

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO:
CORRELACION CON EL REPORTE DE LA BIOPSIA
Y EL CONOBIOPSIA.

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA EL
DR. MATIAS PEREZ GONZALEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



ISSSTE

ASESOR DE TESIS: DR. OSCAR TREJO SOLORZANO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

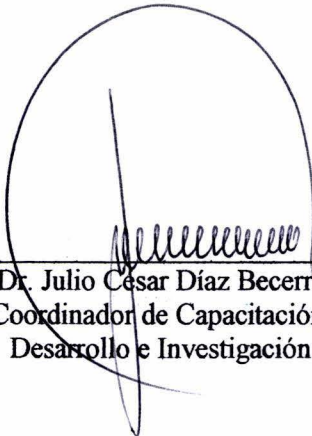


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



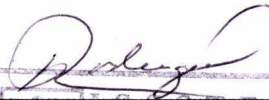
Dr. Julio César Díaz Becerra
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación



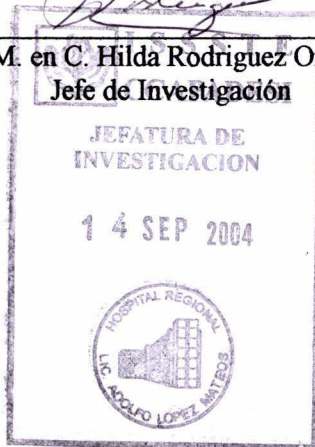



Dr. Luis S Alcázar Alvarez
Jefe de Enseñanza





M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz
Jefe de Investigación

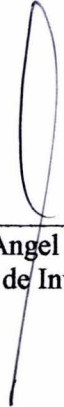




Dr. Héctor Hurtado Reyna
Profesor Titular



Dr. Oscar Trejo Solórzano
Asesor de Tesis



Dr. Miguel Angel Serrano Berrones
Vocal de Investigación

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer sinceramente a mi esposa e hijos, que me apoyaron con sus sacrificios para mi superación.

A mis padres por inculcarme el deseo de superación

A mis hermanas por su amor y confianza.

A mis amigos Christian, Luis, Adriana y Francisco ya que fueron mi familia.

Y sobretodo a mi asesor de tesis Dr. Oscar Trejo Solórzano por su apoyo y enseñanza en mi preparación

Esperando no defraudarlos.

GRACIAS

INDICE

• <i>RESUMEN</i>	1
• <i>SUMMARY</i>	2
• <i>CONSIDERACIONES GENERALES</i>	3
• <i>JUSTIFICACIÓN</i>	11
• <i>OBJETIVO</i>	12
• <i>MATERIALES Y METODOS</i>	13
• <i>RESULTADOS</i>	14
• <i>CONCLUSIONES</i>	15
• <i>GRAFICAS</i>	18
• <i>BIBLIOGRAFÍA</i>	21

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la importancia de la correlación entre los resultados del estudio histopatológico de la biopsia de cervix y el cono cervical en pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LEIAG). **MATERIAL Y METODOS** En el periodo comprendido del 1o de enero del 2000 al 31 de marzo del 2004, en un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, se estudiaron 80 pacientes del servicio de colposcopia y derechohabientes del ISSSTE del H.R. Lic. Adolfo López Mateos, México, DF., que a las cuales se les realizó un cono cervical por presentar previamente una biopsia de cervix con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, realizando una comparación entre el resultado del cono cervical con el de la biopsia cervical. Las pacientes debían de contar con los siguientes criterios de inclusión: a) haber sido atendida en el servicio de colposcopia de este mismo hospital, b) haberse realizado previamente una biopsia de cervix con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, c) haberse realizado el cono cervical en el servicio de colposcopia, d) que se tuvieran los reportes de patología tanto de la biopsia como del cono en el servicio de patología y realizado el estudio por el servicio de este mismo hospital, e) que los reportes contaran con los datos siguientes: nombre completo, edad, fecha y las mediciones de la muestra. El análisis estadístico fue por coeficiente de correlación, para determinar el grado de asociación entre dos variables. Finalmente se determinó la sensibilidad y especificidad de cada uno de ellos, estudiándose realizándose el análisis estadístico con la prueba de chi cuadrada. **RESULTADOS:** Se estudiaron 80 pacientes, con edad de 23 a 74 años, con un promedio de la misma de 40 años. En 61 pacientes se diagnosticó por histopatología, lesión escamosa intraepitelial de alto grado, tanto por biopsia de cervix como por cono cervical, representando un 76% y 19 pacientes presentaron lesión escamosa intraepitelial de bajo grado en el cono cervical y en la biopsia se reportó lesión escamosa intraepitelial de alto grado, lo que representó el 24%. Se encontró que la paciente con menor edad que se le realizó un cono cervical con lesión escamosa intraepitelial de alto grado fue de 23 años. La sensibilidad y especificidad encontradas en este estudio es del 100%, así como estadísticamente es mejor el estudio realizado a través de la conización cervical que con la biopsia. **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio encontramos que la diferencia entre el diagnóstico histopatológico de la biopsia de cervix reportada con lesión escamosa intraepitelial de alto grado comparada con el cono cervical que reportó lesión intraepitelial de bajo grado fue de un 24 %. Concluyendo que estas variantes pueden ser por distintos factores como la interpretación errónea en la citología y la colposcopia. **PALABRAS CLAVES:** LEIAG, CONO CERVICAL, BIOPSIA.

