

11217
143

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ALTERACIONES COLPOSCOPICAS
EN PACIENTES EN ETAPA
CLIMATERICA

T E S I S

Para Obtener el Título de:

MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

Dra. Rosa Elba Zepeda Terrones

Tutor:

Dr. Mario López Contreras

México DF

1 200



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.

Mario Lopez C

DR. MARIO LOPEZ CONTRERAS

JEFE DE SERVICIO DE COLPOSCOPIA Y DISPLASIA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
TUTOR DE TESIS.



FACULTAD DE MEDICINA
Sec de Serv. Educativos

FEB 8 2001

Unidad de Servicios Educativos
MISM de Posgrado;

DR. AQUILES AYALA RUIZ.

DIRECTOR DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA DEL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
REVISOR DE TESIS.

DR. ROBERTO JOSE RISCO CORTES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
POSGRADO.



DR. JORGE ALBERTO DEL CASTELLO MEDINA.
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** por haber iluminado mi camino y guiado mis pasos y haberme dado paciencia y serenidad hasta el final

A **LAS PACIENTES** *que son un libro abierto y de las cuales aprendemos*

A **MIS PADRES** que con tanto sacrificio me han dado la herencia más valiosa en la vida **MI CARRERA**, además de su apoyo y comprensión y a mis **HERMANOS**, por haber confiado en mí y haber compartido todos los momentos buenos y malos durante estos años

A todos los **MÉDICOS DE BASE Y JEFES DE SERVICIO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO** del servicio de Ginecología y Obstetricia los cuales han sembrado una semilla con los conocimientos que me han dado y que en un futuro dará sus frutos

Al servicio de **ENFERMERIA** con las cuales trabajé en equipo para poder realizar nuestra labor que es brindarle la mejor atención a nuestras pacientes.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II.- MARCO TEORICO.	3
III.- OBJETIVO	13
IV.- MATERIAL Y METODOS	14
V.- RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.	27

INTRODUCCION

El Papanicolaou es usado como prueba de detección para alteraciones del tracto genital inferior, en especial del cuello uterino tales como infección por virus del papiloma humano, displasia, cáncer y algunas otras enfermedades de transmisión sexual (tricomonas, gonorrea). La colposcopia es un método auxiliar de diagnóstico en pacientes con citologías anormales o cervix que macroscópicamente se observan con alteraciones. El estudio microscópico del cervix realizado por un especialista después de la aplicación de ácido acético que tinte el cervix es muy significativo. El cervix y la vagina son examinados bajo magnificación, y todas las áreas anormales son identificadas. Si la colposcopia es satisfactoria (se observa totalmente la zona de transformación y la extensión de la lesión), se toman biopsias dirigidas del tejido anormal.

INDICACIONES PARA COLPOSCOPIA

- 1 - Papanicolaou con reporte de displasia o cáncer
- 2 - Papanicolaou con evidencia de infección por HPV
- 3 - Papanicolaou con ASCUS o repetición de ASCUS
- 4 - Papanicolaou con leucorrea crónica
- 5 - Cervix con alteraciones macroscópicas y sangrado anormal

COLPOSCOPIA EN LA MENOPAUSIA

En la mujer posmenopáusica, el ascenso de la unión escamo-cilíndrica hace que la evaluación colposcópica puede resultar insatisfactoria. Por lo tanto

- Cuando existe una lesión de alto grado hay que recordar que a esa edad las invasiones ocultas son frecuentes, siendo imprescindible practicar la conización. Si no se visualiza

claramente la unión, como ocurre muy a menudo en estos casos, hay que hacer una conización de 2.5 cm de altura.

- Cuando existe una lesión de bajo grado y la colposcopia no es fiable, probablemente resulte excesivo realizar de entrada una conización, e incluso un raspado endocervical, si no hay una verdadera modificación citológica. Es más conveniente controlar las extensiones bajo tratamiento hormonal, porque las anomalías citológicas suelen experimentar una regresión. (12)

- La atrofia del epitelio vaginal o cervical puede ser también causa de Papanicolaou anormal. Los colposcopistas deben de prescribir estrógenos por 2 o 4 semanas antes de una colposcopia para "normalizar" el epitelio antes de la examinación. Esto es generalmente para poder diagnosticar con mayor precisión la displasia o cáncer porque estas lesiones no se expresan como en un epitelio normal. (12)

MARCO TEORICO

La colposcopia, que es el examen del cérvix con una lupa binocular, fue propuesto por Hinselmann en Hamburgo, en 1925. Durante largos años se utilizó solo en Europa, pero actualmente se usa esta ampliamente difundido por el mundo.

Bases Teóricas de la imagen colposcópica

La imagen colposcópica corresponde a la visualización del tejido conjuntivo a través del epitelio de recubrimiento, depende por lo tanto

- Del tejido conjuntivo: estructura, grado de inflamación, del estroma y vascularización.
- Y del epitelio, que puede estar ausente o presente.
cuando está presente, se deben tener en cuenta el espesor y las eventuales modificaciones que se observaron con los reactivos utilizados.

Cuando el cérvix es normal presenta una coloración rosada uniforme. Cuando el epitelio de recubrimiento es delgado o está ausente, el estroma subyacente resulta más visible y el cérvix parece rojo. Otro tanto ocurre cuando el epitelio está presente pero el corion se presenta muy congestivo.

- En cambio, cuando el epitelio es muy grueso, el cérvix puede presentar un color rosado más pálido o incluso blanco.
- Es importante considerar la imagen colposcópica tras la aplicación de ácido acético.
- La solución de ácido acético al 3% coagula las proteínas citoplasmáticas y nucleares del epitelio malpighiano. Puede provocar la llamada reacción acidófila, que se manifiesta por una coloración blanca.
- Cuando el epitelio malpighiano es normal contiene grandes células con citoplasma inerte y un pequeño núcleo inactivo. No se observa la reacción acidófila, de modo que el cérvix conserva su coloración rosada. Cuando existe una metaplasia incipiente, el epitelio comprende varias capas de células de reserva, pequeñas y más densas, con citoplasma y núcleo activos. La reacción acidófila observada es opalescente en la displasia. Por ejemplo, la acidofilia puede ser menor a causa del adelgazamiento del epitelio debido a una abrasión.
- Por último se ha de mencionar el aspecto particular de las lesiones víricas por virus de papiloma humano (VPH), en las que se encuentran células con núcleos voluminosos, a menudo múltiples, lo que más adelante produce una reacción acidófila de color blanco.

brillante, mateo El epitelio se blanquea de modo muy variable, que además depende de la producción superficial de queratina Según la exuberancia de la síntesis de queratina, pueden producirse cambios en las características de la superficie que pueden ir desde el aspecto micropapilar (condiloma plano) hasta el condiloma exofítico

- El aspecto de los vasos es un elemento importante, más adelante se estudiará sus diferentes aspectos
- La aplicación de una solución de yodo hace que las células maduras, que contienen glucógeno, tomen un color castaño caoba
- La *aparencia normal o anormal* del epitelio depende de la combinación en grados diversos de la madurez epitelial, de las alteraciones de la configuración superficial de los aspectos vasculares
- En resumen, no existe una imagen unívoca de una lesión determinada y la impresión del observador depende de todo un conjunto de elementos (9)

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES.

