

98
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
I.M.S.S.

ASOCIACIÓN DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL EN PACIENTES CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL



DIVISIÓN DE ESPECIALIDADES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. FABIÁN HILARIO MENDOZA PEDRAZA



IMSS

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ASESOR:
DRA. ELIZABETH PÉREZ OCHOA

MEXICO, D. F.

MARZO, 1998

2003





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 Dios

Por ser fuente de bendiciones personales y profesionales DIA con DIA y en todo momento de mi vida.

*A mi amada esposa Lorena
y a nuestros hijos*

Por ser el motivo y la inspiración de ser un mejor hombre cada nuevo día.

A mis padres:

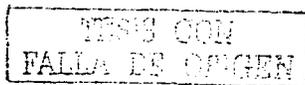
*Sr. Celestina Mendoza Guerra
Sra. Lina Pedraza de Mendoza*

Por ser el ejemplo que me guía por este sendero de la vida.

A mis hermanos:

Portu, René, Oscar y Lina

Por el enorme orgullo que tengo por tenerlos.



A mi maestra:

Dra. Elizabeth Pérez Ochoa

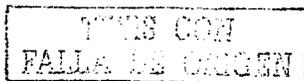
Porque no sólo me ha enseñado a ser
profesionista competente sino sobre todo a ser
un buen ser humano.

Al Dr. Martín Arza Vargas

Por todo el apoyo brindado durante el desarrollo
de nuestra Residencia Médica.

*A todos mis maestros, amigos
y compañeros*

Por ayudarme a compartir y realizar el sueño
de toda mi vida.



**ASOCIACIÓN DE NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL VAGINAL
EN PACIENTES CON NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

	Pág.
MARCO DE REFERENCIA.....	1
Introducción	1
Descripción NIVA.....	2
Causas	3
Frecuencia	5
Asociación NIC - NIVA.....	6
Sintomatología.....	7
Características Colposcópicas	7
Grupos.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	33
BIBLIOGRAFÍA	34

TL'S CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO DE REFERENCIA

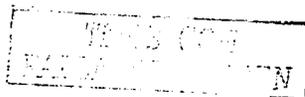
INTRODUCCIÓN

La vagina está cubierta por epitelio plano estratificado que se continúa con el epitelio escamoso del cérvix hasta la unión escamo-columnar. Bajo condiciones normales, no existen glándulas o criptas en la vagina.

La historia natural del cáncer de vagina es muy similar al del cáncer cervico-uterino (CaCu). El cáncer In Situ de vagina, raramente produce síntomas y el examen vaginal rutinario frecuentemente es negativo. (1)

Aunque la causa de la Neoplasia Intraepitelial Vaginal (NIVA ó VAIN - por sus siglas en inglés -) es desconocida, un origen etiológico común a la lesión similar en el cérvix (Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC) en algunos casos es sugerida por la observación. (2,3)

Mientras que el CaCu In Situ y sus etapas precursoras son lesiones frecuentemente encontradas, el tumor histológicamente idéntico en vagina, es raro (4). Existe evidencia sugestiva de que la Historia Natural de ambas lesiones puede ser la misma, ya que el carcinoma In Situ de vagina ha ocurrido concomitantemente con lesiones similares del cérvix, y además, ésta ha sido observada después de todas las formas de terapia para el carcinoma cervicouterino In Situ, situación explicada por la teoría multicéntrica sustentada por Newman y Cromer. (5)



Dado que la vagina puede ser difícil de examinar colposcópicamente, y los frotis vaginales son raramente hechos en pacientes con cérvix sin lesiones, la prevalencia de la Neoplasia Intraepitelial Vaginal es fácilmente subestimada.

Aunque se ha demostrado que la utilidad de un programa de citología cervical repetitiva se enfoca a detectar y tratar la NIC, reduciendo la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino, su aplicación en el diagnóstico, su aplicación en el diagnóstico citológico de la Neoplasia Intraepitelial Vaginal es importante porque la enfermedad puede progresar a un carcinoma escamoso invasor si no es tratada adecuada y oportunamente. (6)

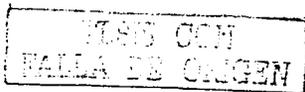
DESCRIPCIÓN NIVa

La Neoplasia Intraepitelial Vaginal (NIVa) es una lesión rara y como su nombre lo indica, está confinada al epitelio vaginal. Puede ocurrir en mujeres con o sin cérvix. Frecuentemente, si el cérvix está presente, la NIVa aparece como una extensión de la NIC. (2)

El grado histológico de la Neoplasia Intraepitelial de la vagina es similar a la del cérvix: NIVa grado I = Displasia Leve, NIVa II = Displasia Moderada y; NIVa III = Displasia Severa ó Carcinoma In Situ.