SUMMARY

OBJECTIVE to Know the correlation between the results of the histopathologic study of the cervix biopsy and the cervical cone in patient with I diagnose of lesion scaly intraepithelial of high grade (LIEAG). We will demonstrate its importance. **MATERIAL AND METHODS** In the understood period of January 1ero from the 2000 to March 31 the 2004, in a retrospective, traverse, descriptive, observational study, 80 patients of the colposcopy service and claimants of the ISSSTE of the HRLALM, Mexico, DF. that to on whom a cervical cone was performed because of a previously cervix biopsy presenting LIEAG, carrying out a comparison among the result of the cervical cone with that of the cervical biopsy. The patients should have the following inclusion criteria: to) to have been assisted in the service of colposcopy of this same hospital, b) to have been carried out a cervix biopsy previously with report of lesion scaly intraepithelial of high degree, (LIEAG) c) to have been carried out the cervical cone in the colposcopy service, d) Both biopsy and cone pathology reports have to be available from the pathology service, and the study being carried out by this same hospital, e) that the reports counted with the following data: complete name, age, dates and measurements of the sample. The statistical analysis was for correlation coefficient, to determine the association degree between two variables. Finally the sensibility and specificity of each was determined being carried out the statistical analysis with the test of square chi. **RESULTS:** LIEAG was diagnosed in 61 patients by histopathology in both cervical biopsy and cone 80 patients were studied, with age of 23 to 74 years, with a 40 year-old average of the same one. In 61 patients it was diagnosed by histopatologia, lesion scaly intraepithelial of high degree, so much for cervix biopsy as for cervical cone, representing 76% and 19 patients presented lesion scaly intraepithelial of low degree in the cervical cone and in the biopsy you reports lesion scaly intraepithelial of high degree, which represent 24% .. The patient with lessr age in which a cervical cone was carned out with lesion scaly intraepithelial of high degree was of 23 years .The specificity and sensibility found in this study was of 100% and statically speaking it is much better of study realized by cervical cone then that of biopsy. **CONCLUSIONS:** In our study we find that the difference among the I histopathologic diagnose of the cervix biopsy reported with lesion scaly intraepithelial of high degree compared with the cervical cone that I report lesion intraepithelial of low degree you/he/she was of 24%. Leading to the conclusion that these variants can be for different factors like the pathologist's erroneous interpretation like the bad one taking of the cervical cone, amongst others

KEY WORDS: LIEAG, CERVICAL CONE, BIOPSY.

CONSIDERACIONES GENERALES

GENERALIDADES

El cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer mas frecuente entre las mujeres en el mundo. Se calcula que cada año son 465,600 casos nuevos, siendo el 15% de todos los canceres diagnosticados en mujeres. Este número puede ser inexacto ya que el número de cáncer cervical se ha estimado en muchas áreas de gran población usando métodos indirectos e inexactos. Muchos países en desarrollo, tales como África, Centro y Sudamérica, Asia excluyendo a Japón, el cáncer del cuello es el cáncer mas común y constituye el 20-30% de todos los canceres en las mujeres. En áreas desarrolladas occidentales, como las del Norte América, Centro y norte de Europa y Australia, la incidencia del cáncer cervical es mucho menor y constituye solo el 4-6% de los canceres en las mujeres. Europa del Este tiene una incidencia de cáncer cervical intermedia.(1)

Existen, diversas características han sido asociadas con el cáncer cervicouterino (CaCu), entre las que se encuentran: a) la infección por el virus del papiloma humano b) antecedentes de múltiples parejas sexuales, c) múltiples embarazos y abortos, d) edad de inicio temprano de la vida sexual, e)desnutrición y f) tabaquismo.

Es un procedimiento diagnostico por medio del cual se extrae tejido del canal endocervical. Las indicaciones para este procedimiento son citología con diagnostico de adenocarcinoma, lesión colposcópica del canal endocervical y citología y colposcopia anormales. Su contraindicación es en el embarazo.(11)

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

Tenemos que reconocer que la disminución en la incidencia de carcinoma cervical invasor se debe principalmente al diagnóstico y tratamiento precisos de lesiones cervicales de alto grado y de enfermedad microinvasora.

Una gran recolección de pruebas confirma que el agente causal de la carcinogénesis cervical es el papilomavirus humano. La prevalencia mundial de HPV en el cáncer cervical es cercana a 99.7%. La presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) en virtualmente todos los cánceres cervicales implica que este virus tiene un vínculo más fuerte con el cáncer cervical que cualquier otra causa específica de cáncer humano.

