del desarrollo", y si lo describimos con más exactitud se definiría como "todo epitelio escamoso situado sobre la superficie o en las glándulas, que muestra alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma in situ" Por otra parte la OMS la define como: lesión en la que una parte del epitelio escamoso se halla reemplazado por células que muestran un grado de atipia variable

Una vez establecida la definición del término "displasia" la cual no es aceptada por todos según veremos en el siguiente capítulo, el siguiente paso a seguir es establecer el objeto de estudio de esta tesis

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El interés por estudiar la incidencia de la displasia cervico-uterina en el Centro de Salud de Zamora, Mich. estriba en que existen reportes en la literatura internacional sobre este tema, no obstante, no existen valores establecidos a la fecha en este centro de salud que puedan ser constatados con los diferentes reportes publicados en las revistas especializadas y/o libros que tratan sobre este tema.

Partiendo de lo anterior se intentará establecer la incidencia de las displasias y que factores de riesgo son dignos de ser tomados en cuenta de acuerdo a lo publicado internacionalmente. También se intentará esclarecer el rubro referente a la terminología, ya que a pesar de los múltiples intentos para establecer conceptos y definiciones, aún persisten publicaciones con diferente terminología que en ocasiones en lugar de aclarar, complican la unificación de criterios.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO

II.1 ANTECEDENTES.

Para hablar de los antecedentes de este tema es de justicia recordar a un joven médico griego que en el año de 1913 emigró a los Estados Unidos, como todos los llegados a ese país, traía entre sus entrañas el espíritu de superación, sin saber, que el destino le deparaba el revolucionar la detección de cáncer de cérvix en un futuro muy cercano.

A lo largo de los años 20, el inventor de frotis vaginal George N. Papanicolaou se había alentado por los progresos logrados en su investigación sobre la capacidad diagnóstica de los frotis vaginales humanos llegando a comentar, "La primera observación de células cancerosas en un frotis del cérvix uterino, fue una de las experiencias más emocionantes de mi carrera científica

Cuando el Dr. Papanicolaou presentó sus primeros hallazgos respecto a sus investigaciones, la respuesta fue más favorable entre la prensa no especializada que entre sus colegas ya que al ser fácil obtener la biopsia de cérvix, se argumentaba que el frotis parecía innecesario. No obstante

Papanicolaou no perdió la fe y continuó adelante en sus investigaciones. El trabajo en los siguientes años fue incesante en la Facultad de Medicina de Cornell, hasta que en 1939, once años después de su primera publicación (4), obtuvo la autorización para la toma de frotis rutinarios del tracto genital de las pacientes ingresadas al New York Hospital, y escribía, "utilizando el frotis vaginal, se han descubierto considerables casos asintómicos, por lo tanto no sospechados de neoplasias uterinas, algunos se hallaban en un estado tan inicial, que no eran visibles a simple vista o demostrables mediante biopsia.

Sus hallazgos fueron sometidos a exámenes muy rigurosos y no fue sino hasta aproximadamente 25 años después de su primera publicación que se hicieron proyectos piloto para tamizajes masivos con el frotis del Papanicolaou.

La prueba del frotis del Papanicolaou es cómoda, rápida, mínimamente invasiva, indolora y económica, el Dr. Koss opina al respecto: "Es quizá la única prueba eficaz de "screening" del cáncer, conocida en la actualidad (11), mediante la detección de lesiones precursoras de carcinoma en muestras celulares obtenidas a partir de cérvix, la prueba permite un tratamiento precoz de estas anomalías".

Aún en la actualidad se han planteado preocupaciones en torno a la sensibilidad del "screening" del cáncer cérvix, a este respecto el Dr. Koss comentó: "es evidente que el sistema del control del cáncer de cérvix ha supuesto un gran logro y ha salvado la vida de muchas mujeres, pero también puede llevar a grandes fracasos" (11), esto relacionado con diversas

publicaciones que señalan altos índices falsos negativos que van desde 8 hasta el 50%. A pesar de estas publicaciones, su utilidad es demostrable con un solo ejemplo: en 1930 en Estados Unidos morían 27 por cada 100 000 mujeres y en 1976 morían solo 8 por cada 100 000, esto claro, por cáncer de cérvix. Los motivos que argumentan los detractores de esta prueba son: muestreo inadecuado del material a analizar, procesado incorrecto en el laboratorio y evaluación errónea de las muestras, proponiendo como alternativa lo siguiente: paciente en posición correcta, iluminación adecuada, visualización total del cérvix, instrumento de muestreo apropiados, muestras fijadas y etiquetadas rápidamente, así como una correcta interpretación del espécimen obtenido, (12, 20, 25). Como se puede observar las propuestas para mejorar los resultados todas son factibles y quedan englobadas en el aspecto técnico, además de que se siguen realizando esfuerzos por mejorar su eficacia.

II.2 ETIOLOGIA.