Epitelio escamoso original.

El epitelio escamoso original es de aspecto, liso, rosado No hay características que sugieran epitelio columnar como aperturas glandulares o quistes de Naboth El epitelio se considera " siempre" escamoso y no puede transformarse a columnar o escamoso

Epitelio Columnar.

El epitelio columnar es una sola capa de células, productoras de moco, es un epitelio alto que se extiende entre el endometrio y el epitelio escamoso El epitelio columnar parece rojo e irregular con estroma papilar y agrinado Con la aplicación de ácido acético a la magnificación, el epitelio columnar adquiere una apariencia como una uva esto se encuentra en el endocérvix, alrededor del cérvix, o (raramente) se extiende dentro de la vagina

Unión escamocolumnar.

Generalmente, es una línea visible clínicamente que se observa en el ectocérvix dentro del canal el cual demarca el tejido endocervical del escamoso, esto es una característica anatómica

METAPLASIA ESCAMOSA.

Fisiológicamente, es el proceso normal por el cual el epitelio columnar maduro está en un epitelio escamoso. *Metaplasia escamosa típica ocupa parte de la zona de transformación.* En la unión escamocolumnar esto parece como un "fantasma blanco" o una capa azul-blanco con la aplicación de ácido acético esto es usualmente marcado hacia el cervix y con bordes difusos periféricamente.

ZONA DE TRANSFORMACIÓN.

El área geográfica entre el epitelio escamoso original (antes de la pubertad) y la actual unión escamo columnar es la Zona de Transformación. Esto puede contener aperturas glandulares, quistes de Naboth, y epitelio columnar aislado cerca del epitelio escamoso.

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES.

ZONA DE TRANSFORMACIÓN ANORMAL.

Una zona de transformación con hallazgos sugestivos de displasia o neoplasia cervical. (término, que también puede ser aplicado cuando se encuentra fuera de la zona de transformación, en vagina)

LESION ACETOBLANCO Es una transición aparentemente blanco seguida de la aplicación de ácido acético. Las áreas acetoblancas se correlacionan con una alta densidad nuclear.

PUNTILLO: Es un granulado por terminaciones de capilares, se encuentra sin áreas acetoblancas, aparentan ser como finos puntos rojos.

MOSAICO Es un dibujo anormal de pequeños vasos sanguíneos que al confluir forman un "tejado" o "alambre" con bordes rojos.

LEUCOPLAQUIA (hiperqueratosis): Típicamente es una elevación, una placa blanca vista antes de la aplicación de ácido acético.

VASOS SANGUÍNEOS ANORMALES Son vasos atípicos cuando son irregulares con un curso abrupto, que parecen comas, sacacorchos, o spaghetti. No tienen patrón definido de reconocer, pueden

estar acompañado de puntílco o mosaicismo. Esto nos hace sospechar de cáncer. Un patrón complejo consiste en un epitelio cervical irregular con un patrón de vasos abundantes irregulares. Los vasos sanguíneos toman formas grotescas, las cuales aparecen como comas, cabellos de alfiler, spaghetti, dilatados con diámetros irregulares.

OTROS HALLAZGOS COLPOSCOPICOS

Cervicovaginitis.

La cervicitis puede ser causa de Papanicolaou anormal y hacer más difícil la colposcopia. Muchos autores recomiendan tratamiento antes de tomar la biopsia cuando una enfermedad de transmisión sexual es fuertemente sospechosa.

Erosión traumática.

Las erosiones traumáticas son comúnmente causadas por la introducción del espejo vaginal y cuando se realiza una toma de Papanicolaou vigorosa pero también puede ser resultado por irritantes como tampones, diafragmas y el coito.

Epitelio atrófico.

La atrofia del epitelio vaginal o cervical puede ser también causa de Papanicolaou anormal. Los colposcopistas deben de prescribir estrógenos por 2 o 4 semanas antes de una colposcopia para "normalizar" el epitelio antes de la examinación. Esto es generalmente para poder diagnosticar con mayor precisión de displasia o cáncer porque la duración de la terapia es corta y estas lesiones no se expresan como en un epitelio cervical normal.

Quistes de Naboth.

Los quistes de Naboth son normales. Están en el área de epitelio productor de moco que son cubiertas por epitelio escamoso. No requieren tratamiento (3).

COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA

Cuando se realiza la colposcopia y se observa una lesión, se realiza una biopsia dirigida. Esto requiere que los bordes de la lesión sean perfectamente visualizados. Dentro de la zona de transformación, incluye toda la unión escamocolumnar, la cual debe también observarse para que se considere una colposcopia satisfactoria. Cuando la colposcopia es no satisfactoria con una evidencia citológica de displasia o la lesión se extiende hacia el canal endocervical se realizara un cono-biopsia. Si en la unión escamocolumnar se observa una lesión que no puede verse completamente, un diagnostico puede hacerse con un cono con bisturí frío, láser, o LEEP si es necesario (4)

GRADO DE LESION

Para valorar el grado de la lesión se debe observar cuidadosamente la forma, características de la lesión y el sitio de la biopsia. Clásicamente, los siguientes parametros son usados para valorar la severidad de la lesión

Menos severo >> Mas severo

- 1 - Epitelio acetoblando medio > acetoblanco intenso
- 2 - No se observan vasos > Puntilleo > Mosaicismo
- 3 - Bordes difusos > Bordes bien delimitados
- 4 - Contorno cervical normal > Protuberancia
- 5 - Reacción al isodine normal (negro) > Isodine negativo (amarillo)

Los vasos sanguíneos atípicos sugieren displasia severa o cáncer. Las áreas acetoblancas que tienen apariencia de bordes bien delimitados y una dimensión gruesa o áspera son probablemente histológicamente mas severa. Además si hay presencia de vasos atípicos en una lesión implica mas severidad de la displasia

Un sistema mas formal de evaluar la severidad de la displasia cervical es la Reid Colposcopic Index. Este utiliza un sistema de puntuación para margen de la lesión, color, características de los vasos sanguíneos, características de la reacción con isodine

Esta es mas objetiva pero no es aceptada universalmente como la mejor evaluación (5,6)

Cepillado endocervical y Biopsia.