El modelo de carcinogénesis cervical incluye las 3 etapas siguientes: infección por VPH, avance a una lesión preinvasora de alto grado y, luego, invasión. Por eso la colposcopia va encaminada a la detección oportuna de las lesiones de alto grado. La mejor oportunidad para prevenir el carcinoma cervical invasor se logra al someter a estudios de detección a mujeres mayores de 30 años, el grupo de edad en que la incidencia de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de grado 3 ha sido alta en la población sometida a detección. Entre las mujeres que se estudian de manera apropiada, NIC 2 o NIC 3 o el cáncer invasor comprobado histológicamente, son muy infrecuentes después de los 60 años de edad.

CLASIFICACION DE LA LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

El sistema Bethesda (2001) incluye las categorías de displasia moderada (NIC 2) y displasia grave-carcinoma in situ (NIC3). Las lesiones de alto grado se caracterizan por más anormalidades nucleares, una infección menos

productiva, un grupo mas restrictivo de tipos de VPH y una tendencia mayor a avanzar a enfermedad invasora que cuando se compara con la lesión intraepitelial de grado bajo.(5)

Es sistema Bethesda fue propuesto por primera vez en 1988 como modelo de interpretación de las citología de células cervicales. Es un sistema de terminología para informar los resultados de citología cervical. El sistema se actualizó en abril del 2001 siendo estas las mas importantes a) eliminación de la categoría “satisfactorio pero limitado por”, b) se reintegraron las modificaciones benignas en la categoría normal, c) la categoría “células escamosas atípicas de significado indeterminado” y d) adenocarcinoma endocervical in situ, que ahora es una entidad separada. Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado quedaron sin modificaciones.(6)

La observación de que muchas mujeres con cáncer cervical tiene el antecedentes de una lesión de bajo grado, estudios han demostrado que cerca del 50% de las lesiones bajo grado se comportan como infecciones virales productivas no neoplásicas, que muestra un índice alto de regresión, pero la otra mitad se comporta como una lesión preneoplasica que persiste o avanza a un mayor grado de anormalidad. Los estudios sugieren que el tiempo de evolución de la lesión de bajo grado a carcinoma cervical es mas rápido que el de la lesión de alto grado a invasión.

Es prudente considerar la LEI de alto grado como precursora del cáncer maligno genuino, con un potencial de progresión bien definido. Estas lesiones deben ser tratadas dentro de un tiempo razonable. Sin embargo. La urgencia del tratamiento es difícil de medir. El potencial de progresión de la lesión de alto grado esta claramente establecido.

FACTORES DE RIESGO

Parece haber una diferencia sustancial entre los factores de riesgo de lesiones cervicales preinvasoras de grados bajo y alto. Las variables de los tipos de VPH de alto riesgo, el tabaquismo y los embarazos múltiples parecen ser factores de riesgo independientes de NIC 2 o NIC 3. El tabaquismo tiene relación no solo con el tamaño de la lesión, sino también con el grado de displasia.

Otro factor asociado es el uso de anticonceptivos a largo plazo con un riesgo relativo de 1.9% y la presencia de VPH de tipo 16 en las lesiones de alto grado con un riesgo relativo de siete veces mayor.

La prevalencia de las lesiones de alto grado fue mayor en mujeres con menor educación que señalaron uno o más embarazos a término, otro factor fue el de múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer), así como el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años de edad.

TIPOS DE PAPILOMAVIRUS HUMANO EN LA LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO

La infección del virus del papiloma humano produce lesiones anogenitales en ambos sexos, en el 75% de los casos se presentan en mujeres menores de 35 años. Se han reconocido 83 tipos virales y existen otros 150 que se han identificado a través de productos de la reacción de cadena de la polimerasa pero cuyo genoma no se ha clonado y caracterizado por completo. Se dividen de acuerdo a su potencial oncogénico en bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo. Los tipos de lesión se clasifican en 3: clínica, subclínica y latente. Su periodo de incubación es de 6 semanas a 12 meses, otra literatura nos habla de 2 meses a 20 años, su vía de transmisión es por contacto sexual, digital, vertical madre-feto, fomites, instrumental médico contaminado.

La clasificación de Bethesda lo incluye en la categoría de lesión intraepitelial de bajo riesgo. El virus es necesario pero no suficiente para el desarrollo de neoplasia maligna, por lo tanto se debe considerar como el factor de riesgo mas importante. Su diagnostico se realiza por citología, colposcopia con biopsia dirigida, histopatología, hibridación in-situ, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y captura del híbrido.(4)