A este respecto se han invocado varios aspectos que en la gran mayoría de los casos caen en factores de tipo epidemiológico más que etiológicos propiamente dichos, como se podrá leer posteriormente. Así pues, entre los factores etiológicos solamente se hacen comentarios sobre algunos y el resto en el inciso de epidemiología.

Se acepta en general, que determinados agentes transmitidos sexualmente, tiene acción carcinogénica. Entre estos agentes ocupa un lugar

primordial el virus del Papiloma Humano (VPH), que pertenece a la familia de los Papoviridae. Se supone en la actualidad que el VPH es el factor etiológico que guarda más íntima relación con las lesiones precursoras del cáncer de cérvix y el cáncer mismo en general. Las diferentes publicaciones varían un poco en los porcentajes reportados y en los tipos de VPH, sin embargo, la gran mayoría concuerdan con poco margen de diferencia, así los principales tipos de VPH descubiertos son: 16-18-31-33-35-39 y 42. Estos de VPH son detectados mediante la utilización de varios métodos a saber: tira reactiva de Vira/Pap/Vira Type o bien por la Reacción de Polimerasa en Cadena.

Los porcentajes respecto a la presencia de estos tipos de VPH varía desde un 3.5% en la población asintomática, hasta un 94% a 100% en pacientes con patología ginecológica (7,23,26). Respecto a los tipos 6 y 11 aunque se encuentran frecuentemente en los condilomas acuminados (7) se relacionan con lesiones precursoras de cáncer de cérvix (7). Por otra parte, con seguridad, en el pasado infecciones por VPH fueron diagnosticadas como displasias y se sobrevaloró la asociación entre si

Otro agente que frecuentemente se menciona como etiológico es el Virus del Herpes Simple Hominis tipo II, aunque en ocasiones en forma ocasional se menciona el tipo I. Al respecto se señala que el potencial oncogénico del Virus del herpes simple (HV), sólo o asociado con otros factores carcinogénicos pueden penetrar en las células que componen en la metaplasia escamosa, vehiculizados por la actividad sexual, sin destruir estas células, pero alterando su función, morfología y capacidad de crecimiento, y, en su interior existiría

una asociación de material viral génico (genoma vírico), suponiéndose que la transformación celular producida por los virus constituye el primer paso hacia la malignidad. Al HV a la fecha se concede poca importancia, aunque, algunos autores, hablan de una interacción HV-HPV para que se lleve a cabo la acción cancerígena (7, 15, 19).

Entre otros agentes mencionados pero de menor relevancia se encuentran los siguientes:

Trichomonas, Treponema pallidum y Chlamydia trachomatis, todos estos referidos en diferentes publicaciones parecen ser más coincidencia que agente etiológico. Los factores nutricionales son evaluados constantemente y existen diversas publicaciones que hablan de deficiencia de los siguientes nutrientes. beta carotenos, alfa tocoferol y ácido ascórbico (2, 14, 17), en nuestro medio no existe reporte alguno relacionado con estos micronutrientes y sería interesante que se llevara a cabo un estudio relacionado con ellos.

II.3 EPIDEMIOLOGIA.

La frecuencia de las lesiones premalignas (displasias) varía ampliamente, ya que algunos reportan prevalencia, otros incidencia, y otros más, porcentajes (como en este estudio), a pesar de lo anterior se puede decir que la mayoría de los reportes quedan entre un 3 y un 8% (9, 11, 26)

La edad promedio de presentación de estas lesiones es entre la tercera y la cuarta década (25 a 35 años) y las lesiones francas de cáncer en promedio alrededor de los 45 años (21). Esto concuerda con la insistencia de que la periodicidad máxima entre una citología cervicovaginal y otra debe ser de un año, y, aunque la población en general permite que pase más tiempo, las lesiones más avanzadas pueden detectarse oportunamente puesto que se supone que una lesión premaligna puede durar de 8 a 15 años en pasar a ser cáncer francamente positivo (16).

Hace ya muchos años se sabe que determinados factores guardan relación con las lesiones premalignas y que define lo que llamamos factores de riesgo. Entre ellos se anotan únicamente los más aceptados, que son: bajo nivel socioeconómico, Inicio de vida Sexual (IVSA) temprana, multiparidad, promiscuidad sexual, prostitución, cervicitis crónica, raza tabaquismo, infecciones virales, factores genéticos, de todos estos elementos se obtiene una conclusión después de algunos comentarios al respecto

El nivel o estrato socioeconómico bajo ha sido propuesto desde siempre, a pesar de esto, diferentes publicaciones han hechado por tierra esta vieja creencia (3, 18, 21, 26) y este factor se correlaciona con otros que se mencionan en el siguiente párrafo. El inicio de Vida Sexual Activa a temprana edad es una de las variantes más importantes, así como la multiparidad, cervicitis crónica y la promiscuidad sexual, coincidiendo con ellos prácticamente todas las publicaciones que hablan sobre este tema, así como la infección por virus (VPH y HV). El tabaquismo lo relacionan algunos autores aunque un bajo porcentaje

(3, 21), respecto a los otros factores se mencionan en poca escala. Si se intentará hacer un listado de los 'Factores de Riesgo' se podrían resumir en los siguientes:

- 1.-IVSA en forma precoz (antes de los 18 años)
- 2.-Promiscuidad sexual (varios compañeros)
- 3.-Infecciones Virales (VPH y HV)
- 4.-Tabaquismo
- 5.-Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual
- 6.-Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino.