La enfermedad puede ser multifocal, sin embargo, muchas lesiones se encuentran en el tercio superior de la vagina, la cual representa el sitio de preferencia en la mayoría de los casos. (2)

El carcinoma Invasor de Vagina fue descrito por primera vez en 1827 por Cruveilhier y la Neoplasia Intraepitelial Vaginal por Hammer en 1933. (4)



CAUSAS

La(s) causa(s) de la NIVa es desconocida. Se ha sugerido debido a la observación, un origen etiológico común a la Neoplasia Intraepitelial Cervical en algunos casos. (5)

Puede ser que la radioterapia confiera un riesgo significativo para el desarrollo de la Neoplasia vaginal en pacientes sometidas a radiación por patología cervical. (3)

La evidencia de encontrar presente al Virus del Papiloma Humano (VPH) sugiere participación viral en la etiología. (7)

La teoría carcinogenética del "campo" se emite dada la evidencia de enfermedad multicéntrica en el tracto genital inferior. (8)

Dentro de los factores asociados al desarrollo de éste padecimiento, encontramos:

- (1) Haber padecido lesión preinvasora o invasora del cérvix.
- (2) Infección por virus del Papiloma Humano.
- (3) Radiación por patología genital maligna.
- (4) Histerectomía independientemente de la indicación (al retirar el cérvix, los factores que actuarían sobre él, lo harán ahora sobre la vagina).
- (5) Inmunosupresión.
- (6) Exposición a Dietil-Etilbestrol (DES) in útero.

TESIS CON
FALLA DE LINGÜEN

Así mismo, existen tres posibles explicaciones para la patogénesis de esta condición: (9)

- A. Enfermedad residual indicativa de una escisión inadecuada de la lesión original.
- B. Origen en múltiples focos.
- C. Lesión nueva o recurrente debido al estímulo carcinogénico o la posiblemente resultante de la terapia para la lesión inicial (radiación).

La Historia Natural de ésta enfermedad no es totalmente entendida aún, pero se ha registrado su progresión su hacia la invasión. (1)

Muchas mujeres que desarrollan NIVA son menopáusicas y han sido sometidas a histerectomía u algún otro tratamiento para lesiones escamosas cervicales intraepiteliales de alto y bajo grado o incluso para cáncer cervicouterino invasor. (10,11,12)

La patogénesis de la NIVA ha sido pobremente estudiada. Mientras que la Neoplasia Intraepitelial Cervical es más fácil de aparecer en la unión escamocolumnar, la rareza de la NIVA es usualmente atribuible a la ausencia de una zona de transformación en la vagina normal. En apoyo a esta hipótesis, la NIVA ocurre más frecuentemente en pacientes que tienen adenosis vaginal y metaplasia escamosa relacionada a la exposición in útero con DES. (6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA

El carcinoma de vagina es uno de los cánceres más raros del tracto ginecológico con una frecuencia que va del 1 al 3.6 % de un gran total. La NIVa es aún más rara. (2)

Woodruff recabó en una revisión de la literatura poco menos de 300,000 casos hasta 1991.

Cramer y Cutler reportaron una incidencia del carcinoma In Situ de vagina del 0.2 por 100,000 mujeres en comparación con el 36.4 por 100,000 con cáncer cervicouterino In Situ.

La frecuencia de la Neoplasia Intraepitelial Vaginal se ha visto incrementada gracias a los mejores métodos de diagnóstico como lo es la colposcopia. Puede afectar a mujeres con un rango de edad tan amplio que se describe desde 19 y hasta los 86 años. (2)

La detección y el tratamiento de la NIVa es frecuentemente difícil por la presencia de otro tipo de lesiones epiteliales tales como quistes de la cúpula, atrofia de la mucosa y cambios post-radiación que pueden enmascararlas. (6)

La citología vaginal representa una prueba útil y aceptable para la detección de la enfermedad preinvasora y en consecuencia está indicada en el seguimiento de pacientes sometidas a tratamiento por Neoplasia Intraepitelial Cervical. (5)

Se requieren estudios adicionales comparativos de las características de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y la Neoplasia

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

Intraepitelial Vaginal para esclarecer los mecanismos de carcinogénesis en el tracto genital femenino. (6)

ASOCIACIÓN NIC - NIVa

El Carcinoma In Situ de vagina es frecuentemente raro sin un cáncer cervicouterino sincrónico o precedente. Frecuentemente si el cérvix está presente, la NIVA aparece como una extensión de la NIC. (8)

Las pacientes con una enfermedad cervical preinvasora e invasora tratadas quirúrgicamente, tienen una incidencia progresiva de NIVA. Muchos casos de NIVA ocurren dentro de los primeros 10 años después del procedimiento quirúrgico para las lesiones cervicales. (5)

En pacientes sometidas a histerectomía por Neoplasia Intraepitelial cervical, la frecuencia de encontrar asociado lesiones intraepiteliales vaginales, alcanza del 0.7 al 6.6%. (8)

La NIVA en asociación con NIC y/o neoplasia intraepitelial vulvar (NIV ó NIVu) es rara y se han encontrado factores de riesgo entre ambos, particularmente la presencia del virus del Papiloma Humano y/o terapia inmunosupresora. (2)

Así mismo, la presencia de NIVA en paciente sometidas a histerectomía por trastornos benignos, alcanza una frecuencia del 0.9 al 6.8 %. (5)

NIC S CON
FALLA DE ORIGEN

SINTOMATOLOGÍA

La NIVA es típicamente un problema asintomático que se detecta por citología. Es decir, las pacientes frecuentemente se presentan con un frotis de Papanicolaou anormal y usualmente SIN síntomas. (2)