Se ha hecho una distinción entre los tipos de VPH de potencial oncogénico bajo, intermedio y alto, Clínicamente, los tipos de VPH se dividieron en de riesgo bajo (tipos 6, 11, 42, 43, 44) y de riesgo alto.(tipos 16, 18, 31, 33, 35, 52, 58). La comparación de la fuerza de asociación entre el tipo de VPH específico y la de gravedad pueden clasificarse en categorías específicas con base en el riesgo. Es el subtipo viral mas importante es VPH del tipo 16. se detecta en 47.1% de canceres invasores, 47.1% de las lesiones de alto grado y 16.2% de lesiones intraepiteliales escamosas de grado bajo. El 18 de papilomavirus humano se detecto con una frecuencia 2.6 veces mayor en cáncer invasor que ocurrió a menos de un año de un frotis citológico normal, este tipo guarda relación constante con adenocarcinomas cervicales y con menor frecuencia con carcinomas de células escamosas invasoras del cuello uterino.(8)

En estudios realizados demuestran que el tipo mas frecuente de alto riesgo intermedio (tipo 16, 18, 31, 33 y 35) son 2: el 16 y 18. El tipo 16 se presento en el 57% y en otro estudio en un 80.6% fue detectado en pacientes que tuvieran tipos de alto riesgo. El incremento en la prevalencia de tipo 16 se encontró en quienes tuviera alto grado de severidad de neoplasia intraepitelial. Se comparo en este estudio al detección de VPH por medio de una kit de prueba para VPH con la PCR, considerando la ultima mas sensible para detección de el DNA del VPH. Evidentemente, la sensibilidad y la especificidad de las pruebas para VPH son de gran importancia.(1)

DIAGNOSTICO

BIOPSIA

Los instrumentos de biopsia que se emplean en nuestra clinica son la legra endocervical y la pinza de biopsia de Kovorkian. La legra puede insertarse dentro del cervix no dilatado y así legar el conducto. Si existe un cáncer endocervical, se obtendrá tejido. La pinza de biopsia se emplea para obtener múltiples muestras del tejido alrededor del orificio externo. Este instrumento es relativamente pequeño y tiene mandíbulas cuadradas; por lo tanto puede tomarse muestras adecuadas sin producir un trauma excesivo. Algunas de las pinzas para biopsia cervical antigua tales como la de Gaylord son pesadas con grandes dientes para cortar. Al emplear estos instrumentos se toman grandes biopsias produciendo un traumatismo innecesario. Existe gran cantidad de instrumentos cervicales para biopsia pero el Kovorkian parece ser el mas adecuado.

COLPOSCOPIA

Los hallazgos colposcopicos no son diagnósticos de cáncer pero nos ayudan en la selección de los sitios adecuados para la toma de biopsia. Una lesión en el conducto endocervical no pueden observarse mediante la inflexión del cervix sin la ayuda del colposcopio; el colposcopio no debe emplearse en vez del papanicolaou o de una biopsia.(10)

La alta sensibilidad y baja especificidad de la colposcopia se deben con mayor probabilidad a una "exageración" de lesiones de bajo grado.

La detección de una línea interna de demarcación que separa una zona central de atipia colposcopicamente importante de un campo mucho mayor de epitelio acetoblancos de grado bajo, es un signo seguro de enfermedad cervical

de alto grado. Esta observación destaca la estructura centripeta de NIC, con un componente menos diferenciado, de grado mas alto, ubicado en la parte mas central y la porción mejor diferenciada, situada en la periferia. En general, la zona mas anormal de una lesión será contigua a la unión escamocilindrica.

Es un hecho importante, porque una lesión grande puede tener un cambio geográfico bastante notable (pero de grado bajo) en su margen periférico, pero incluir en la parte central una lesión ominosa de alto grado. Si el colposcopista no reconoce la lesión central menos obvia pero mas grave, como puede ser el caso de una lesión con margen interno, la biopsia colposcópica podría ser mal dirigida y por ello darse un tratamiento inferior al necesario.

La aplicación de ácido acético al 3 a 5% ayuda a delinear las características colposcópicas de NIC2 y NIC 3. los datos específicos de la enfermedad de alto grado incluyen márgenes, color, patrón vascular y tinción de yodo característicos. Colposcopicamente, las lesiones de alto grado se distinguen por un contorno de la superficie plano o elevado, una forma simétrica, un margen periférico recto y un color blanco ostión mate.

A medida que aumenta el índice metabólico dentro de la lesión de alto grado, la dilatación vascular resiste los efectos constrictores de la tumefacción epitelial, lo cual da por resultado la persistencia de los patrones de mosaico o punteado después de la aplicación de ácido acético. No obstante, la presencia o la ausencia de un patrón vascular no son diagnosticas de lesiones de grado alto o bajo. A medida que aumenta la distancia intercapilar, los patrones vasculares parecen mas burdos y los vasos pueden alcanzar una dilatación importante. Conforme aumenta la gravedad de la lesión, los vasos anormales pueden transformarse en vasos atípicos, a medida que comienzan a desplazarse en sentido horizontal a través del epitelio.

Cuando hay alguna sospecha de cáncer microinvasor o invasor es necesario obtener un número suficiente de muestras de biopsia. Si el colposcopista solo toma una muestra, es más probable que pueda pasarse por alto un foco pequeño de enfermedad microinvasora. En la valoración de lesiones grandes complejas, de alto grado, se recomiendan múltiples biopsias de sacabocados.