HISTORIA NATURAL

Se acepta en general que las displasias se originan de la metaplasia escamosa y el epitelio escamoso original, con una inclinación en la mayoría de los casos epitelio escamoso normal. Topográficamente se ha visto que la displasia se localiza distalmente en el cérvix.

Desde el punto de vista evolutivo la sucesión de eventos es de Displasia Leve a Moderada y de ésta a Severa que a su vez dará paso al cáncer de cérvix invasor (7) Sin embargo no es raro que una displasia leve, sea el origen directo de un cáncer invasor, sin pasar por Ca Cu in situ

Desde el punto de vista biológico, existen reportes que habian de

regresión espontánea de la displasia desde un 30.5% a los 6 meses hasta un 77.3% a los 4 años y medio (5,16), sin tratamiento alguno y únicamente con seguimiento citológico periódico. De esta aparente controversia se podría concluir lo siguiente: las displasias podrían incluir dos tipos de lesiones, unas semejantes al carcinoma in situ clásico y otras que son alteraciones benignas, es decir, las primeras persistirán y las segundas no. Lo realmente trascendental es que morfológicamente no son diferenciales y solo la evolución clínica nos permitirá distinguirlas. Genéticamente hablando el primer caso correspondería a una aneuploidia y el segundo a una poliploidia, sin embargo, desde el punto de vista práctico no es útil la determinación del contenido genético.

II.4 DIAGNOSTICO.

Este se lleva a cabo en base a lo publicado en 1928 por George N Papanicolaou, es decir, se basa en la toma de células del fondo de saco posterior y de la unión escamo-columnar, para ello existen varias formas de llevar a cabo la toma de la muestra y son: con hisópo de algodón, espátula, de Ayre, cytobrush o bien por aspiración con perilla. Al respecto existen reportes en contra de la toma con hisópo de algodón y los argumentos son: desecación de la muestra e imágenes citológicas alteradas, haciendo una recomendación amplia sobre la espátula de Ayre y el cytobrush, pues los resultados son de mejor calidad y más confiables al utilizar estos dispositivos ya mencionados (20, 25)

Una vez obtenida la muestra adecuada y procesada de la misma manera, el

parámetro de mayor importancia para hablar de lesión premaligna o displasia asociada a VPH, es la presencia de koilocitos, que son células escamosas con cambios nucleares caracterizados por crecimiento, hiper cromasia, plegamiento, vacuolización citoplásmica y adelgazamiento de la membrana celular. La vacuolización sin cambios nucleares no nos habla de koilocitos y pueden observarse en una célula glucogenada o inflamada como en la trichomoniasis. Para casos inciertos y evita falsos positivos se habla de: células atípicas de significado indeterminado, probablemente representando VPH (13, 22).

Otro elemento de gran valor es la presencia y número de mitosis, siendo estas más frecuentes en el carcinoma in situ y disminuyendo en su aparición hasta ser menor frecuencia en la displasia leve (10).

El siguiente paso a seguir sería la realización de colposcopia y biopsia dirigida o bien escisión con Asa de Diatermia (6, 7, 21), aunque existe controversia y la tendencia actual para ser hacia la utilización del Asa de Diatermia con todas las desventajas que se le imputan, pero, una gran ventaja es que puede ser diagnóstico-terapéutico y que la muestra para estudio si es bien manejada y procesada en forma idónea da información de suma importancia.

De gran relevancia es la manera de expresar el diagnóstico y para ellos existen diferentes terminos que se anotan a continuación en el inciso referente

a

TERMINOLOGIA:

Hasta antes de los 60's se utilizaban términos que lejos de unificar, provocaban la aparición de diversa terminología (7) que de acuerdo a la muy personal forma de interpretación de los autores emitían diagnósticos como los siguientes:

- Epitelio atípico simple
- Epitelio con elevada atipia
- Hiperplasia de células basales
- Hiperplasia de células espinosas y anaplasia
- Epitelio superficial carcinomatoso
- Metaplasia precancerosa
- Lesiones border-line
- Enfermedad de Bowen
- Leucoparaqueratosis, etc ..