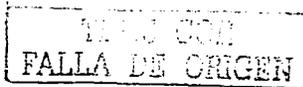
El examen colposcópico cuidadoso del cérvix (si éste existe), vagina, vulva y periné es necesario y debe formar parte de la examinación inicial en este tipo de pacientes. (6)

CARACTERÍSTICAS COLPOSCÓPICAS

La Neoplasia Intraepitelial Vaginal tiene las mismas características colposcópicas que las neoplasias intraepitelial cervical. La NIVA se caracteriza por un epitelio acetoblanco y pudiera tener un patrón vascular bien establecido caracterizado por mosaicismo y/o puntilleo. (13)

El patrón vascular relacionado con la NIVA de alto grado, se desarrolla más tardíamente en los procesos neoplásicos. Un puntilleo vascular bien desarrollado en una zona de NIVA alto grado, suele ser altamente sugestivo de carcinoma invasor sobre todo si se localiza en la cúpula vaginal. (14)

La aplicación de solución de Lugol diluida al 50% en la mucosa es un coadyuvante útil en la colposcopia vaginal. Permite la demarcación clara de una zona de atipia epitelial de alto grado y también una biopsia dirigida por colposcopia más precisa. La tinción de yodo no altera la valoración histológica de la muestra de biopsia. (13)



La NIVA puede estar constituida por una sola zona de enfermedad o ser multifocal. Las lesiones son bien definidas o coalescen. Puede ser plana por completo o elevada, con lesiones papulares de diversos tamaños y con hiperqueratosis clínicamente notoria que en pocas ocasiones causa leucoplasia. La colposcopia vaginal es un método difícil. Las lesiones pueden aparecer por completo triviales pero mostrar cambios neoplásicos notorios en la histología. (14)

Puesto que el epitelio vaginal varía en grosor, la presentación de NIVA es algo variable. Debido a la presentación atípica ocasional, cualquier anomalía de la mucosa vaginal en la paciente con citología vaginal anormal, deberá ser valorada mediante biopsia. (14)

GRUPOS

Las displasias epiteliales vaginales se han dividido en cinco grupos: (2)

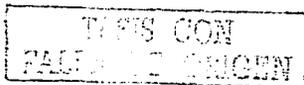
GRUPO I: NIVA de novo ó encontrada sola, sin NIC previo o concomitante.

GRUPO II: NIVA asociada con NIC o CaCu invasor concomitante o no.

GRUPO III: NIVA post-radioterapia o después de radiación vaginal.

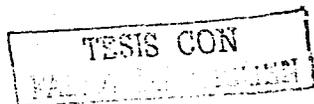
GRUPO IV: NIVA asociada tanto con NIC como con NIV.

GRUPO V: Hallazgo incidental de NIVA en el espécimen quirúrgico.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) asociada a Neoplasia Intraepitelial Vaginal (NIVa) ?



OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) asociada a Neoplasia Intraepitelial Vaginal (NIVa) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico La Raza del IMSS.
2. Conocer los factores de riesgo asociados en ambas patologías.
3. Conocer el grupo etario más frecuente de presentación de tal asociación en nuestra población de estudio.
4. Conocer la imagen colposcópica más característica de la NIVa en nuestra población de estudio.
5. Conocer la variedad histológica más frecuente en estas pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y de tipo observacional, en donde el universo de trabajo fue constituido por las pacientes enviadas al Departamento de Colposcopia del Servicio de Ginecología en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico La Raza, IMSS entre el 1° de Enero y el 15 de Mayo de 1998. Se incluyeron para estudio a las pacientes enviadas al Departamento con vida sexual activa y diagnóstico citológico de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), aquellas cuyo examen arrojaba una colposcopia satisfactoria y en aquellas pacientes que aceptaban la toma de la(s) biopsia(s) previo consentimiento informado.

Se les realizó colposcopia en periodo no menstrual. El estudio incluyó observación colposcópica del tercio superior de la vagina. Se les elaboró a todas las pacientes Historia Clínica y Exploración Física y se les solicitó su consentimiento por escrito para la toma de la(s) biopsia(s), las cuales se realizaron con pinzas para biopsia cervical, de las zonas representativas identificadas en el estudio.

La(s) muestra(s) se enviaron a estudio histopatológico al Servicio de Patología del mismo Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico La Raza, en formol al 30 % y con formato de identificación de cada una.

No se incluyeron pacientes con tumor cervical invasor o en aquellas en las que no se corroboró el diagnóstico de NIC, así mismo, las que no contaban con un expediente completo al momento del análisis o en aquellas pacientes en que por alguna circunstancia no fue posible realizar el procedimiento.

TESIS CON
FALLA DE COTICEN

Los datos individuales se captaron en un formato especialmente diseñado y luego se concentraron en una hoja de cálculo de SPSS (Statistical Program for Social Sciences), la cual se utilizó para realizar el análisis estadístico a través de Estadística Descriptiva y su representación gráfica (Porcentaje, Media, Mediana, Desviación Estándar y Gráficas de barra y pastel).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Entre el 1° de Enero y el 15 de Mayo de 1998 se estudiaron 80 pacientes enviadas al Departamento de Colposcopia del servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS, con diagnóstico citológico de Neoplasia Intraepitelial Cervical.