El cepillado endocervical se realiza previamente con aplicación tópica de bencocaina al 20% la cual disminuye el dolor. Esta es efectiva en 30 a 45 segundos. Se toma previamente la biopsia antes del cepillado ya que el sangrado puede dificultar la toma de la biopsia. Se realiza con una cureta de Keiovrkian y se raspa el canal endocervical con un giro de 360 grados, dos veces. La muestra es como un cúmulo de moco, sangre y pequeños fragmentos de tejido. Esto no se realizara en mujeres embarazadas.

Seguimiento

El resultado de patología se obtiene usualmente en 2 o 3 semanas y posterior se indica el tratamiento si es que lo amerita. Con el alto porcentaje de regresión del CIN I, las pacientes pueden ser vigiladas con colposcopias seriadas. El CIN 2 y 3 son usualmente tratadas. Hay una discrepancia con la impresión colposcópica, Papanicolaou, y reporte histológico de la biopsia. El *papanicolaou* reporta carcinoma-in-situ y la biopsia solo reporta displasia moderada lo cual significa que la biopsia no fue adecuada. En general un grado de diferencia (PAP CIN 2 y una biopsia CIN 3) es común y aceptable. Cuando es difícil de interpretar y hay una discrepancia entre la histología y la citología, si la discrepancia no puede ser explicada, está indicada la conización (2).

El cono (bisturí frío, láser, LEEP) está indicado si la muestra del canal endocervical revela displasia.

TRATAMIENTO

Las pacientes candidatas para una criocirugía son las que presentan pequeñas lesiones que no se extienden al canal endocervical. Las lesiones grandes, (involucran mas de 2 cuadrantes del cérvix) y si hay solo displasia moderada, puede ser mas apropiado realizar LEEP o Láser cuando hay lesiones endocervicales o CIN 3.

El seguimiento después del tratamiento es cada 4 o 6 meses durante 2 años, con colposcopia y papanicolaou. La recurrencia es mas común a los 2 años después de la terapia (7).

PERIODO DEL CLIMATERIO

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el periodo del climaterio cubre el periodo anterior a la menopausia, en el cual aparecen los signos clínicos y biológicos que anuncian la desaparición de la menstruación y también por lo menos el primer año después de la menopausia

La menopausia afecta a todas las mujeres a partir del sexto decenio. Se puede colocar entre los 45 y 52 años. Signos premenopáusicos de declive sexual aparecen ya a partir de los cuarenta y cinco años, y los síntomas que la menopausia produce durarán hasta los cincuenta y cinco o cincuenta y siete años. Puede convertirse en una entidad patológica, ya que la carencia estrogénica asociada puede dar lugar a graves alteraciones (aterosclerosis, osteoporosis). Los problemas se pueden prevenir y tratar con hormonoterapia sustitutiva.

TRANSTORNOS GENITALES DE LA MENOPAUSIA

ATROFIA GENITAL

Una atrofia de los labios mayores y menores de la vulva es característica, esta atrofia vulvar se acompaña de una delgadez del epitelio vulvar, que se hace con facilidad irritable. La vagina es el órgano que más se atrofia. El epitelio vaginal, muy sensible a la carencia estrogénica, puede atrofiarse muy rápidamente con desaparición de las células intermedias, claras y cargadas de glucógeno. En este terreno modificado con alcalinización del pH pueden desarrollarse las bacterias patógenas con frecuencia de origen intestinal. En cambio, como el pH es alcalino después de la menopausia, ya no se observan tricomoniasis, ni candidiasis vaginal. La mucosa vaginal presenta un aspecto pálido y frágil. El problema infeccioso se resuelve rápidamente por medio de óvulo de acción polivalente. Sin embargo, si se los prescribe solos, hay riesgo de recidivas. Por consiguiente, deben ir acompañados, por lo menos, por una estrogenoterapia local. En la mayor parte de los casos, estas vaginitis atróficas posmenopáusicas pueden evitarse mediante terapia hormonal sustitutiva (THS). El epitelio vaginal se adelgaza y pierde su glucógeno. Las células descamadas de las capas profundas, dando al frotis vaginal el aspecto del frotis atrófico (mayor presencia de células basales y para basales). Esta son máximamente frecuentes en esta fase de la vida. La atrofia vaginal determina una especial facilidad para que se generen infecciones inespecíficas (vaginitis atrófica) y al mismo tiempo da lugar por falta de secreción cervical que a su vez

es debida a la falta de estrógenos, a una vagina seca que obstaculiza las relaciones sexuales y da lugar a dispareunia

CUELLO NORMAL DESPUES DE LA MENOPAUSIA

En las mujeres posmenopáusicas, que no hacen un tratamiento hormonal sustitutivo, la colposcopia resulta menos útil. La unión sube al endocérvix, y a menudo se vuelve incontrolable. El epitelio de exocérvix tiende a atrofiarse y con frecuencia es pauciestratificado, no contiene glucógeno en las capas superficiales. Presenta un aspecto rosa pálido y muestra la vacuización subyacente. A veces se forman vacuolas de degeneración en el citoplasma, que no deben confundirse con colocitos. La prueba de Schiller resulta negativa, dado que el cuello no toma el lugol. La fragilidad del epitelio hace que aparezcan petequias en la superficie. El epitelio cilíndrico también se atrofia y desaparecen los ectopiones. Al prescribir a una mujer posmenopáusica un tratamiento hormonal diez días antes del examen colposcópico, el cérvix recupera un trofismo suficiente. Se logra visualizar, a menudo, la unión y vuelven a aparecer las zonas atroficas yodonegativas. La hiperqueratosis persiste y debe ser objeto de una biopsia, lo mismo que los aspectos de "falsos ectopiones" que pueden ocultar un adenocarcinoma.