Los términos anotados son solo algunos de la gran variedad reportada en ese tiempo, en 1961 en el I Congreso Internacional de Citología (1), se propuso englobar con la palabra "displasia", toda una serie de lesiones premalignas. En ese mismo congreso se intentó establecer la terminología que esclarecía esta confusión y entre otros afirmó el concepto de Carcinoma in situ como "aquel caso en que no existe invasión y en el epitelio superficial no hay signos de diferenciación"

Posteriormente en 1967 Richart introduce el concepto de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y se fundamenta en que entre displasias y el carcinoma in situ existe la semejanza suficiente para concluir que son los estadios evolutivos de una misma entidad, y existe cierta similitud entre los diferentes grados a entender y las anomalías que fundamentalmente la caracterizan son:

- a) Afección del epitelio superficial incluyendo las glándulas
 - b) Pérdida de la estratificación y de la polaridad
 - c) Ausencia de diferenciación y maduración celular
 - d) Relación núcleo-citoplasma aumentada
 - f) Aumento en el número de mitosis e incluso mitosis anormales
- y se clasifica en tres grados a saber:

NIC I (Displasia Leve) esta afectando el tercio inferior del epitelio

NIC II (Displasia Moderada) esta afectando entre un tercio y dos tercios del epitelio

NIC III (Displasia Severa y Ca Cu in situ) esta afectando todo el grosor del epitelio(19).

Reciente se ha propuesto una nueva clasificación que se conoce con el nombre de Sistema de Bethesda (13). Este sistema fue introducido para intentar poner orden en el caos de reportes citológicos, reemplazando la clasificación numérica, así como la de displasia y neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e incluye las siguientes categorías

- 1.- Atipia de células escamosas de significado indeterminado
- 2.- Lesión Intraepitelial escamosa (SIL) que se divide en Bajo Grado de Malignidad incluyendo cambios celulares asociados a VPH, displasia leve y NIC I, lesión intraepitelial escamosa de Alto Grado de Malignidad que incluye displasia moderada, severa y Ca Cu in situ.
- 3.- Carcinoma de células escamosas.

Esta clasificación se basa en la morfología, conducta y características virológicas, este último en el caso de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado de malignidad

Es importante asentar que esta clasificación, aún no es aceptada internacionalmente, y debe pasar algún tiempo para saber si cumple su finalidad de unificar criterios o bien es una clasificación más en el amplio ámbito de las ya publicadas.

CAPITULO III

HI P O T E S I S

1.- Demostrar que la frecuencia y los factores condicionantes de la displasia cervico-uterina no varían en forma importante en la literatura internacional respecto a los que se encuentran en la población de pacientes del Centro de Salud de Zamora, Mich.

2.- Establecer que si se lleva a cabo una detección temprana y oportuna de la displasia cervico-uterina, disminuirían los casos del cáncer de cérvix y por el de sus repercusiones orgánicas y socio-familiares.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

- 1.-Determinar la frecuencia de presentación de displasia de cérvix en el Centro de Salud de Zamora, Mich.
- 2.-Establecer cual es el factor etiológico más frecuente en las pacientes portadoras de displasia.
- 3 -Obtener frecuencias de factores epidemiológicos en relación con las displasias cervicales en el Centro de Salud de Zamora, Mich.
- 4.-Proponer alternativas de la solución a la problemática encontrada.
- 5 -Contrastar los resultados obtenidos con los reportados en la literatura internacional.
- 6 -Obtener conclusiones que redunden en beneficio de la institución y de sus pacientes.

CAPITULO V

JUSTIFICACION

La justificación de este trabajo es comprensible pero se ha dado que el cáncer cervico-uterino es el más frecuente en nuestro medio a pesar de los adelantos tecnológicos y los grandes presupuestos que se destinan a disminuir la incidencia de esta entidad. De antemano se sabe que las repercusiones socioeconómicas y familiares que este padecimiento provoca, además de que se supone que es más fácil prevenir que dar tratamiento y, por lo tanto, se deben encausar recursos para la detección oportuna las lesiones precursoras de cáncer y la aplicación de la citología para este fin.

CAPITULO VI

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo a los parámetros conocidos, la presente investigación es **OBSERVACIONAL** ya que no se modifica ninguna variable, **TRANSVERSAL** porque se examinan las características de un grupo en un momento dado, **RETROSPECTIVA** porque se revisan los expedientes de las pacientes y **DESCRIPTIVA** pues no se establecen comparaciones con ningún otro grupo de pacientes u otro fenómeno. El tiempo comprendido fué de Enero a Abril de 1995.

CAPITULO VII

METODOLOGIA:

POBLACION Y MUESTRA.