Se excluyeron del estudio ocho pacientes por haber presentado un diagnóstico histológico de carcinoma Invasor del Cérvix (3 pacientes) ó porque no se corroboró el diagnóstico histológico de NIC (5 pacientes).

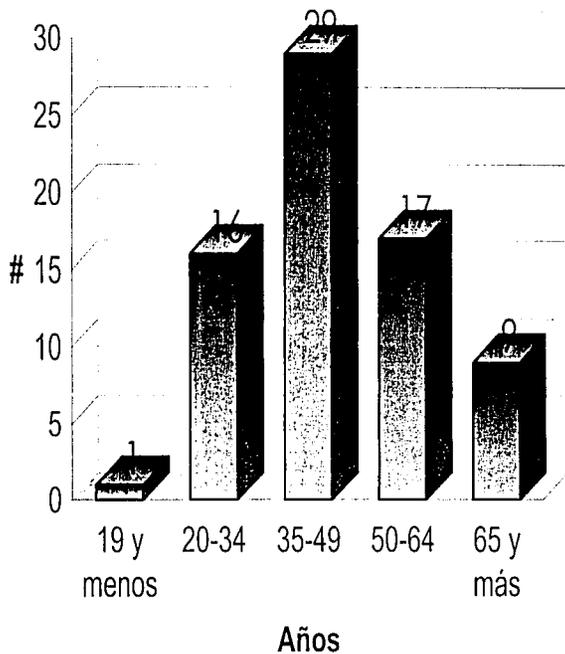
En las 72 pacientes disponibles para el análisis, la edad promedio fue de 44 años con un rango de 19 a 71 años. El grupo etario más frecuente correspondió al rango de 35 a 49 años (40.3%). (ver gráfica # 1)

Solo el 51.4 % tenía antecedente positivo de tabaquismo (ver gráfica # 2). El 52.8 % había iniciado su vida sexual entre los 17 y los 20 años y para el total, el promedio de inicio fue a los 19 años. El 83.4 % se dedicaba al hogar y el 73.7 % eran casadas. El 59.5 % de las 72 pacientes eran menstruantes.

Aunque el 79.2 % había tenido más de tres embarazos, solo el 51,4 % había tenido más de 2 partos (ver gráfica # 3). El 65 % de las pacientes respondió haber tenido un solo compañero sexual (ver gráfica # 4).

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA # 1: Edades 72 pacientes



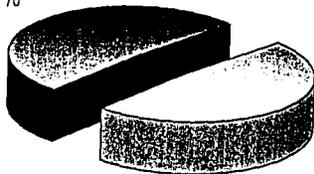
MEMORIO
NCD
1974

41

TESIS CON
FALTA DE ORDEN

GRÁFICA # 2: Tabaquismo en 72 pacientes

positivo
51%

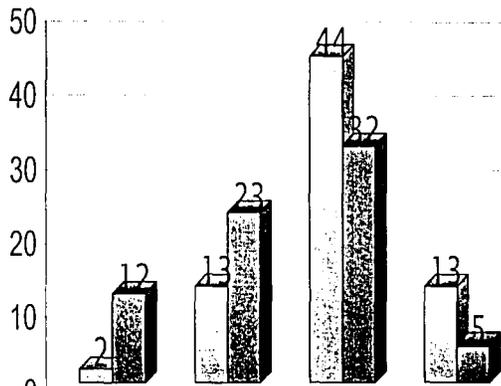


negativo
49%

n=72 pacientes sometidas a colposcopia

GRÁFICA # 3: Embarazos y Partos en 72 pacientes

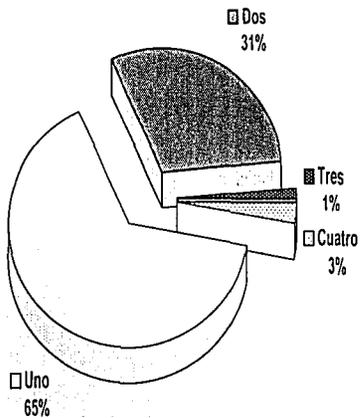
□ Embarazos ■ Partos



	Ninguno	1-o 2	3 a 5	6 ó más
Embarazos	2	13	44	13
Partos	12	23	32	5

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
 PATOLÓGICAS
 1900 SICAL

GRÁFICA # 4: No. de Parejas sexuales



La edad promedio del primer embarazo fue de 22 años y para el primer parto, de 21 años. En el 90 % de las pacientes, habían pasado más de 3 años desde su último parto. El 48.6 % tenía OTB y 26.4 % no utilizaba ningún método de anticoncepción. Ninguna paciente tuvo antecedente de Radioterapia o Quimioterapia y en solo 2 de ellas había antecedente histológico conocido de infección por VPH (en ambas el reporte de la biopsia vaginal fue de vaginitis crónica).

El diagnóstico de envío y en el definitivo, fue de 40.2 % para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) y de 59.8 % de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) para la biopsia cervical, aunque el diagnóstico definitivo coincidió solo en el 79 % de los casos con el diagnóstico citológico inicial (ver gráficas # 5 y 6).