PROCEDIMIENTO DE EXCISIÓN CON ASA ELECTROQUIRURGICA DEL CUELLO UTERINO (LEEP)

El procedimiento es sencillo ya que se puede llevar a cabo en el consultorio bajo anestesia local con pocas complicaciones a corto plazo lo que lo convierte en un procedimiento ideal para la paciente externa. En Estados Unidos la mayoría de los clínicos utiliza el LEEP únicamente después de confirmar el grado histológico de la enfermedad con una biopsia con guía colposcópica.(3)

El tamaño de asa que se elija dependerá de la extensión lateral de la zona de transformación y la distancia a que se prolongue la lesión dentro del conducto endocervical.(1)

Los ajustes a potencias más bajas minimizan el daño térmico al tejido, facilitan la interpretación del espécimen histopatológico y reducen la molestia de la paciente.

Las complicaciones después del LEEP, son del 1 a 2% de los procedimientos y la principal es la hemorragia intensa e infección.

Cabe esperar que la paciente tenga un exudado intenso, de color pardo, y en ocasiones de mal olor, durante dos a 3 semanas.

JUSTIFICACIÓN

Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado ocupan un lugar importante como precursoras de neoplasias malignas en la raza humana y más aún en la población de países en desarrollo como es el nuestro, por lo que los métodos para diagnosticar dichas lesiones, llámense biopsia y conización cervical, son procedimientos que no requieren de hospitalización, por lo tanto libre de complicaciones inherentes de la misma, teniendo como beneficio el bajo costo. Por lo anterior, podemos ofrecer un método diagnóstico eficaz y barato a nuestras derechohabientes, además de poder ofrecerles posteriormente un tratamiento precoz

OBJETIVO

Establecer la correlación entre los resultados de patología de la biopsia de cervix y el cono cervical en pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Demostrar que tan importante es esta.

MATERIAL Y METODOS

En el periodo comprendido del 1ero de enero del 2000 al 31 de marzo del 2004, se estudiaron 80 pacientes del servicio de colposcopia y derechohabientes del ISSSTE del H.R. Lic. Adolfo López Mateos, México, DF., que a las cuales se les realizó un cono cervical por presentar previamente una biopsia de cervix con diagnostico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, realizando una comparación entre el resultado del cono cervical con el de la biopsia cervical. Las pacientes debían de contar con los siguientes criterios de inclusión para poder entrar al estudio: Haber sido atendida en el servicio de colposcopia de este mismo hospital, haberse realizado previamente una biopsia de cervix con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado, haberse realizado el cono cervical en el servicio de colposcopia, que se tuvieran los reportes de patología tanto de la biopsia como del cono en el servicio de patología y realizado el estudio por el servicio de este mismo hospital, que los reportes contaran con los datos siguientes: nombre completo, edad, fecha y las mediciones de la muestra.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 80 pacientes, con rango de edad de 23 a 74 años, con un promedio de edad de 40 años.

Todas las pacientes tuvieron el diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado con la biopsia cervical realizando posteriormente conización cervical, encontrando con éste método diagnóstico que N=61 (76%), presentó efectivamente dicho diagnóstico.

En cambio N=19 (24%), presentó una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado con la conización cervical.

Por lo anterior podemos mencionar que la biopsia cervical tiene una sensibilidad del 76.25%, con una especificidad del 98%, con un valor predictivo positivo del 43.5%, y valor predictivo negativo de 23.75%.

Para la conización cervical en este estudio, la sensibilidad y especificidad fue del 100%, el valor predictivo positivo del 100%, sin haber valor predictivo negativo, ya que no existieron resultados negativos.

Utilizando la prueba de chi cuadrada para el análisis estadístico obtuvimos como resultado 15.08 que tanto para un nivel de significancia de 0.05 y 0.01 es menor, por lo que se concluye que la diferencia del diagnóstico entre la biopsia cervical y conizaciones estadísticamente y altamente significativa.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que la diferencia entre el diagnóstico histopatológico de la biopsia de cervix reportada con lesión escamosa intraepitelial de alto grado comparada con el cono cervical que reporto lesión intraepitelial de bajo grado fue de un 24 %.

Llegando a la conclusión que estas variantes pueden ser por distintos factores como la interpretación errónea del patólogo ya que es un reto para el mismo cuando se encuentran con una muestra que presenta metaplasia inmadura, como la mala toma del cono cervical ya que no realizar adecuadamente con el asa diatérmica o láser podría lesionar los bordes e impedir su estudio de los mismos, esto va en relación de la intensidad y rapidez con la que se haga el procedimiento, otro factor que puede influir y es de suma importancia, es el no realizar una adecuada toma de la biopsia cervical ya que el no tomarla del sitio adecuado o el no tomar varias muestras en una lesión puede influir en un falso negativo. No se encontró literatura que hablara sobre este tipo de relación que existe entre el diagnóstico de la biopsia cervical contra el cono-biopsia.(3) En nuestro estudio notamos que estadísticamente hablando es mejor el resultado obtenido con la conización cervical que con la biopsia.