El número total de pacientes incluidas en este estudio fueron 500, que acudieron en forma espontánea al servicio de Consulta Externa al Centro de Salud de Zamora, Mich., algunas de ellas fueron canalizadas por el Programa de Fomento a la Salud. A estas pacientes se les tomo muestra citológica de fondo de saco y de la unión escamo-columnar

Utilizando hisópo de algodón y en menos casos utilizando la espátula de Ayre. Para fijar las muestras se utilizó cito-spray de tipo comercial. La población promedio de este estudio pertenecía al estrato socio-económico bajo a medio-bajo

Todas las muestras fueron examinadas por dos cito-tecnólogos con adiestramiento específico para ello y de conocida experiencia, aquellos que resultaban con alteraciones inflamatorias severas, sospechosas y con diagnóstico de displasia fueron revisados y avalados y descartados por un citopatólogo

Las características citológicas tomadas en cuenta para diagnosticar

displasia fueron:

- 1.-Ausencia de hipercromasia
- 2.-Perdida de la relación núcleo-citoplasma
- 3.-Presencia de uno o más núcleos anormales
- 4.-Acidofilia citoplásmica anormal
- 5.-Asociación con koilocitos (VPH).

Los criterios de inclusión fueron:

Edad, escolaridad, tiempo transcurrido entre la última toma de citología y la actual, tabaquismo, menarca, antecedentes gestacionales, edad del primer embarazo, edad de IVSA, método de Planificación Familiar utilizado, hallazgos clínicos a la especuloscopia, infecciones asociadas y número de parejas sexuales

Los criterios de exclusión fueron:

Pacientes embarazadas, puerperio reciente, medicación tópica reciente, crioterapia o electrofulguración reciente, menopausia, histerectomía total abdominal y enfermedades concomitantes que pudieran alterar los resultados.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

De las 500 pacientes estudiadas, se encontraron 24 portadoras de displasia que representa un 4.8% del total. De los 24 casos, 22 fueron diagnosticados como displasia moderada (ver gráfica correspondiente).

En primer intento por clasificar a las pacientes se ordenaron por grupos de edad, obteniendo como edad media 36.2 años con un rango entre 18 y 49 años de edad, cabe mencionar que la mayoría de pacientes acudieron a consulta por problemas de diversa índole y no específicamente para toma de citología cervico-vaginal (DOC), los diferentes grupos de edades y sus porcentajes se muestran en el cuadro 1, con su respectiva gráfica.

En las 24 pacientes, la escolaridad era de pocos años, entre las analfabetas y las que contaban con primaria incompleta o completa hicieron un total de 87.5%. Para mayor claridad consultar el cuadro 2.

Un factor de diagnóstico y pronóstico que considere importante y que las publicaciones actuales no toman en cuenta es el tiempo transcurrido entre una toma y otra. Se considera de valor ya que un 75% de las pacientes que resultaron positivas a displasia eran de Primera vez o bien había pasado entre 1 y 4 años de la última toma como se observa en el reporte del cuadro 3.

En el cuadro 4 se pueden consultar los datos obtenidos en relación a Menarca, IVSA y de edad del primer embarazo, pues este último es considerado como un factor de riesgo. Resalta la edad media en IVSA que fué de 18.7 años del primer embarazo que fué de 20.1 años. La edad media en presentación de la menarca fué de 13.6 años

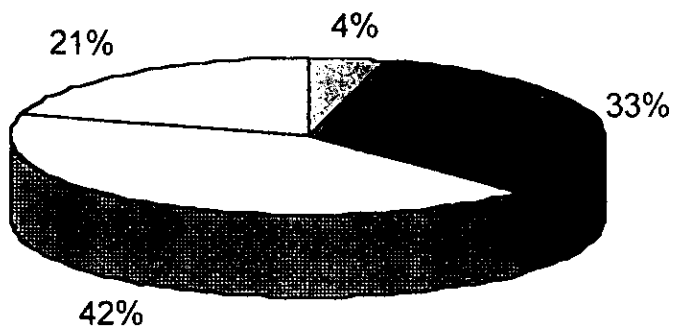
Los antecedentes gestacionales son de suma importancia en cualquier historia clínica y esta no fué la excepción, sobre todo, lo referente a la multiparidad y la media fué de 4.5.

En cuanto a los métodos de Planificación Familiar utilizados por los pacientes únicamente destaca el uso del DIU por 7 pacientes que representa un 30.1%.

Referente a las infecciones cervico-vaginales como factor etiológico, el VPH se presentó en un 25% de los pacientes (6) y en un 62.7% (15) no hubo detección de infección alguna, para más detalle se puede consultar el cuadro 7

Finalmente en el cuadro 8 se anotan los datos clínicos encontrados a la especuloscopia y se observa que un 50% de las pacientes presentaba erosión cervical y un 37.5% leucorrea sin características especiales. Uno de los factores de riesgo que también se tomó en cuenta fué el tabaquismo, en este estudio solo se encontró una paciente fumadora que consumía un cigarrillo al día. En cuanto al número de parejas sexuales todas excepto una eran monógamas, tal paciente tenía dos parejas sexuales.