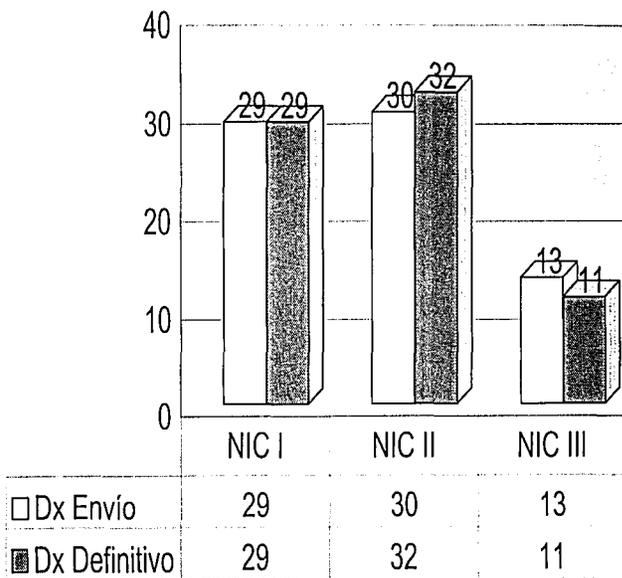
La vaginoscopia reveló hallazgos colposcópicos en el 50% de las pacientes (ver gráfica # 7) y la biopsia de vagina reportó un 25 % de vaginitis atrófica, un 59.5 % de vaginitis crónica inespecífica y un 15.5 % de NIVA (11 pacientes). (ver gráfica # 7-A)

En el análisis de las pacientes con NIVA del grupo de estudio, el promedio de edad fue de 43 años (rango de 30 a 62 años). El 38.4% tenía el antecedente de tabaquismo positivo. El 81.9 % se dedicaba al hogar; 90.9 % eran casadas y 63.7 % eran menstruantes. (ver gráfica # 8)

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 21 años, con un rango de 17 a 29, el 55 % refirió solo un compañero sexual. El 90.1 % tenía antecedente de tres o más embarazos y el 54.7 % tres o más partos. La edad promedio de este grupo para el primer embarazo fue de 23 años y para el primer parto de 24 años. El 100 % tenía 4 o más años del último parto.

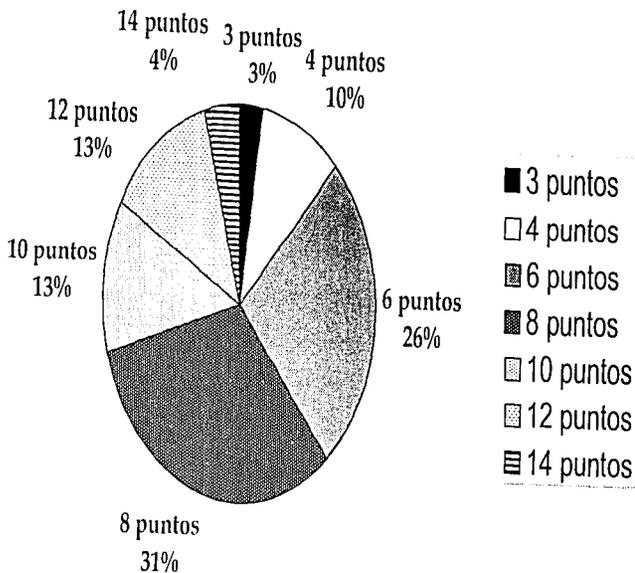
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA # 5: Diagnósticos de Envío y Definitivo



TESIS CON
FALTA DE ANEXOS

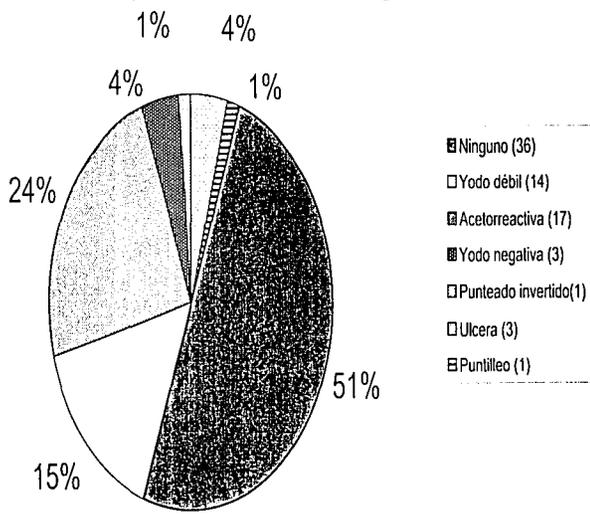
GRÁFICA # 6: INDICE COLOSCOPICO DE REID (Puntajes)



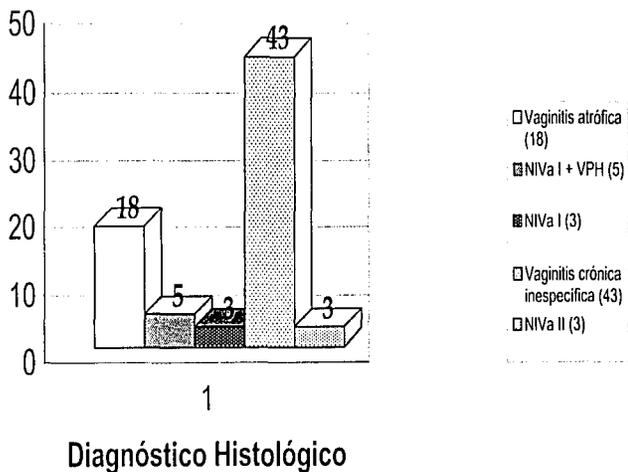
LABORATORIO DE GINECOLOGIA
FAMILIA Y SALUD REPRODUCTIVA
NOV 8 1997