En nuestro estudio se encontró lesión intraepitelial de alto grado en pacientes desde 23 a 74 años, a pesar de que no es común la presencia de lesiones de alto grado en pacientes con edad tan avanzada, esto nos habla que debemos de tenerlo en cuenta en cualquier paciente.

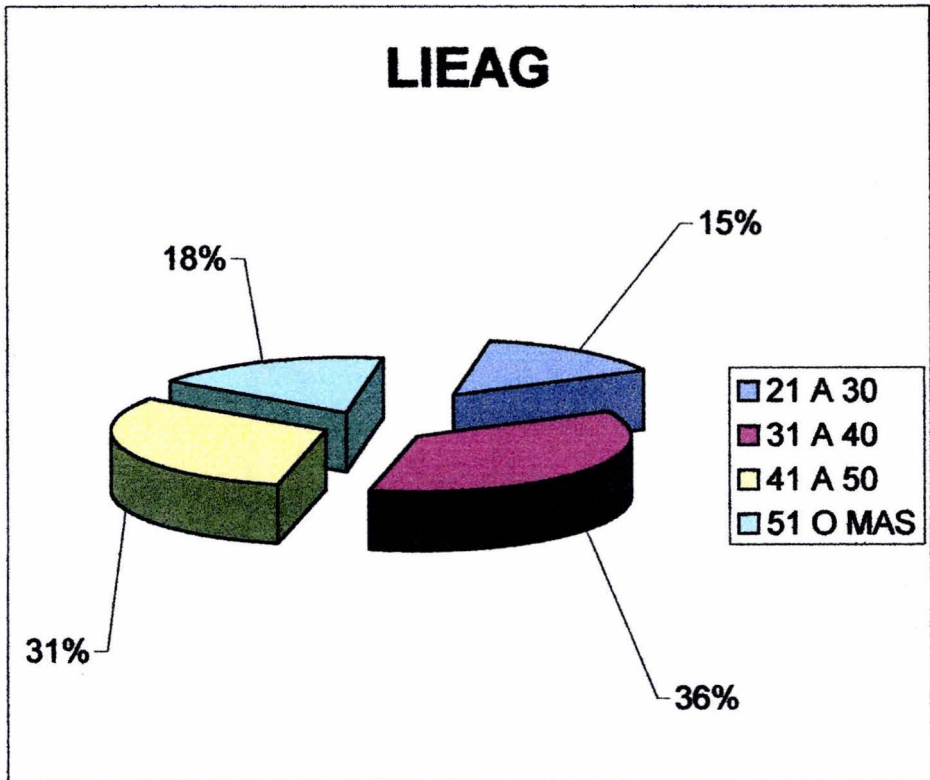
No encontramos diferencia en el tamaño de la muestra de biopsia de cervix, porque tanto en pacientes con lesión de alto como de bajo grado fue un promedio de el tamaño de la biopsia de cervix de 0.43 mm, no se encontró literatura donde especificaran variaciones entre el tamaño de la biopsia cervical y la de el cono cervical donde influyera en el resultado de patología de los mismos.

EDAD	BIOPSIA	TAMAÑO	DX	CONO	TAMAÑO	DX
23	X	1	AG	X	3.5X2	AG
24	X	0.7	AG	X	2.5X1.7	AG
26	X	0.5	AG	X	2X1	AG
26	X	0.3	AG	X	2.5X2	AG
27	X	0.2	AG	X	1.5X2	AG
28	X	0.4	AG	X	4X2	AG
28	X	0.3	AG	X	4X3	AG
28	X	0.4	AG	X	3X1.5	AG
30	X	0.3	AG	X	2X1	AG
32	X	0.4	AG	X	1.5X1.5	AG
33	X	0.7	AG	X	3X2	AG
33	X	0.3	AG	X	2X1	AG
33	X	0.5	AG	X	2X2	AG
34	X	0.2	AG	X	2.5X1.5	AG
35	X	0.5	AG	X	3X2	AG
35	X	0.2	AG	X	2.5X2	AG
35	X	0.2	AG	X	3X1.5	AG
35	X	0.4	AG	X	4X2	AG
35	X	0.2	AG	X	1X0.5	AG
36	X	0.4	AG	X	3X2	AG
36	X	0.9	AG	X	5X4	AG
37	X	0.4	AG	X	2X2	AG
37	X	0.2	AG	X	1.5X1.5	AG
37	X	0.7	AG	X	3X1.5	AG
37	X	0.3	AG	X	2X2	AG
38	X	0.3	AG	X	3X2	AG
39	X	1	AG	X	1X1	AG
39	X	0.5	AG	X	1.5X1	AG
40	X	0.7	AG	X	1X1	AG
40	X	0.3	AG	X	2.5X2.4	AG
40	X	0.7	AG	X	2X3	AG
41	X	1	AG	X	2X2	AG
41	X	0.3	AG	X	2X1	AG
42	X	0.2	AG	X	1.5X1	AG
42	X	1	AG	X	2X1.5	AG
42	X	0.5	AG	X	3X2	AG
44	X	0.5	AG	X	2.2X1.5	AG
45	X	0.8	AG	X	1.5X3	AG
45	X	0.2	AG	X	2X2	AG
45	X	0.2	AG	X	2X1	AG
45	X	0.4	AG	X	1X1	AG
46	X	0.3	AG	X	3X2	AG
46	X	0.3	AG	X	4X3	AG