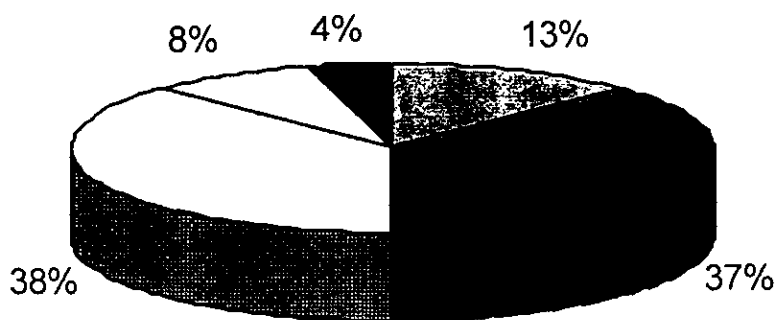
CUADRO 1



Distribución de las pacientes por grupo etáreo

Edad	No. de Pacientes	Porcentaje
Menor de 20 años	1	4.0
21 - 30 años	8	33.0
31 - 40 años	10	42.0
41 - 50 años	5	21.0

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A.

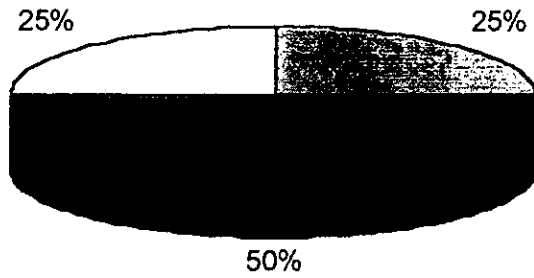


CUADRO 2

Grado de Escolaridad

Escolaridad	No. de Pacientes	Porcentaje
Analfabetas	3	13
Primaria incompleta	9	37.5
Primaria completa	9	37.5
Secundaria	2	8
Otras	1	4

C.S.U. Zamora, Mich S.S.A



CUADRO 3

Tiempo transcurrido a la última toma de citología

Tiempo	No. de Pacientes	Porcentaje
Primera vez	6	25
Menos de un año	12	50
1 - 4 años	6	25

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A.

CUADRO 4

Menarca		IVSA		Edad del Primer embarazo	
11 años	1	14 años	1	16 años	3
12	4	15	3	17	3
13	8	16	1	18	2
14	5	17	3	19	4
15	4	18	6	20	4
16	3	20	3	21	1
		21	3	22	2
Media 13.6 años		22	3	23	2
		24	1	25	1
				28	2
		Media 18.7 años			
				Media 20.1 años	

C S U Zamora, Mich. S.S.A

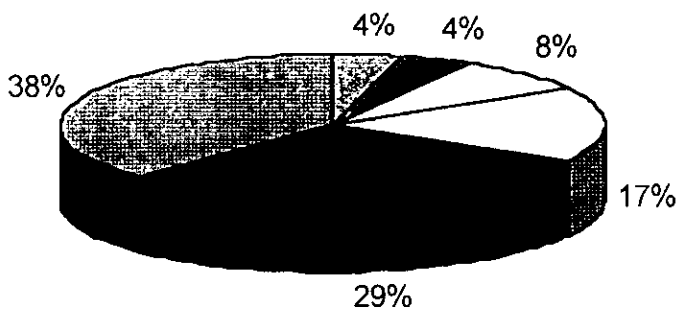
CUADRO 5

Antecedentes gestacionales

Edad	Gestaciones	Partos	Abortos	Cesáreas
< de 20 años	1	1		
21 - 30	3.3	3.3		
31 - 40	5	4.2	0.7	0.1
41 y más	9.4	8.2	1.2	
	Media 5.4	Media 4.5		

Los números fueron obtenidos al realizar la media de cada edad.

C.S.U. Zamora Mich. S.S.A.



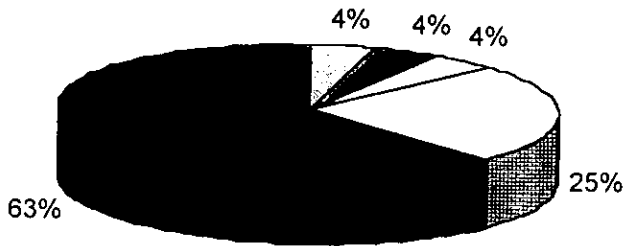
CUADRO 6

Métodos de planificación familiar

Método	No. de Pacientes	Porcentaje
Hormonales Orales	1	4
Hormonales Inyectables	1	4
Barrera	2	8
S.C.B.	4	17
DIU	7	29
Ninguno	9	38

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A

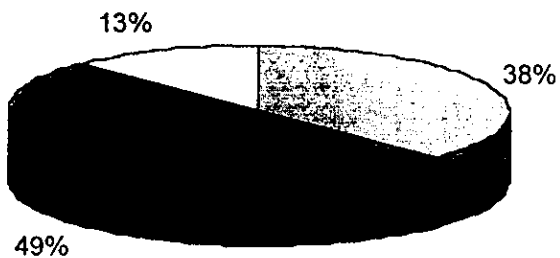
CUADRO 7



Infecciones

Agente	No. de Pacientes	Porcentajes
Herpes Virus	1	4
Candida	1	4
Gardnerella	1	4
V.P.H.	6	25
Sin infección	15	63

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A.