TESIS CON
FALTA DE ORDEN
NINGUNO EN VITRA

GRÁFICA # 7: Hallazgos colposcópicos en vagina



GRÁFICA# 7-A: Biopsia de vagina en pacientes enviadas a coloscopia



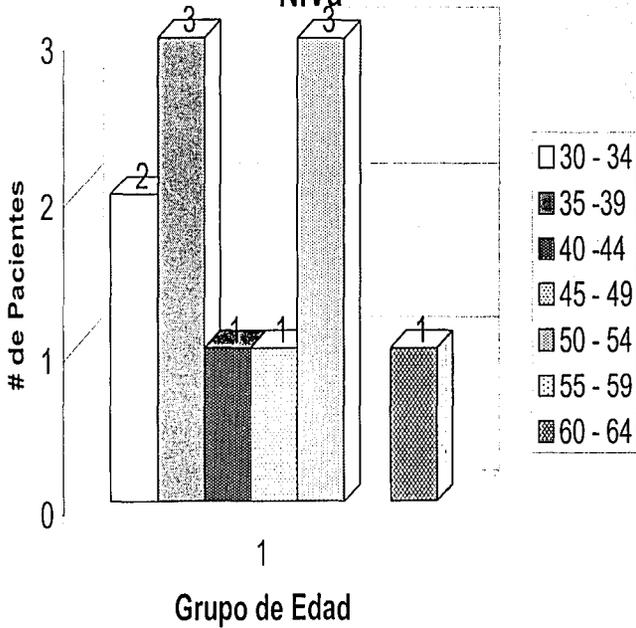
n = 72 pacientes enviadas a coloscopia

FALLA DE CUBRIR
1990 OCT 11

1001 CON
FALTA DE ORIGEN

GRÁFICA # 8: Edad Pacientes con

NIVa



El 63.7 % tenía OTB y el 18.1% no llevaba ningún método de planificación familiar.

Ninguna de estas pacientes tenía antecedente de Radioterapia, Quimioterapia o infección genital por Virus del Papiloma Humano.

El 45.5 % de estas 11 pacientes se presentaron sin síntomas y en 36.3 % de ellas había una hemorragia transvaginal escasa (ver gráfica # 9).

El diagnóstico de envío fue de Lesión escamosa intraepitelial de Bajo grado en el 18.1 % y en el 81.9 % de Alto grado. Sin embargo, el diagnóstico histológico definitivo reveló que las 11 pacientes tenían una lesión cervical de alto grado, con un 63.6 % de correlación con el diagnóstico de envío (ver gráfica # 10).

La Colposcopia reveló para el cérvix un índice colposcópico de Reid de 8 puntos para el 45.5% de estas 11 pacientes, de 10 puntos para el 27.3% y de 12 o más puntos para el 27.2% (ver gráfica # 11 y 12).

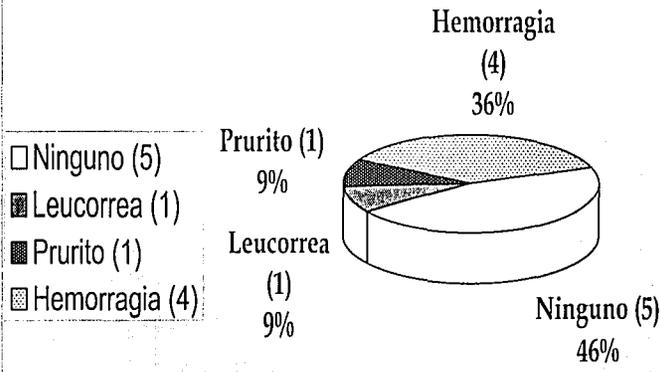
Los hallazgos durante la vaginoscopia fueron de imagen acetorreactiva - yodo débil en el 9.1 % (1 paciente), Imagen acetoblanca en 72.7 % (8 pacientes), yodo débil y punteado invertido en una paciente para cada uno de estos patrones colposcópicos.

Finalmente, la biopsia en vagina reportó: NIVA I en 27.3% de las pacientes (3 pacientes), NIVA I + IVPH en el 45.4% (5 pacientes y NIVA grado II en el 27.3 % (3 pacientes). (ver gráfica # 13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECROMO SU VITIVA
FALLA CON
NOO B.F.F.J