47	X	0.8	AG	X	2.5X2	AG
47	X	0.5	AG	X	1.5X2	AG
47	X	0.6	AG	X	2X1	AG
47	X	0.3	AG	X	2.5X2	AG
47	X	0.3	AG	X	2.5X1	AG
49	X	0.7	AG	X	2X1	AG
50	X	0.3	AG	X	2X2	AG
52	X	0.5	AG	X	1.5X1	AG
53	X	0.2	AG	X	3X3	AG
54	X	0.2	AG	X	2.5X2	AG
54	X	0.1	AG	X	2.5X2	AG
56	X	0.3	AG	X	2.5X2.5	AG
58	X	0.5	AG	X	2X2	AG
60	X	0.6	AG	X	1.8X1	AG
63	X	0.5	AG	X	3X2	AG
63	X	0.2	AG	X	2X2	AG
69	X	0.3	AG	X	3.5X2	AG
74	X	0.2	AG	X	2X1	AG
21	X	0.5	AG	X	2.5X2	BG
23	X	0.2	AG	X	3X2	BG
25	X	0.4	AG	X	1.6X2	BG
26	X	0.2	AG	X	2X2	BG
28	X	0.4	AG	X	3X2	BG
30	X	0.6	AG	X	2X1	BG
37	X	0.3	AG	X	6X3	BG
38	X	0.5	AG	X	2.5X1	BG
38	X	0.7	AG	X	2X2	BG
38	X	0.2	AG	X	2.5X1.8	BG
42	X	0.2	AG	X	2X2	BG
44	X	0.5	AG	X	2X1	BG
44	X	1	AG	X	3.5X2	BG
46	X	0.6	AG	X	2X1	BG
47	X	0.2	AG	X	2X1	BG
48	X	0.2	AG	X	2X1.5	BG
53	X	0.5	AG	X	2.5X1.5	BG
54	X	X	AG	X	2X1.5	BG
60	X	0.5	AG	X	3.5X2	BG

Tabla 1. Resultado de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado
Fuente. Servicio de colposcopia del HRLALM.

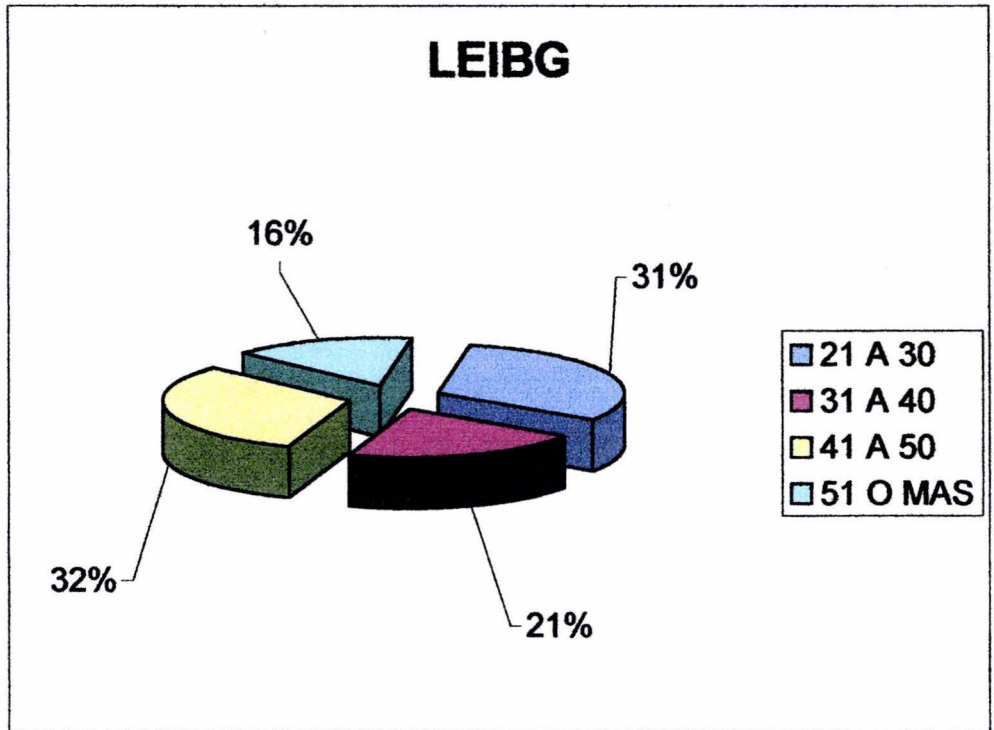
**PORCENTAJE DE EDAD DE PACIENTES QUE
PRESENTARON LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE
ALTO GRADO EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL**