Como veremos, esta es una causa de trastornos importantes en el epitelio cervicouterino, surge un adelgazamiento, situación que puede originar diagnósticos colposcópicos falsos positivos al evidenciarse los vasos del corion y por la falta de glucógeno se pueden apreciar zonas "acetoblancas", que no son mas que epitelio hipoestrogénico o bien zonas de metaplasia inmadura.

Relajación del aparato de sostén del útero. El útero esta sostenido por el plano muscular del perine y por un sistema de ligamentos, los retináculos uterinos, que evitan, que con la bipedestación de la especie humana, los genitales desciendan. Estos medios de sostén del útero estan mantenidos por el trofismo de los estrógenos en especial los retináculos. La caída estrogénica del climaterio determina una relajación de este sistema y una tendencia a caer de los genitales, dando lugar al prolapso (9.10)

DIFICULTAD EN LA INTERPRETACIÓN DE LA COLPOSCOPIA.

ATROFIA

El epitelio es delgado, frágil, se erosiona con facilidad y suele sangrar al contacto. La falta de estrógenos le resta valor a la colposcopia. Por lo que se da tratamiento estrogénico para efectuar el examen colposcópico de 15 días a 1 mes después del tratamiento.

Zona de unión escamocolumnar inaccesible.

Representa la principal dificultad. Independientemente del hecho de que el cuello sea normal o anormal en todo examen colposcópico es imprescindible visualizar la unión escamocolumnar.

Cuello normal en la menopausia.

Si al practicar la colposcopia no se logra observar la unión, solo cabe aseverar la anomalía del exocervix, pero no se puede excluir una lesión incipiente en la zona de unión, o solamente endocervical.

Cuello anormal.

En general la lesión más importante se sitúa en la unión y puede ser subestimada si no es posible visualizarla con la colposcopia.

- Si se sitúa en el endocervix a menudo puede visualizarse abriendo el cuello con una pinza o un espéculo endocervical.
- Sin embargo, el hecho de observarla puede dejar dudas. Es difícil quitar totalmente el moco para posibilitar una perfecta acción del ácido acético y la visualización tangencial de la lesión no siempre permite situar con claridad su límite superior. Por otra parte, la evaluación será siempre más difícil por que el epitelio glandular endocervical no papilar es menos característico e incluso puede ser metaplásico, y con la colposcopia no se puede establecer la diferencia entre una metaplasia reciente y una displasia leve o moderada. Bonnet considera que en tales condiciones se cometen frecuentes errores de apreciación además, es difícil tomar muestras para realizar la biopsia en este sitio y el diagnóstico es menos fiable.

- A veces la visualización de la unión escamocolumnar resulta imposible, aun prescribiendo estrógenos o utilizando el espéculo endocervical. Se considera entonces que el resultado de la colposcopia no es concluyente
- En base a las publicaciones puede decirse que el 15% de las colposcopias en promedio, arrojan resultados insatisfactorios. Las cifras varían en función de numerosos factores

Variación según la edad

Visibilidad de la unión escamocolumnar en función de la edad (según experiencia de los autores) (10)

Edad	<20 años	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
Numero de casos	33	257	305	144	58	27
Unión visible(%)	100	98.5	87.5	70.1	29.4	15
Unión no visible(%)	0	1.5	12.5	29.9	70.6	85

Variación según la fase de la actividad genital

Visibilidad de la unión escamocolumnar en función del periodo de actividad genital (según la experiencia de los autores) (10)

	Fase de Actividad genital	Embarazo	> Menopausia
Numero	630	31	60
Unión visible (%)	82.2	76.9	20
Unión no visible (%)	11.7	23	80

OBJETIVO GENERAL.

Determinar cuáles son los hallazgos colposcópicos más frecuentes en mujeres en etapa del climaterio

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Valorar la frecuencia de HPV y/o NIC en pacientes en etapa del climaterio
- 2) Validar el uso de la colposcopia en este grupo de pacientes
- 3) Valorar la utilidad del papanicolaou como método de tamizaje en estas pacientes
- 4) Identificar el uso de estrogenoterapia local para permitir una valoración en caso de colposcopia no satisfactoria

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio longitudinal, prospectivo, transversal que se realizó en el Hospital Juárez de México en la Unidad de Displasias y Colposcopia, de Septiembre de 1999 a Febrero del 2000. Se capturaron 35 pacientes con rango de edad entre 44 y 68 años (promedio 54 años). Enviadas de la consulta externa de Ginecología, Clínica de Climaterio, Servicio de Oncología y Biología de Reproducción Humana de este Hospital. Los **criterios de inclusión** fueron pacientes en Etapa del Climaterio, que tuvieran reporte de Papanicolaou anormal (NIC y/o VPH), antecedente de HTA por CaCu in situ, alteraciones cervicales anormales macroscópicamente, antecedente de cervicitis crónica y los **criterios de exclusión**, pacientes que no estuvieran en Etapa del climaterio y los **criterios de eliminación** fueron las pacientes que no acudieron a sus citas subsecuentes. A todas las pacientes, se les realizó Historia Clínica Completa, Colposcopia y toma de Biopsia dirigida por colposcopia cuando se observaron lesiones sospechosas, las biopsias se mandaron al servicio de Patología de este Hospital, se realizó tratamiento a las pacientes dependiendo del resultado histopatológico (criocirugía, Electrocirugía o HTA). A las pacientes con colposcopia no satisfactoria sin evidencia de lesión y con antecedente de PAP anormal se les realizó como diagnóstico y pacientes con PAP anormal (NIC) con colposcopia no satisfactoria por no apreciarse la unión escamocolumnar pero con exocervix normal, se les prescribió estrógeno local para posterior valoración.