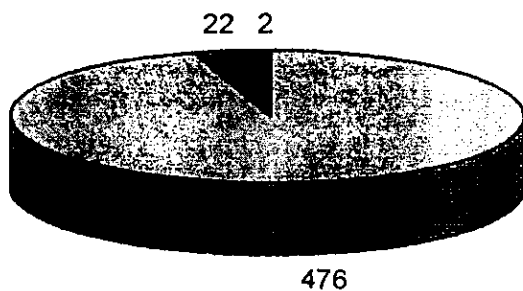
CUADRO 8

Signos y Síntomas

Signos y Síntomas	No. de Pacientes	Porcentaje
Leucorrea	9	38
Erosión cervical	12	49
Asintomáticas	3	13

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A.

PACIENTES PORTADORAS DE DISPLASIA.



Pacientes sanas 476

Displasia leve 22

Displasia moderada 2

C.S.U. Zamora, Mich. S.S.A.

CAPITULO IX

DISCUSION

En este estudio los hallazgos muestran cierta concordancia con la mayoría de las publicaciones a la fecha. La frecuencia de un 4.8% no esta muy lejos del 3% publicado por Koss (11) y si por debajo del 8% reportado por Hogness (9) previamente.

La edad media de 36.2 años esta muy por encima de lo publicado por Becker de 26 años de edad (3), el mayor número de pacientes afectadas osciló entre 21 y 40 años de edad, lo que coincide con la historia natural de la enfermedad, menores de 20 años solo hubo una, habiendo publicaciones que hablan de una mayor frecuencia de casos en adolescentes (3, 8), cosa que no sucedió en este trabajo.

El nivel socio-económico y la escolaridad se presentó nuevamente como un factor de riesgo, pues 21 de las 24 pacientes eran analfabetas o bien cuando mucho tenían terminada la primaria, lo que concuerda con la mayoría de los reportes publicados (3,7,9,18,21,24). Respecto a IVSA precoz y primera gestación antes de los 20 años de edad, coincide con la literatura consultada (7), aunado a esto la multiparidad (3,21) con una media de 4.5 partos se correlaciona en forma importante con la aparición de displasia y una vez más existe concordancia con los reportes previos.

La presentación de erosión cervical es un hallazgo no referido en la literatura y se encontró en un 50% de los casos, de los cuales un 30% eran portadoras de DIU y se podría correlacionar con el proceso irritativo causado por las guías del mismo, considero que es un factor digno de ser tomado en cuenta en estudios futuros.

Desde el punto de vista etiológico, el elemento que más se invoca es la presencia del VIH (2,3,5,8,23) y en este estudio solo se encontró en el 25% de los casos, lo que nos habla de que en este momento y en este caso en particular no fué el elemento que tanto se menciona; lo mismo sucedió con el tabaquismo (2,3,5,7,8,21,23) y el número de parejas sexuales que no influyeron en los resultados.

Un elemento que se consideró de suma importancia fué el momento de la interpretación de la citología, intentando evitar errores de un factor humano en la medida de lo posible, se seleccionaron dos citotecnólogos ampliamente capacitados y con experiencia en la materia, además los resultados positivos fueron confirmados por un patólogo especializado en este campo de la medicina

CAPITULO X.

CONCLUSIONES.

Se puede decir que el estudio cumplió sus objetivos y las respuestas a los mismos son las siguientes

1.- Se encontró una frecuencia del 4.8% en displasia cervico uterina, de este 4.8 el 4.4% correspondió a la displasia leve y el 0.4% displasia moderada.

2.- El factor etiológico más frecuente encontrado fué el Virus de Papiloma Humano en un 25% de los casos y en mucho menor proporción Herpes Virus, Candida y Gardnerella en un 4.1%.

3.- Los factores epidemiológicos que influyeron en la presentación de la displasia cervico uterina fueron

- Nivel socio-economico bajo y escolaridad baja
- IVSA a edad temprana (menos de 20 años)
- Edad de primer embarazo igual o menor a los 20 años
- Multiparidad
- Infección por Virus del Papiloma Humano

4.- Las alternativas de solución a este problema se pueden englobar en una sola: mejorar la calidad de vida de la población en general, sin embargo, en primera instancia lo importante es fomentar la toma de frotis de Papanicolaou a discreción y capacitar personal en la interpretación de los mismos, es decir, intentar hacer llegar los medios procuradores de la salud en México a la población más desprotegida (NO derechohabientes de ninguna institución de salud).