GRAFICA 1. PORCENTAJE DE EDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL

Fuente: Servicio de Colposcopia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

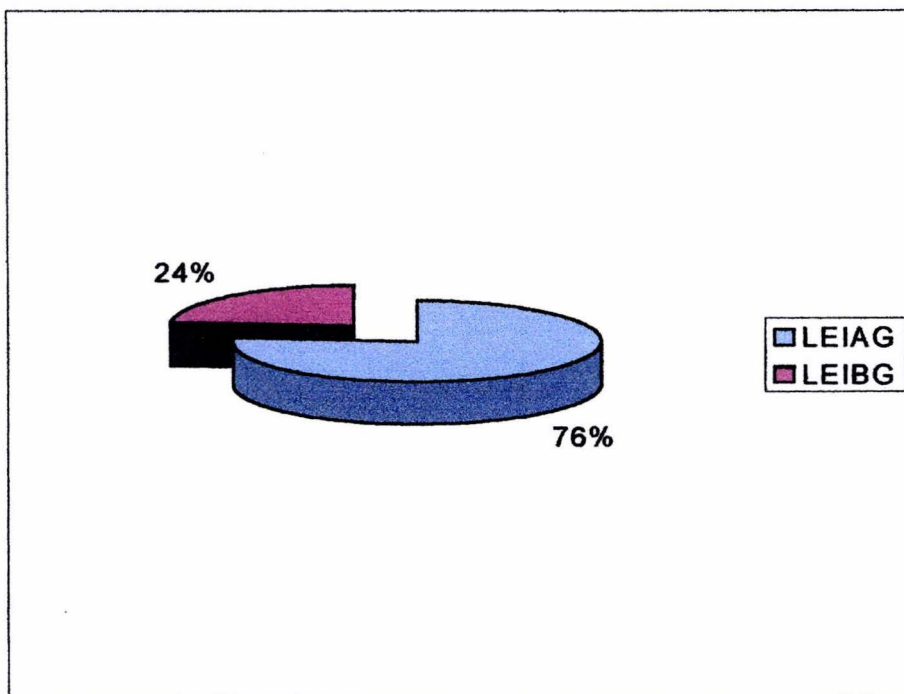
PORCENTAJE DE EDAD DE LAS PACIENTES CON LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL.



GRAFICA 2 PORCENTAJE DE EDAD DE LAS PACIENTES CON LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL.

Fuente: Servicio de Colposcopia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

**PORCENTAJE QUE RESULTO ENTRE LA LEIAG CON LA
LEIBG EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL**



GRAFICA 3. PORCENTAJE QUE RESULTO ENTRE LA LEIAG CON LA LEIBG EN EL REPORTE DEL CONO CERVICAL

Fuente: Servicio de Colposcopia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

BIBLIOGRAFIA

1. Capt. Dagoberto I. Gonzalez Jr. USAFF MC, et al. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2001, Volume 184, Number 4
2. Richard M. DeMay. MD, et al. Cytopathology of false negative preceding cervical carcinoma. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996. Volume. 175, Number 4.
3. Dennis C. Szurkus MD, Terry A. Harrison MD. Loop excision for high-grade squamous intraepithelial lesion on cytology. Correlacion with colposcopic and histologic findings. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2003, Volume 188, Number 5.
4. Ervin Adam MD, Raymond H. Kaufmann MD, et., al. Is human papillomavirus testing an effective triage method for detection of high-grade (grade 2 or 3) cervical intraepithelial neoplasia?. American journal of Obstetrics and Gynecology. 1998. Volume 178, Number 6.
5. Christine Bergeron, MD. The 2001 Bethesda System. Salud Pública Mex. 2003.; 45 suppl 3.
6. W. Dwayne Lawrence, MD., Fadi W. Abdul-Karim, MD., et al. Recomendations for the Reporting of Surgical Specimens Containing Uterine Cervical Neoplasms. The United States And Canadian Academy of Pathology, Inc. 2000. Volume 13, Number 9.

7. Larry J. Copeland, MD, John F. Jarrel, MD. Lesiones premalignas del cervix. Ginecología. 2002. Capitulo 55, 2da edición.
8. Barbara S. Apgar, MD, MS, Gregoru L. Brotzman, MD. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Colposcopia, principios y practica. 2002.
9. Michel J. Campion, MD. Daron G. Ferris, MD, et al., Tratamiento dela neoplasia intraepitelial cervical. Colposcopia Moderna: un enfoque práctico. 1995. Capitulo 14 1era edición.
10. R. Ramón de Álvarez. Carcinoma del Cuello Uterino. Texto de Ginecología. 1984. Capitulo 16.
11. Dr. Oscar Trejo Solórzano. Tracto genital inferior, uso del láser. Láser en Clínica de Displasias. 2003. capitulo 4.