RESULTADOS

De las 35 pacientes (Cuadro I) 30 tuvieron Papanicolaou y 5 sin papanicolaou, de las 30 que tenían papanicolaou 14 reportaron NIC (con o sin VPH), 5 con VPH, Negativo-II (Alteraciones Inflamatorias) 11 de las que no tuvieron reporte de Papanicolaou tres tenían antecedente de HTA por CaCu y dos pacientes leucorrea crónica multitratada (Tabla I)

Se realizaron 35 diagnósticos colposcópicos de los cuales 30 fueron satisfactorios y 5 no satisfactorios (Gráfica I). 11 reportaron VPH, 2 NIC, 3 eversion glandular, 7 alteraciones inflamatorias inespecíficas, 6 normal, 1 póipo (Tabla II, Gráfica II)

Se realizaron 17 diagnósticos hispatológicos de los cuales reportaron NIC I 6, NIC II 2, NIC III 3, con VPH 3, con cervicitis, 3 y no se les tomó biopsia a 18 pacientes, de estas, 4 fueron tratadas con estrógenos locales para valoración posterior, 1 fue sometida a HTA X PAP-NIC-II sin ser posible la toma de biopsia por las características cervicales, el estudio de la pieza reporto CaCu in situ, las restantes 13 pacientes no tenían evidencia colposcópica de patología (Tabla III)

Se realizaron 3 criocirugías (9%), 11 Electrocirugías (31%), 4 HTA (11%) y 13 pacientes no se les realizó ningún tratamiento (49%) (Tabla IV, Gráfica II) La correlación Papanicolaou/colposcopia fue del 60%, colposcopia/biopsia 58.8%, y papanicolaou/biopsia 64.7%, (Tabla V, Gráfica III)

Las alteraciones histológicas por virus de VPH, fueron más frecuente en pacientes de 52 a 55 años de edad (Gráfica IV)

Es importante mencionar que hubo 8 pacientes con biopsia v/o PAP, positiva a NIC, en quienes la colposcopia no sospechó la presencia de ésta alteración

Las cuatro pacientes sometidas a estrogenoterapia local tenían PAP con NIC-I, posterior a tratamiento (2 meses) el estudio colposcópico solo reveló alteraciones inflamatorias inespecíficas

EDAD	PAPANICOLAOU	COLPOSCOPIA	BIOPSIA	TRATAMIENTO
52	NIC-II	VP	NORMAL	NINGUNO
59	NIC-II + VPH	VPH	CaCu in situ + VPH	***HTA
44	Cervicitis erosiva + polipo	POLIPO	CERVICITIS CRONICA	CONO
48	NIC-II	NORMAL	SIN BIOPSIA	NINGUNO
48	NIG-II	EVERSION GLANDULAR	SIN BIOPSIA	CRIOCIRUGIA
61	NIC-II + proo VPH	NIC	DISPLACIA LI VI	HT MONCOLOGIA)
45	NIG-II	*NORMAL PARA TUPO I A	SIN BIOPSIA	NINGUNO
64	SIN PAPANICOLAOU	*NORMAL PARA TUPO I A	SIN BIOPSIA	NINGUNO
56	VPH	VPH	NIC-I + PROB VPH	CONO
68	SIN PAPANICOLAOU	*NORMAL PARA TUPO I A	SIN BIOPSIA	NINGUNO
55	NIC-I + VPH	VPH	NIC-I + PROB VPH	CONO
55	NIG-II	EVERSION GLANDULAR	NIC-II	***HTA
67	NIG-II	ALTERACIONES ENJ	SIN BIOPSIA	NINGUNO
54	SIN PAPANICOLAOU	NORMAL	SIN BIOPSIA	NINGUNO
50	VPH	*NO SATISFACTORIA	SIN BIOPSIA	+NINGUNO
71	NIC-III + VPH	*NO SATISFACTORIA	**SIN BIOPSIA	***HTA
55	NIC-I	*NO SATISFACTORIA	SIN BIOPSIA	+NINGUNO
54	NIG-II	EVERSION GLANDULAR	SIN BIOPSIA	CONO
52	NIC-II	VPH	NIC-II + VPH	CONO
53	NIG-II	NORMAL	SIN BIOPSIA	NINGUNO
58	VPH	VPH	CLRVICITIS CRONICA	CONO
46	VPH	VPH	VPH	CONO
51	SIN PAPANICOLAOU	VPH	NIC-I + VPH	CONO
55	NIG-II	VPH	NIC-I + VPH	CONO
51	NIC-I	*NO SATISFACTORIA	SIN BIOPSIA	+NINGUNO
47	NIC-I	VPH	NIC-I	CONO
51	VPH	VPH	VPH	CRIOCIRUGIA
54	NIC-I	METABOLASIA INMADURA	ENDOCERVITIS	NINGUNO
53	NIC-I	*NO SATISFACTORIA	SIN BIOPSIA	+NINGUNO
48	SIN PAPANICOLAOU	ATROFIA	SIN BIOPSIA	NINGUNO
58	NIG-II - ATROFIA	ATROFIA	SIN BIOPSIA	NINGUNO
63	ATROFIA	ATROFIA	SIN BIOPSIA	NINGUNO
53	NIC-II	VPH	VPH	CRIOCIRUGIA
68	NIC-III	NIC	NIC-II + VPH	CONO
57	NIG-II	ATROFIA	SIN BIOPSIA	NINGUNO

CUADRO 1 * Pacientes con antecedentes de HTA por CaCu in situ

** No fue posible realizar biopsia ni CONO por que las características anatómicas del cervix lo impidieron

*** El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reporto CaCu in situ

Pacientes sometidas a tratamiento con estrógenos locales por no apreciarse la unión escamo columnar y corpuscopicamente el cervix sin evidencia de NIC (PAP-NIC- I)

REPORTE DE PAPANICOLAOU

NIC (CON O SIN VPH)	14
VPH	5
NEGATIVO-II	11
TOTAL =	30

TABLA I. Tres pacientes con antecedente de HTA por CaCu y dos pacientes con leucorrea cronica multitratada

DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO

VPH	11
NIC	2
EVERSION GLANDULAR	3
NO SATISFACTORIA	5
ALTERACIONES INFLAMATORIAS	7
POLIPO	1
NORMAL	6
TOTAL =	35

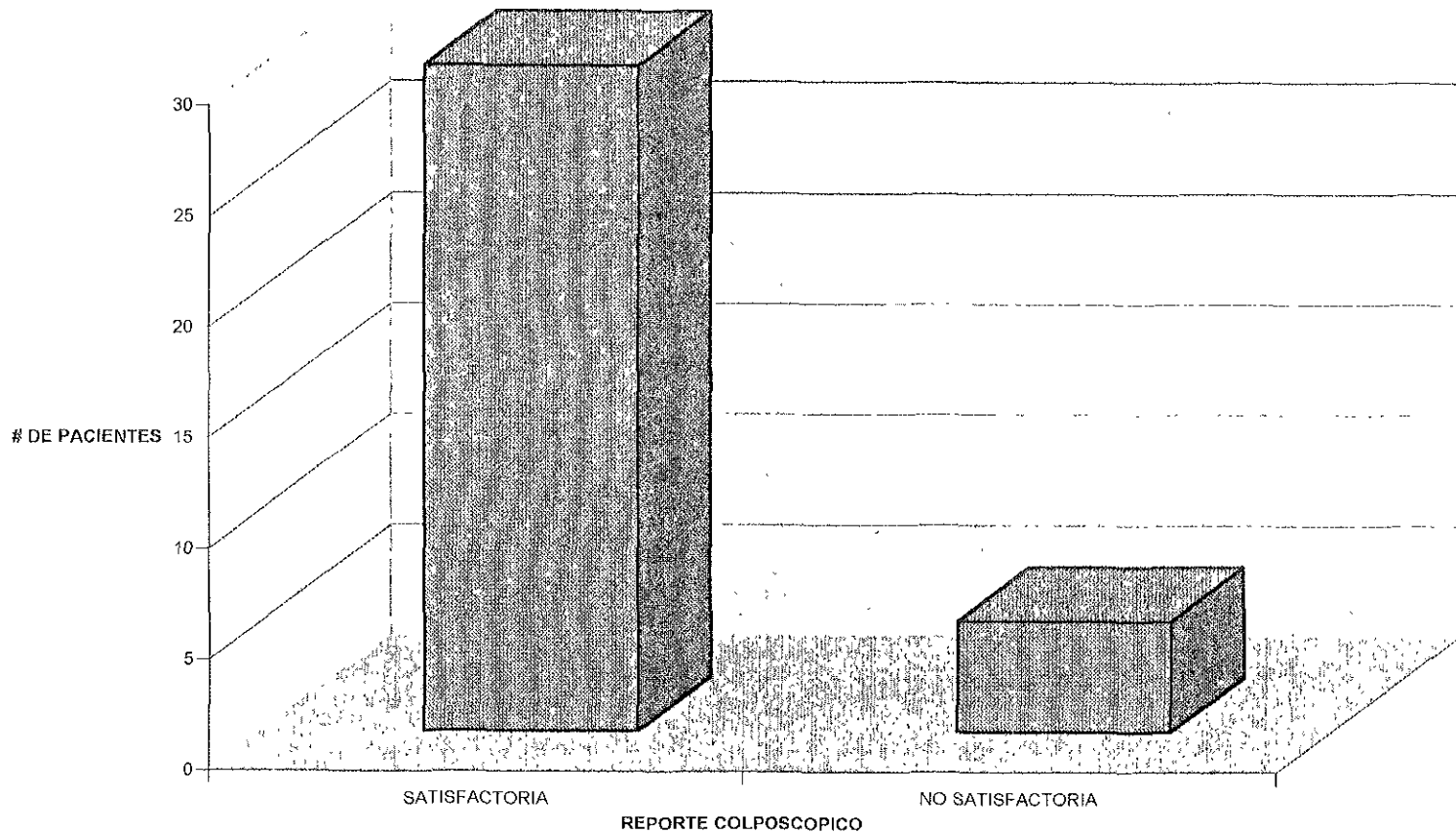
TABLA II. Tres pacientes se les realizó colposcopia de cupula por tener antecedente de HTA por CaCu

REPORTE HISTOPATOLÓGICO.

NIC I	6
NIC II.	2
NIC III.	3
HPV	3
CERVICITIS	3
*SIN BIOPSIA	18
TOTAL =	35

TABLA III . *Cuatro pacientes fueron tratadas con estrogénos locales para una posterior valoración
Una paciente se le realizó HTA por PAP-NIC-III sin ser posible la biopsia, por las características cervicales.
Las 13 restantes no se les tomó biopsia por no tener evidencia colposcópica de patología

REPORTE DE COLPOSCOPIA SATISFACTORIA Y NO SATISFACTORIA

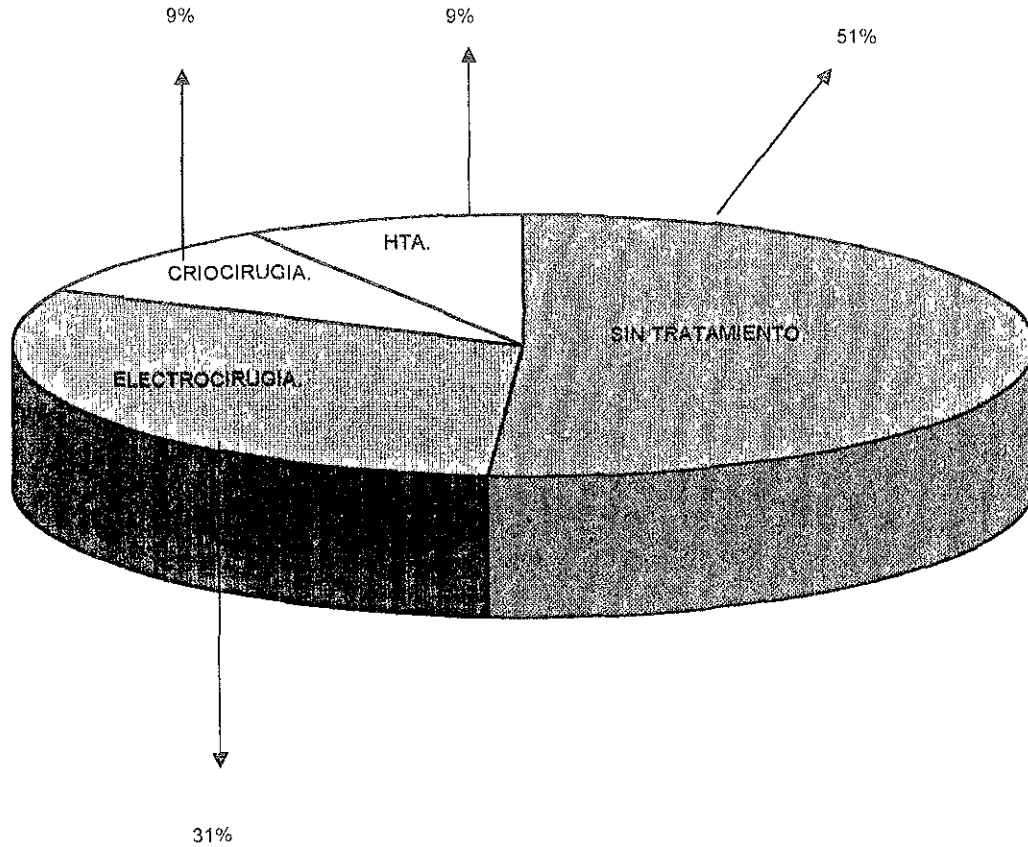


TRATAMIENTOS REALIZADOS

CRIOCIRUGÍA	3(9%)
ELECTROCIRUGIA	11(31%)
HTA	4(11%)
NINGUNO	13(49%)
TOTAL	35

TABLA IV.

TRATAMIENTOS REALIZADOS



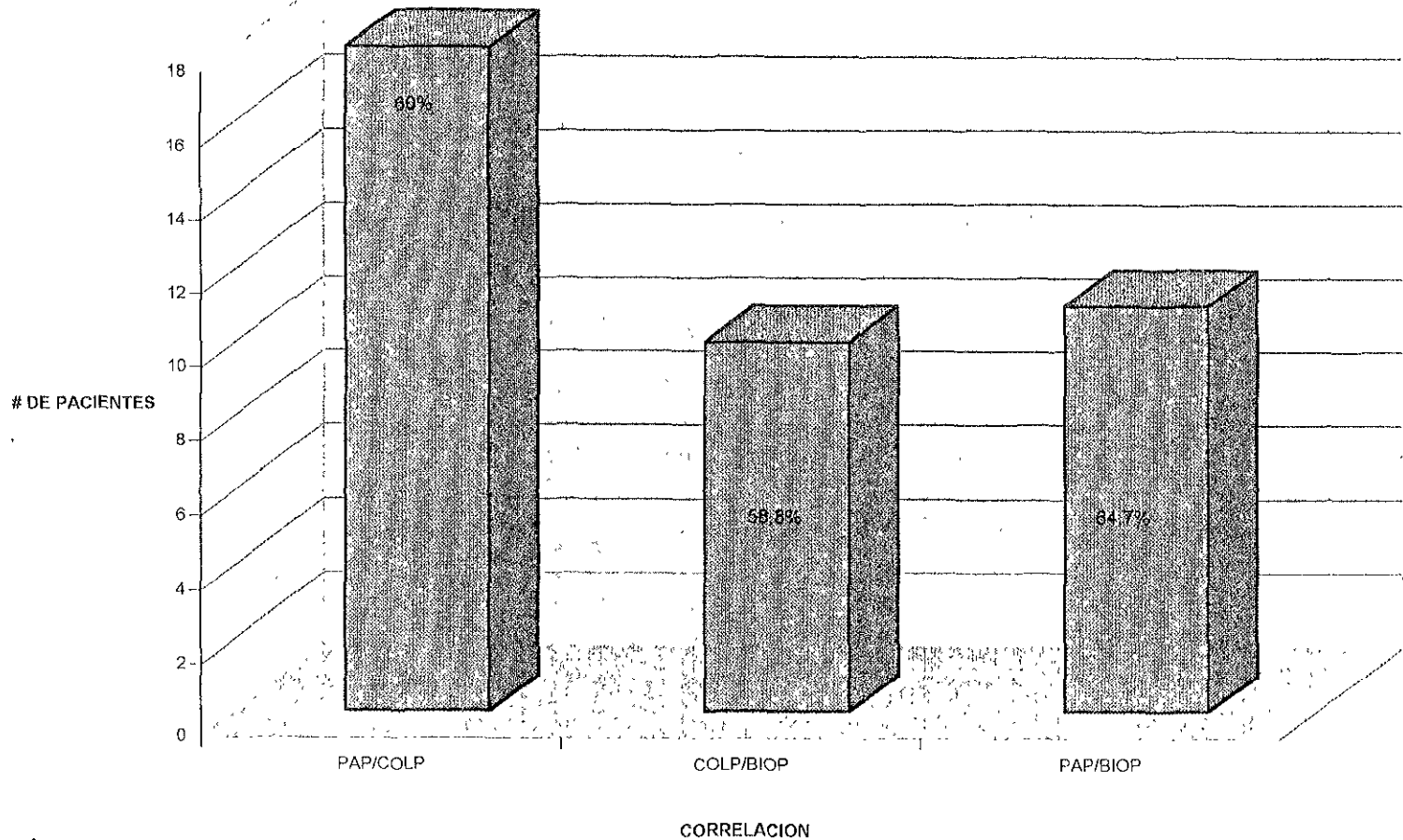
CORRELACION

	*PAP/COLPO	COLPO/**BIOP	PAP/**BIOP
CORRELACION	18 (60%)	10 (58.8%)	11 (64.7%)
SIN CORRELACION	12 (40%)	7 (41.2%)	6 (35.3%)

TABLA V. * Treinta pacientes con papanicolaou.

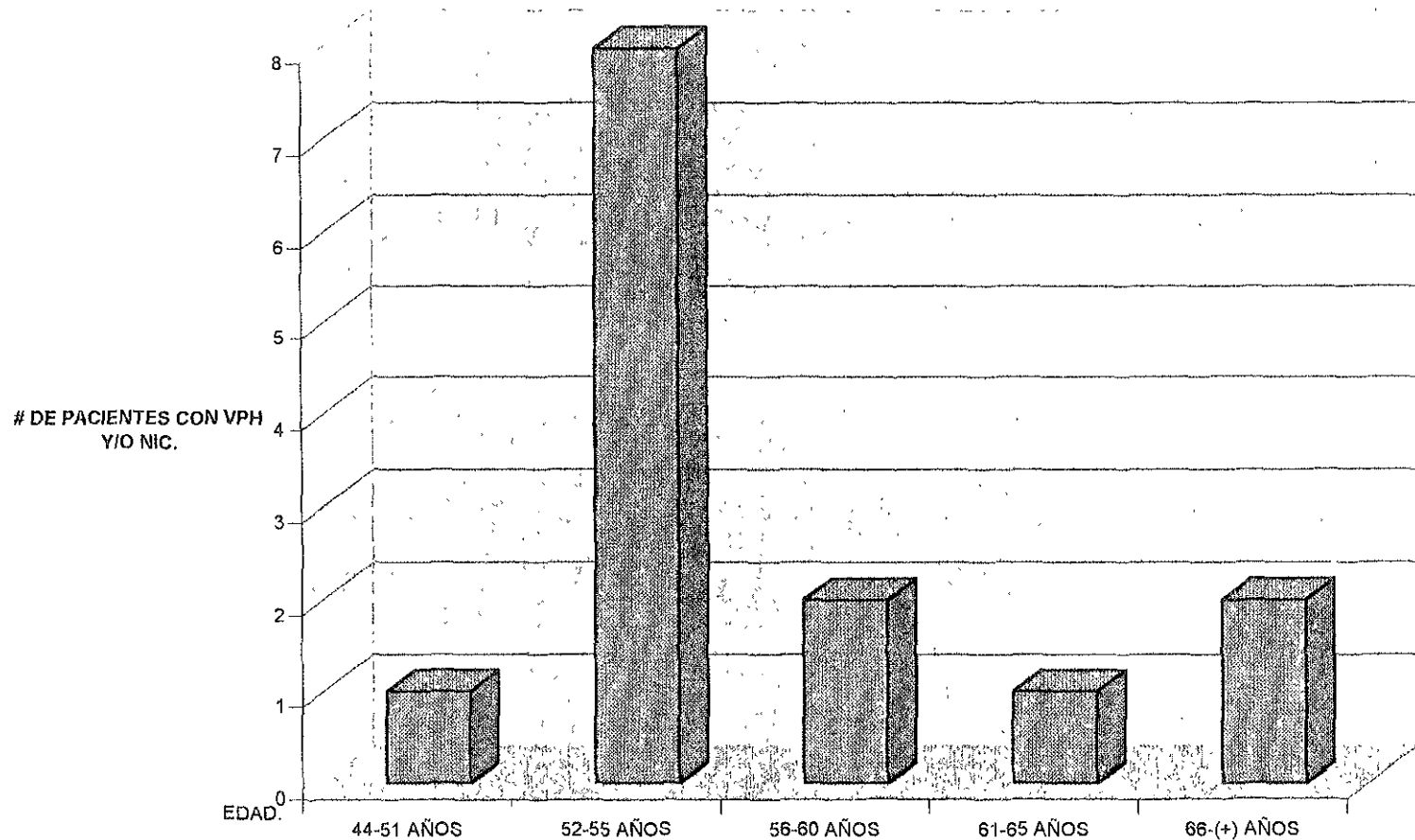
** Diecisiete pacientes con biopsia

CORRELACION HISTOPATOLÓGICA, COLPOSCÓPICA Y DE PAPANICOLAOU



GRAFICA III

ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS POR VPH Y/O NIC.



COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1) El papanicolaou sigue siendo un excelente método de tamizaje en este grupo de pacientes se apreció un sobrediagnóstico de NIC
- 2) La correlación entre papanicolaou y colposcopia fué del 60%, esta correlación es mucho menor que la observada en pacientes en etapa previa al climaterio la cual es de alrededor de 80-85%
- 3) La colposcopia no fué capaz de identificar algunas lesiones precancerosas leves (NIC-I) sin embargo esta situación se encuentra dentro de parámetros normales referidos en la bibliografía (10) El estudio colposcópico eleva su sensibilidad cuanto mayor sea el grado de displasia
- 4) El porcentaje de displasias (NIC I-III) fue del 31.4%, dicho porcentaje es muy alto, tomando en cuenta los índices esperados por año según SSA, en todos los grupos de edad, dichos índices no rebasan el 10% de hecho tres de las pacientes requirieron HTA por NIC-III, dicha situación aumenta el riesgo de morbilidad (por el procedimiento quirúrgico), situación que no se presentó en nuestras pacientes El porcentaje de infección por HPV fué del 8.5%
- 5) El uso de estrogénoterapia local permitió una mejor valoración colposcópica, evitando dar tratamiento innecesario en pacientes con citología positiva a NIC-I
- 6) El diagnóstico definitivo sigue siendo la toma de biopsia dirigida por colposcopia, no se puede proponer una terapia en este grupo de pacientes si no tenemos confirmación histológica Es importante mencionar, que inclusive la correlación entre colposcopia y biopsia fue del 58.8%, cifra muy baja y que nos pone en alerta, ya que en la mayoría de los casos en que no hubo una correlación, la colposcopia apreció imágenes de infección por HPV y la biopsia determinó la presencia de NIC en diversos grados además de confirmar la infección viral.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Newkirk GR, Granath BD Teaching colposcopy and androscopy in family practice residencies J Fam Pract 1990. 31 171-8
- 2 - McCord MLL, Stovall TG, Sunmitt RT, Ling FW Discrepancy of cervical cytology and colposcopic biopsy: Is cervical conization necessary? Obstet Gynecol 1991.77-75-9.
- 3 - Sandan O, Frohlich RP, Discoll JA, Apostoleris A, Savage, Zakust H Is it safe to prescribe hormonal contraception and replacement therapy to patients with pregalignant and malignant uterine cervixes Gynec Oncol 1986. 34 159-63
- 4 - Brotzman GL, Apgar BS Cervical intraepithelial neoplasia: current management options J Fam Pract 1994. 39.157-79
- 5 - Reid R, Campion MJ HPV-associated lesions of the cervix: Biology and colposcopic features Clin Obstet Gynecol 1989.32 157-79
- 6 - Reid R, Scalzi Genital warts and cervical cancer VII An improved colposcopic index for differentiating benign papillomaviral infections from highgrade cervical intraepithelial neoplasia Am J Obstet Gynecol 1985,153 611-8
- 7 - Staff A, Wilbanks GD An international terminology of colposcopy. Report of the nomenclature committee of the international Federation of Cervical Pathology and Colposcopy Obstet Gynecol 1991. 77 313-4
- 8.- Jose Botella Llusia Tratado de Ginecologia 1993. 78-779
- 9.- Bernard Blanc Leon Boubli Ginecologia 1994. 137
- 10 -BOULANGER J. C . Gondry J. et. Naepels P Colposcopie Encycl Méd Chir (elservier. Paris-France), Gynecologie 60-B 10. 1997, 10 p

11 - Drapier Faure E. Menopause et son traitement Editions Techniques- Encycl Med Chir (Paris-France) Gynecologie 38-a10,1992 18 p

12 - Body G Descamps Ph; Lansac J. et Cols.-ncoplasies intraépitheliales du col Editions Techniques- Encycl Med Chir. (Paris France), Gynécologie 595-A-10. Cancerologie. 60-200-A-10,1993. 35p