5.- La gran mayoría de los resultados números ya conocidos concuerdan con los reportados en la literatura consultada, claro esta con pequeñas variables

6.- La conclusión final de este trabajo podría ser

La presentación de la displasia cervico-uterina y como consecuencia del cáncer del mismo sitio sigue siendo un gran problema de Salud Pública, no solo en esta institución, sino en todo el país. Partiendo de lo anterior, los "Políticos de Salud" deberán destinar recursos y fomentar la detección de este problema, y además, quizá lo importante, hacer llegar recursos de tipo material y humano para el manejo del problema en sitios cercanos al lugar donde radican los pacientes

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bajardi F.
Symposium on malignant cervical lesion
Acta Cytol 1961,5,344.
- 2.- Basu J. et al
Plasma Ascorbic Acid and beta carotene leves in women evaluated
for HPV infection, smoking and cervix dysplasia
Cance Detect Prev 991,15(3),165-70.
- 3.- Becker T N et al
Sexually Transmitted Diseases and other Risk Factors for Cervical
Dysplasia among southwestern Hispanic and Non Hispanicwomen
JAMA, April 20 1994 Vol. 271, No 5. 1181-88.
- 4.- Charmichael D E.
The PAP smear: the life of George N Papanicolaou
Springfield III C. Thomas Publishers 1973
- 5.- Carmicheal J A
The managemen of monitor degress of cervical dysplasia associed
with the HPV
J Biol Medicine 1991 Nov-Dec 64(6) 591-7
- 6 - Chapatte O A et al
Histological differences between Colposcopic Directen Biopsy and
Loop Excision of the Transformation Zone (LETZ)
Ginecologic Oncology 1991, 43 46-50
- 7 - Gonzalez Merlo y cols
Oncologia Ginecologia
Salvat Editores S A. 1991

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 8.- Hillard P.A. et al
Complications of cervical Cryotherapy in Adolescents
J. Reprod Med. Oct. 1991, 36 (10):771-16

- 9.- Hogness F.J. et al
Cervical cancer screening in an urban emergency department
Ann Emerg Med 1992 Aug; 21(8):933-39

- 10.-Kobayashi I. et al
The proliferative activity in dysplasia and CIS of the Uterine Cervix
Hum Pathol 1994Feb, 25(2):198-202.

- 11.-Koss L.G
The Papanicolaou test for cervical cancer detection. a triumph and a tragedy
JAMA 1989,26:737-43

- 12.-Koss E R. et al
The less than optimal cytology: importance in obtetric patientes and in a routine gynecologic population
Obstet Gyencol 1993 Jan; 77(5): 127-30

- 13 -Kurman R. et al
From Papanicolaou to Bethesda. TJe rationale for a new cervical cytologic classification.
Obstet Gynecol 1991 May, 77(5) 779-82.

- 14 -Liu T. et al
A case control study of nutritional factors and cervical dysplasia
Cancer Epid Prev 1993 Nov-Dec, 2(6) 525-30

- 15.-Mariuzzi G. et al
Cytometric evidence that the cervical intraepithelial neoplasia. An image analysis study of factors involed in the progression of cervical lesions.
Anal Quant cytol Histol 1992 April, 14(2):137-47.
- 16.-Montz F. J. et al
Natural History of the minimally abnormal Papanicolaou smear.
Obst Gynecol 1992 Sep, 80 (3(Pt 1)) 385-88
- 17 -Palan P R. et al
Plasma levels of antioxidant beta crotenes and alpha tocopherol in uterine cervix dysplasiaand cancer.
Nutr Cancer 1991, 15 (1) 13-20
- 18 -Parazzini F et al
Risk Factors for cervical intraepithelial neoplasia
Cancer 1992 May 1 69(9) 2276-82
- 19 -Richart R M.
Natural History of cevical intraepithelial neoplasia
Clin Obstet Gynecol 1967,10, 748
- 20 -Rivlin R M
Comparison of cytobrush and cotton swab for Papanicolaou smears in Pregnancy
J. Reprod Med 1993, 9(2) 138-44
- 21.-Robbins Stanley MD
Pathologic Basis of Diseases
W B Saunders Company 1984
- 22 -Sheperd J et al
Koilocytotic Atypia and underlying dysplasia
J Fam Pract 1991 Aug, 33(2) 161-71

23. -Smith E.M. et al
The association between pregnancy and HPV prevalence
Cancer Detect Prev 1991, 15(5): 397-402.

24. -Stewart D.E. et al
The effect of educational brochures on knowledge and emotional distress in women with abnormal Papanicolaou smears.
Obstet Gynecol 1993 Feb; 81(2): 280-2

25. -Sullivan D.B. et al
The cytobrush effect on Papanicolaou Smear Adequacy
Fam Pract Res J 1991 Mar, 11(1): 57-64.

26. -Van Den Brule H. et al
Difference in prevalence of HPV genotypes in cytologically normal cervical smears is associated with a history of cervical intraepithelial neoplasia
Int. J. Cancer 1991 May 48(3), 404-8