GRÁFICA # 9: Síntomas en pacientes con NIVa asociada a NIC

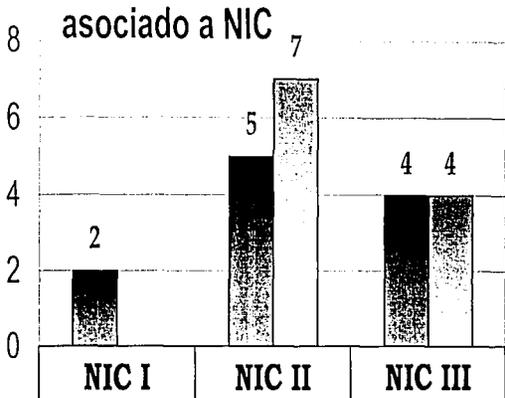


n = 11 pacientes con NIVa asociada a NIC

2

TESIS COE
 FALTA DE DATOS

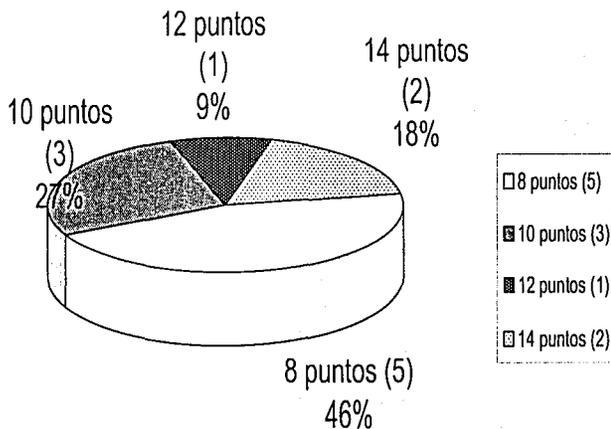
GRÁFICA # 10: Diagnosticos de Envío y Definitivo de pacientes con NIVa asociado a NIC



	NIC I	NIC II	NIC III
Dx Envío	2	5	4
Dx Definitivo		7	4

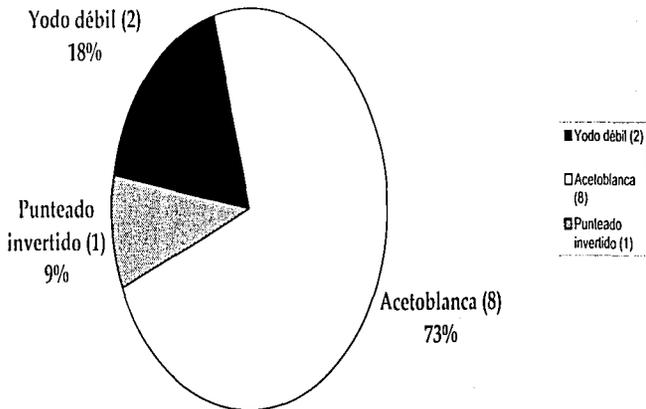
n = 11 pacientes con NIVa asociado a NIC

**GRÁFICA # 11: Índice colposcópico
de Reid en pacientes con NIVa
asociado a NIC**



IMPRESO CON
TALA DE ORO
MÁS

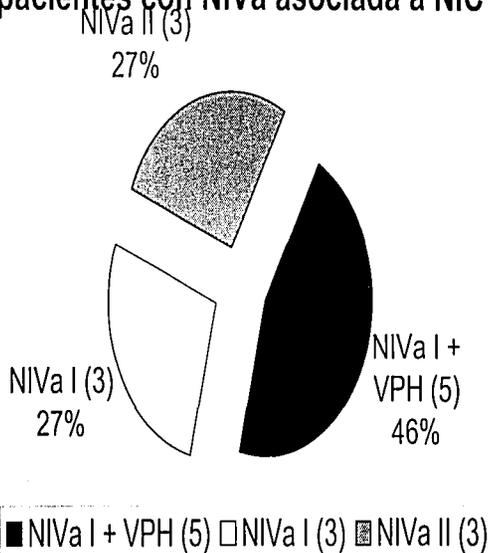
GRÁFICA # 12: Hallazgos colposcópicos en vagina en pacientes con NIVa asociada a NIC



n = 11 pacientes con NIVa asociada a NIC

TESIS CON
FALTA DE CUBRIR
NO CISELL

GRÁFICA # 13: Biopsia de vagina de pacientes con NIVa asociada a NIC



n = 11 pacientes con NIVa asociada a NIC

DISCUSIÓN

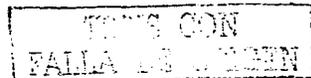
La vagina es el órgano externo peor estudiado en el chequeo ginecológico. La colocación del espéculo vaginal metálico, oculta el 50 % de sus paredes, y aunque el uso de espejos transparentes permite la observación de las paredes vaginales en su totalidad, la compresión ejercida sobre las caras superior e inferior, puede dificultar la interpretación de las imágenes observadas e impedir la realización de una vaginoscopia adecuada. (15)

La Neoplasia Intraepitelial de la vagina, identificada en la actualidad con el acrónimo de NIVa (o de sus siglas en inglés VAIN), es una afección rara. Se desconoce la incidencia real de la NIVa, que sin duda es muy inferior a la de la Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC. La frecuencia sin embargo, parece haber aumentado en los últimos 20 años, paralelamente al aumento de la infección por virus del papiloma humano. (14)

Hasta la fecha, la historia natural de la NIVa es poco conocida, los datos reflejados en la literatura son escasos e incompletos, de hechos, la mayoría de autores presenta series con un número escaso de casos compuestos principalmente por NIVa III y evidentemente tratados de forma precoz. (15)

Se desconoce el significado clínico de la NIVa I y cuando se habla de NIVa en la mayoría de las ocasiones, se hace referencia a aquella de alto grado.

La frecuencia de asociación de pacientes con diagnóstico de NIC, con Neoplasia Intraepitelial Vaginal del 15.5 % encontrada en



nuestro grupo de estudio, es considerablemente más elevada que la del 0.7 al 6.6 % reportado en otras poblaciones y estudios. (5,8) (ver gráfica # 14)

Al hacer un análisis de las características presentadas, no parecen interferir factores de riesgo señalados como responsables de la lesión intraepitelial cervical.

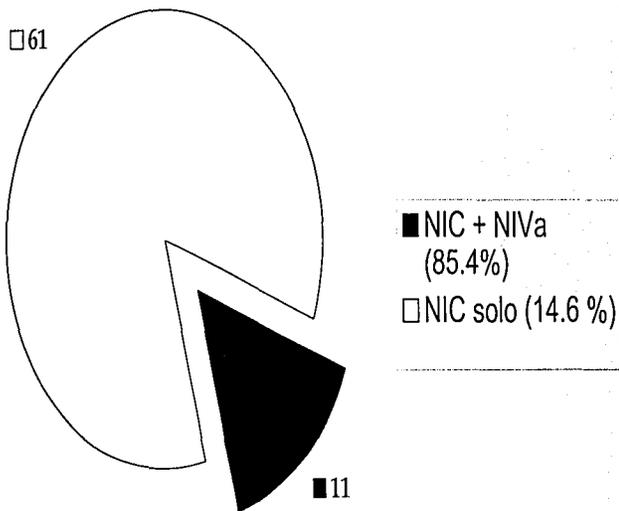
Al igual que en otros estudios, el grupo etario más frecuentemente afectado representó la cuarta y quinta décadas de la vida y las imágenes colposcópicas más representadas en nuestro grupo coincide con aquellas mencionadas por otros: acetorreactividad y lesión yodo-débil.

La variedad histológica más frecuente en nuestro grupo fue la asociación de Neoplasia Intraepitelial Vaginal grado I con rasgos citopáticos de infección por virus del papiloma humano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NEED TO TRY
FAIA DE CHEN
HOO BIA

**GRÁFICA # 14: sociación de NIVa en
pacientes con NIC**



CONCLUSIÓN

La Neoplasia Intraepitelial vaginal se asocia a la Neoplasia Intraepitelial cervical en un 15.5%. En estas pacientes no es común que se presenten factores de riesgo asociados en la patogénesis de las lesiones cervicales intraepiteliales. El objetivo del estudio de determinar la frecuencia de tal asociación se cumplió pero resulta evidente que esta asociación deberá de estudiarse con mayor profundidad y agudeza en el manejo de pacientes con NIC y durante un estudio colposcópico rutinario.

La asociación de NIVa en pacientes con NIC deberá descartarse sobre todo en pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado y existe un amplio campo para la investigación en esta área.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Sillman F, Fruchter R, Shiun Y, Camilien L, Sedlis A, Tigue E. Vaginal intraepithelial neoplasia: Risk factors for persistence, recurrence and invasion and its management. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:93-9.
2. Lapointe P, Body G, Vauclair R, Drouin P, Ayoub J. Vaginal Intraepithelial Neoplasia. *Gynecol Oncol* 1990; 36:232-9.
3. Lenehan P, Meffe F, Lickrish M. Vaginal Intraepithelial Neoplasia: Biologic Aspects and Management. *Obstet Gynecol* 1986; 68:333-7.
4. Lee R, Symmonds R. Recurrent Carcinoma in Situ of the Vagina in Patients Previously Treated for in Situ Carcinoma of the Cervix. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 61-4.
5. Gemell J, Holmes D. How frequently need vaginal smears be taken after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia?. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 58-61.
6. Sherman M, Paull G. Vaginal Intraepithelial Neoplasia. Reproducibility of Pathologic Diagnosis and correlation of smears and Biopsies. *Acta Cytologica* 1993; 37: 699-704.
7. González J, Chávez J, Menendez J, Deolarte M. Neoplasia intraepitelial vaginal (NIVa). Diagnóstico y manejo. *Ginec Obst Mex* 1993; 61:219-22.
8. Cheong Y, Anderson D. Neoplasms of the vagina following cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1982; 14: 125-32.

TESIS CON
FALLA DE OMBON

9. Ireland D, Monoham J. The management of the patient with abnormal vaginal cytology following hysterectomy. Br J Obstet Gynecol 1988; 95: 973-5.
10. Fawdry R. Carcinoma in situ of the cervix: is post-hysterectomy cytology worthwhile?. Br J Obstet Gynecol 1984; 91: 67-72.
11. Herman J, Homesley H, Dignan M. Is Hysterectomy a Risk Factor for Vaginal Cancer?. JAMA 1986; 256: 601-3.
12. Soutter W. The treatment of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy. Br J Obstet Gynecol 1988; 95: 961-2.
13. Wright C. Colposcopía. Clin Gynecol Obstet North Am 193; 205-16.
14. De Palo. Colposcopía del Tracto Genital inferior. Edit. Panamericana. 2ª ed. Pp343-50.
15. Carreras R, Fernández I, Checa M, Basil C. Neoplasia vaginal intraepitelial: nuestra casuística. Acta ginecológica 1997; 54: 120-3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN