

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“CORRELACIÓN DE CITOLOGIA-COLPOSCOPIA-BIOPSIA-
CONIZACIÓN EN LESIONES DE BAJO Y ALTO GRADO
EN SERVICIO DE COLPOSCOPIA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. FRANCISCO ANDRÉS ULLOA FUENTES

HERMOSILLO, SONORA; SEPTIEMBRE DEL 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“CORRELACIÓN DE CITOLOGIA-COLPOSCOPIA-BIOPSIA-
CONIZACIÓN EN LESIONES DE BAJO Y ALTO GRADO
EN SERVICIO DE COLPOSCOPIA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

DR. FRANCISCO ANDRÉS ULLOA FUENTES

DR. RICARDO FRANCO HERNÁNDEZ
Jefe de División de Enseñanza e
Investigación del Hospital Infantil
del Estado de Sonora.

DR. FILIBERTO PEREZ DUARTE
Director General del Hospital Infantil
del Estado de Sonora.

DR. EDMUNDO CANO SALAZAR
Asesor de Tesis y Jefe del Servicio de
Colposcopia del Hospital Integral de la
Mujer del Estado de Sonora.

DR. GUILLERMO LOPEZ CERVANTES
Asesor de Tesis y Jefe del servicio de
Patología del Hospital Infantil Del Estado de Sonora

DR. FELIPE MENDEZ VELARDE
Jefe y coordinador del Departamento de
Enseñanza e Investigación del Hospital Integral
De la Mujer del Estado de Sonora.

AGRADECIMIENTOS

DOY GRACIAS A DIOS POR PERMITIRME CULMINAR CON ESTA ETAPA
EN MI FORMACIÓN COMO MEDICO Y COMO PERSONA

A TODA MI FAMILIA, A QUIENES AGRADEZCO EL INVALUABLE
APOYO A LO LARGO DE ESTE TIEMPO

A TI HERMANO, QUE EN CADA MOMENTO
FUISTE EL ALIENTO Y EL IMPULSO PARA SALIR AVANTE,
PARTE DE TU SUEÑO E ILUSIÓN ES HOY CONSUMADA.
TE EXTRANO!!!.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. ANTECEDENTES

III. JUSTIFICACIÓN

IV. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

V. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

VI. OBJETIVOS

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII. RESULTADOS

IX. CONCLUSIONES

X. BIBLIOGRAFÍAS

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cervico-uterino ocupa el segundo lugar entre los cánceres que afectan en todo el mundo a la mujer, con una frecuencia que solo se ve superada por la de cáncer de mama. Constituye un problema de salud en países en vías de desarrollo, como los de África, América Latina y el Caribe, incluido México, país donde el padecimiento representa la neoplasia ginecológica más común y la que ocasiona el mayor número de fallecimientos por cáncer en la mujer. (1-6)

El carcinoma de cervix tiene una localización anatómica que ha permitido definir con precisión los cambios celulares que eventualmente conducen a malignidad, desde un estado de normalidad, hasta la degeneración en cambios neoplásicos, haciendo de esta patología la neoplasia mejor conocida en la actualidad.(2)

El objetivo primordial del ginecólogo clínico es la prevención, detección y manejo adecuado precoz de las lesiones benignas o malignas del cuello uterino. Es obvio que si combinamos procedimientos diagnósticos en su detección, tendremos mayor probabilidad de evidenciar precozmente al mismo por lo cual se han implementado distintos métodos entre los que contamos con la citología y la colposcopia aunado al estudio histopatológico de la biopsia dirigida por colposcopia y así también el estudio de los conos terapéuticos realizados ante lesiones precursoras de cáncer cervical.

El examen citológico cervicovaginal se basa en la exfoliación espontánea o inducida de células normales o patológicas del cuello uterino, siendo este el estudio de tamizaje de elección para la detección oportuna del cáncer Cervico-uterino. Los estudios de tamizaje se realizan en población abierta en campañas masivas para la evidenciación precoz de mujeres portadoras de lesiones precursoras de carcinoma cervical.

La nomenclatura citológica actual, el sistema Bethesda (TBS) es fruto del trabajo de un grupo de expertos que se reunió en 1988 bajo los auspicios del National Cancer Institute. En el TBS los tres niveles anteriores de displasia y carcinoma in situ fueron situados en dos categorías: lesiones de bajo grado y lesiones de alto grado.

La justificación de considerar dos categorías en lugar de tres o cuatro como en los sistemas NIC Y OMS respectivamente fué la falta de reproducibilidad para la identificación de estas categorías entre distintos laboratorios. (Variabilidad inter observador). Incluso por el mismo citólogo. La inclusión en una categoría del NIC II y NIC III y CA CU IN SITU, disminuye las discordancias entre las interpretaciones de muestras citológicas e histológicas

El origen de este cáncer es considerado como multifactorial y hoy la teoría viral como agente promotor es sin duda la más importante (1-18) además de que se tienen otros factores que pueden incrementar el riesgo de su desarrollo como lo son la promiscuidad, y elementos asociados como la edad de inicio de vida sexual y la trasmisión de agentes infecciosos. El número de parejas sexuales no es mas que el reflejo de la probabilidad de exposición al VPH. La multiparidad y edad del primer parto, factores nutricionales y sociales son muestra de otros factores asociados al desarrollo de lesiones intra epiteliales a nivel cervical.

Es muy importante manejar en forma adecuada los diferentes porcentajes de correlación que se encuentran en la literatura mundial para la colposcopia, con los estudios histopatológicos, tanto de la biopsia dirigida por colposcopia, como del resultado final del cono cervical, para así determinar la calidad de servicio y la sensibilidad y especificidad de los métodos de apoyo diagnostico.

II. ANTECEDENTES

La citología cervical no puede utilizarse como método diagnóstico definitivo sino que debe confirmarse con el diagnóstico histopatológico. El cáncer cervicouterino es una enfermedad en la que el tejido neoplásico define la localización y la extensión de la enfermedad. La citología puede detectar la naturaleza de las células malignas, pero no puede identificar la procedencia específica de las mismas.

A pesar de estas limitaciones, la citología es el único método de detección de cáncer que ha demostrado un notable éxito. La citología es responsable de una marcada reducción en la incidencia y morbilidad por cáncer cervical invasor. Esto debido a la identificación de pacientes con precursores de cáncer en estadios tempranos. (3-6,10)

Se cree que la evolución de las lesiones escamosas del cervix uterino, esta íntimamente relacionada con la infección de las células escamosas por ciertas cepas de virus del papiloma humano, el cual puede transmitirse por contacto sexual. Se estima que el 10% de la población adulta esta infectada por el virus del papiloma humano. (11)

La evidencia acumulada durante las dos décadas pasadas, señala al virus del papiloma humano, como un virus de transmisión sexual cuya mayor Prevalencia de infección se encuentra actualmente entre mujeres de 22 a 25 años, disminuyendo con el paso del tiempo. (7-8) Diferentes observaciones epidemiológicas señalaron, como la elevada Prevalencia de la infección entre hombres y mujeres, conlleva en la población femenina, un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de cervix.

Meisels y Fortín, en 1976 comunicaron el hallazgo del VPH en el núcleo de células epiteliales escamosas displásicas, observaciones que fueron confirmadas por muchos investigadores y sugirió su importancia etiológica en el cáncer cervical. (9)

Las serotipos de altas posibilidades son las responsables del 80% o más del cáncer de cervix. Uno de cada tres casos de infección por virus del papiloma, experimenta regresión de los cambios y solo una tercera parte evoluciona hasta el cáncer. Del total de las pacientes que progresan el 10% lo hacen hasta NIC III y el 1% hasta cáncer invasor. (16)

Actualmente las citologías, se clasifican según el sistema Bethesda, el cual proporciona terminología y criterios diagnósticos uniformes, para comunicar los hallazgos de los frotis cervicales. Para que un frotis cervical pueda ser adecuado y se puedan dar diagnósticos certeros es necesario que la muestra contenga los elementos celulares del cervix, donde residen estos cambios y la calidad de la muestra se evalúa al contener las células de la zona de transformación. (14)

La evidencia de que este espécimen corresponde a una muestra cervical de calidad, es por medio de la presencia de células endocervicales, exocervicales y de metaplasia.

El uso y la interpretación adecuada de la citología, contribuirán principalmente a identificar a personas de alto riesgo de desarrollar un carcinoma invasor, que si se dejan a su evolución y sin el beneficio de la citología, no se les podrá brindar un tratamiento oportuno.

La incidencia de cáncer cervical, varía mucho y depende de la naturaleza de los grupos étnicos y técnicas de detección empleadas, así como otros factores de riesgo. Los más importantes son: la edad de inicio de vida sexual activa, paridad, número de compañeros sexuales, antecedentes de tabaquismo y uso de estrógenos.

Ni la citología ni el análisis de VPH son técnicas diagnósticas. La sensibilidad de la citología para lesión intraepitelial de cérvix está bien documentada. En España, un estudio cooperativo en 1985, demostró que la sensibilidad mejora al aumentar el grado de la neoplasia intraepitelial, así para CIN 1, CIN 2 y CIN 3 era de 50, 68 y 90% respectivamente. En un meta-análisis sobre 26 trabajos, la sensibilidad de la citología para la detección de una CIN I o más avanzada, fue de 75 y la especificidad de 73%. Anteriormente se han detallado los factores, relacionados con la técnica citológica, que limitan su sensibilidad. Estos datos explican, en parte, que sigan apareciendo cánceres de cuello en poblaciones con cribado citológico organizado. Sin embargo, al plantear el tema de la sensibilidad de la citología hay que diferenciar la sensibilidad de una citología aislada, de la sensibilidad de un programa de cribado citológico. La repetición de la prueba permite detectar casos que se han escapado a una citología previa. Sólo después de tres citologías repetidas, valorables y negativas, puede afirmarse la ausencia de neoplasia. (10)

Una alta especificidad es crucial en el cribado poblacional. En estudios recientes el análisis de ADN-VPH ha demostrado una mejor sensibilidad que la citología para las lesiones de alto grado, con una especificidad aceptable pero menor que la de la citología. En mujeres "normales" de más de 35 años los falsos positivos son del orden del 3-10% pero todavía son mayores en las mujeres más jóvenes. (10)

De 400, 000 casos nuevos diagnosticados cada año. La disponibilidad de pruebas de tamizaje, ha permitido que la mayor parte de las displasias sean diagnosticadas en mujeres después de los 20 años de edad. El NIC III se presenta de manera significativa entre los 30 y 40 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años. (15)

Aunque ningún hallazgo colposcópico aislado, es patognomónico de enfermedad premaligna o maligna, existen patrones colposcópicos comúnmente asociados, con aumento del contenido de ADN, como el mosaico, punteado y vasos atípicos. Para que el examen colposcópico sea descrito como satisfactorio, el colposcopista debe observar el epitelio escamoso original, el epitelio cilíndrico y la zona de transformación en su totalidad. Se considera una colposcopia no satisfactoria si no se observan cualquiera de los tres postulados previos. Los hallazgos colposcópicos anormales pueden encontrarse dentro y fuera de la zona de transformación Cervical. (16)

Dentro de estos hallazgos colposcópicos anormales encontramos, epitelio acetoblancos, mosaico, puntillado, vasos sanguíneos atípicos. De estos el más común es el epitelio acetoblancos al realizar la colposcopia. Otra prueba que se utiliza para descubrir hallazgos anormales es la aplicación de yodo, este reacciona con el glucógeno que contienen las células del epitelio escamoso y proporciona una coloración oscura caoba. Las células que no contienen glucógeno no captan el yodo y se tiñen de color amarillo mostaza, las cuales pueden indicar cambios neoplásicos.

Para evaluar las características vasculares del cervix, se utiliza el filtro verde del colposcopio. Tanto el mosaico como el punteado, pueden ser consecuencia de la estimulación angiogénica tumoral necesaria para irrigar el epitelio neoplásico. La vascularización alterada, indica que el calibre de los vasos y la distancia intercapilar están aumentadas y su aspecto sobre el tejido suele ser irregular. Los vasos sanguíneos atípicos están asociados a cáncer cervical invasor, estos vasos, son de aspecto irregular o Bizarro y carecen de arborizaciones, como los vasos cervicales normales.

Estos vasos anormales suelen presentarse en forma de tirabuzón, de coma, o de espagueti. Alrededor de una de cada seis lesiones de alto grado, muestran estos cambios en el patrón vascular.

El aspecto colposcópico no es uniforme ni típico, es decir no existe una lesión patognomónica, pero lo más frecuente encontrado en las lesiones de alto grado es punteado irregular, mosaico irregular, orificios glandulares engrosados y epitelio blanco engrosado. (4,16,22)

La comprobación del rol de diferentes carcinógenos potenciales en la etiología del cáncer cervical, ha cambiado la concepción de esta patología. Diferentes factores de riesgo tienen un papel importante en el desarrollo de este proceso de carcinogénesis, entre los más relevantes están mujeres con tres o más compañeros sexuales que tienen un riesgo 8 veces mayor, que aquellas con dos o menos compañeros sexuales. El inicio de vida sexual temprana, es otro factor importante, pues las pacientes que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años tienen un riesgo de 2.5 veces mayor. El hábito de fumar, tanto por acción directa de la nicotina al actuar en el rol de molécula inductora de cambios en el ámbito de las células epiteliales, como su relación de la inmunidad celular, puede aumentar el riesgo 3 o 4 veces mayor a las que no fuman. Otros factores como la multiparidad, antecedentes de uso de hormonales, son factores importantes que aun se encuentran en investigación. (18)

Para entender el significado de las imágenes colposcópicas es imprescindible conocer la histología del TGI, tanto normal como patológica, ya que constituye el sustrato de las imágenes observadas. La luz que incide sobre el epitelio penetra a su través hasta el estroma. La coloración reflejada, está en relación con la vascularización del estroma y el grosor del epitelio, que actúa como un filtro o al paso de la luz. La observación de un color blanco se debe a la existencia de cambios epiteliales que impiden el paso de la luz hasta el estroma. Es un signo poco específico, ya que pueden originarlo: 1) Paraqueratosis o hiperqueratosis; 2) Acantosis; 3) Aumento de densidad nuclear; o 4) Infiltración inflamatoria del estroma. Sin embargo, es muy útil, puesto que permite delimitar con toda precisión el área anormal. (14-18)

La colposcopia está indicada en:- 1) Diagnóstico de la citología anormal; 2) confirmación diagnóstica en pacientes sintomáticas; 3) Diagnóstico de lesiones benignas; 4) valoración de la respuesta a estímulo estrogénico; 5) Control del NIC en el embarazo; 6) Seguimiento y tratamiento, de mujeres seleccionadas con un diagnóstico de NIC; 7) Diagnóstico de enfermedades virales; 8) Diagnóstico de patología vulvar; 9) Diagnóstico de patología de pene. (14-15)

En el diagnóstico de la citología anormal el estudio colposcópico tiene por finalidad: 1) confirmar la lesión ;2) descartar invasión; 3) establecer el grado lesional; 4) determinar las características de la lesión, topografía, extensión y afectación glandular; 5) diagnosticar neoplasias multicéntricas; y 6) seleccionar la conducta terapéutica y el tipo de tratamiento si precisa.

La terminología colposcópica vigente, ratificada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y colposcopia en su Congreso de Barcelona 2002, Aunque aporta pocas novedades respecto a la clasificación previa (Roma, 1990). (14-20)

La clasificación tiene en cuenta una serie de características de las imágenes, que permiten diferenciarlas en cambios menores, mayores o sugestivos de invasión que se corresponden, en general, con LSIL, HSIL o cáncer invasivo respectivamente. Los estudios más recientes, con análisis de las lesiones mediante colposcopia digital, han evidenciado que existe una asociación entre características morfométricas y topográficas de las lesiones colposcópicas y el grado histológico. Con frecuencia las LSIL son de pequeño tamaño y se localizan en el exocervix, en la periferia de una ectopia. A diferencia de las LSIL, las HSIL son más extensas y se localizan en el exocervix en una posición central, contactando con el orificio cervical externo. Un cambio acetoblanco denso en el epitelio columnar puede indicar enfermedad glandular. En el cáncer invasivo las imágenes son sangrantes, muy extensas y complejas y la afectación del endocervix es casi constante. (14,18)

La pequeña biopsia dirigida del exocervix, con pinza sacabocados, está indicada en todas las colposcopias anormales con cambios mayores. Asimismo, se practicará biopsia de los cambios menores en mujeres con citología de HSIL, ASC-H o AGC y en las mujeres con citología de LSIL, para descartar una lesión más avanzada, antes de aconsejar la observación sin tratamiento. (14-23).

El estudio del endocérnix, mediante citología por cepillado o con legrado endocervical, está indicado en: 1) colposcopia con zona de transformación anormal (ZTA) que penetra en endocérnix; 2) citología de LSIL y colposcopia no valorable; 3) citología de HSIL y colposcopia normal o no valorable; 4) citología con células glandulares atípicas o adenocarcinoma, en este caso junto con un estudio endometrial; 5) antes de indicar un tratamiento destructivo; y 6) después de practicar una conización.

La conización diagnóstica, practicada ambulatoriamente mediante exéresis con asa, exocervical y endocervical, o en quirófano con bisturí, esta indicada en: 1) lesiones endocervicales; 2) legrado endocervical diagnóstico de LIEBG; 3) citología con LIEBG persistente, con colposcopia y legrado endocervical normales; 4) citología con LIEAG o micro invasión, con colposcopia normal o anormal con biopsia no concordante; 5) micro invasión en la pequeña biopsia; y 6) citología con atípicas de células cilíndricas o adenocarcinoma. (14)

La colposcopia ofrece una elevada sensibilidad para diferenciar el epitelio normal del que presenta cualquier anormalidad. Sin embargo la especificidad es mejor para distinguir LSIL de HSIL, lo que da validez a las características distintivas entre cambios mayores, propios de las HSIL/cáncer, de los cambios menores. (25-26)

Es muy importante manejar en forma adecuada los diferentes porcentajes de correlación que se encuentran en la literatura mundial para la colposcopia, con los estudios histopatológicos, tanto de la biopsia dirigida por colposcopia, como del resultado final del cono cervical.

Ferris en su trabajo encontró que las pacientes con LIEAG en la citología, 85% presentaban NIC II o NIC III en el resultado histopatológico del cono cervical; en cambio Keijser encontró en 246 pacientes de 332 (74%) que tenían PAP con LIEAG, correlación con el estudio histopatológico del cono cervical.(13-15)

Dennos C. Szurkus encontró que la correlación citológica e Histopatológica fue el 61%, además la correlación colposcópica e histopatológica del cono cervical para LIEAG fue de 71%. En cuanto a la correlación colposcópica e histopatológica (biopsia dirigida) de LIEAG el estudio de Robert G. Pretorius la demostró en 208 de 364 pacientes (57%). Otros estudios del mismo autor para biopsia realizada al azar encontraron una correlación del 37% para LIEAG con la colposcopia previa. (12).

III. JUSTIFICACION

El cáncer Cervicouterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en México. Por lo tanto, la disminución de la mortalidad, se debe al éxito del diagnostico preclínico temprano.

El diagnostico preclínico mediante la prueba de Papanicolau y Colposcopia, además del tratamiento del NIC, han reducido el riesgo de carcinoma invasor; por ende es de trascendental importancia el tener un método de tamizaje de gran sensibilidad para el diagnostico temprano de lesiones precursoras de cáncer invasor, específicamente de lesiones intraepiteliales de alto grado.

Por lo que para la valoración integral de la paciente, se tiene que contemplar la realización de citología, colposcopia y biopsia dirigida en caso de ser necesario. Siendo esta ultima considerada como el Estándar de oro para el diagnostico, tratamiento y seguimiento de nuestras pacientes.

Es por tal que al desconocer el porcentaje de éxito entre estos procedimientos proponemos investigar la correlación estimada en los resultados de citología, colposcopia, biopsia y conización en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora y equiparar a otras instituciones y a lo reportado en la literatura.

IV. CRITERIOS DE INCLUSION

Se utilizara el archivo de patología quirúrgica del departamento de Patología Quirúrgica del departamento de Patología del HIMES con la finalidad de encontrar el diagnostico de Lesión de Bajo y de Alto Grado (LBG y LAG) en piezas quirúrgicas de cono cervical durante el periodo del 1ro. De Enero del 2005 al 30 de Junio del 2006.

A los casos encontrados se les revisara el expediente clínico correspondiente con la finalidad de obtener los criterios de inclusión:

Todos los que contengan registrados el Diagnostico de Citología, diagnostico colposcopico y diagnostico por Biopsia Dirigida; además de obtener los datos correspondientes a Antecedentes Gineco-Obstétricos incluyendo algunos de los factores de riesgo mas representativos. Todo esto colocado en una hoja de recolección de datos (Véase Hoja Anexa).

Para describir nuestros hallazgos utilizaremos tablas y diagramas en porcentajes.

V. CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el porcentaje de éxito en la correlación entre estudio citológico, colposcópico e histopatológico en las Lesiones Intra epiteliales de Bajo y de Alto Grado en el Hospital Integral de La mujer del Estado de Sonora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la correlación entre estudio citológico y colposcópico

Determinar la correlación entre estudio colposcópico y biopsia dirigida por colposcopia

Determinar la correlación entre el estudio biopsia dirigida y estudio histopatológico de cono.

Determinar los factores de riesgo y por grupo de edad en nuestras pacientes con Lesión Intraepitelial de Bajo y Alto Grado.

VII. MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo que incluye pacientes referidos al servicio de colposcopia en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, con diagnostico de Lesiones de Bajo y Alto Grado en su citología, las cuales se han sometido a colposcopia con realización de biopsia dirigida y cono cervical. Se estudiaran a todas las pacientes sometidas a conización con asa diatérmica en la unidad de Colposcopia en forma retrospectiva desde el mes de Junio del 2006 al 01 de Enero del 2005 que se tengan registradas en los reportes del servicio de Patología Quirúrgica del Departamento de Patología del Hospital Integral de La Mujer del Estado de Sonora. Investigando las siguientes variables:

Edad, diagnostico citológico, diagnostico colposcopico, diagnostico de biopsia dirigida por colposcopia, diagnostico histológico del cono cervical y Antecedentes Gineco Obstétricos incluyendo algunos factores de riesgo asociados como: Edad de Inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y riesgo estimado, numero de gestas y vía de terminación de embarazo, es decir, para, cesárea o aborto, antecedentes de uso de anticonceptivos orales y de Enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y consumo de drogas.

VIII. RESULTADOS

Se encontraron 94 casos de estudio histopatológico de piezas de Cono cervical dentro del registro de Patología Quirúrgica en el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2005 al 30 de Junio del 2006; de estos se descartaron 15 casos puesto que no contaban con los criterios de inclusión. Siendo así solo 79 casos sometidos a estudio.

De los 79 casos se observó que se tenía un promedio de edad de 39 años, con una edad mínima de 17 años y edad máxima de 67, así estas al subdividir en lesiones de Bajo y Alto grado encontramos que en el grupo de Bajo grado el promedio de edad fue de 30 años y la edad mínima de 20 años, y una edad máxima de 60 años. Mientras en el grupo de Lesiones de Alto grado la edad promedio de 42 años siendo la edad mínima de 17 años y edad máxima de 67 años. Ver tabla 1

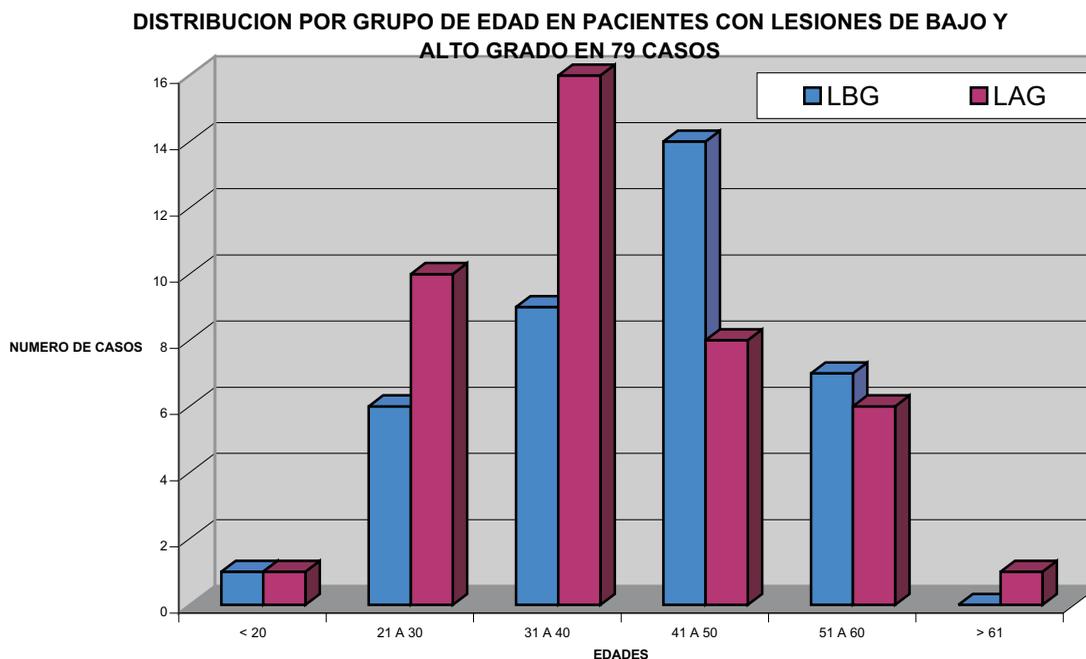


Tabla 1

La edad del inicio de Vida Sexual en todo el grupo su media fue de 18 años con edades mínimas y máximas de 14 a 28 años; tendiendo 36 casos de lesiones bajo grado y 43 de alto grado, así pues, en el análisis por grupo de edades entre ambas lesiones observamos discreto aumento en el número de casos con lesiones de alto grado (ver tabla 2), pero sin un significado estadístico.

IVSA Y LESION DE BAJO Y ALTO GRADO

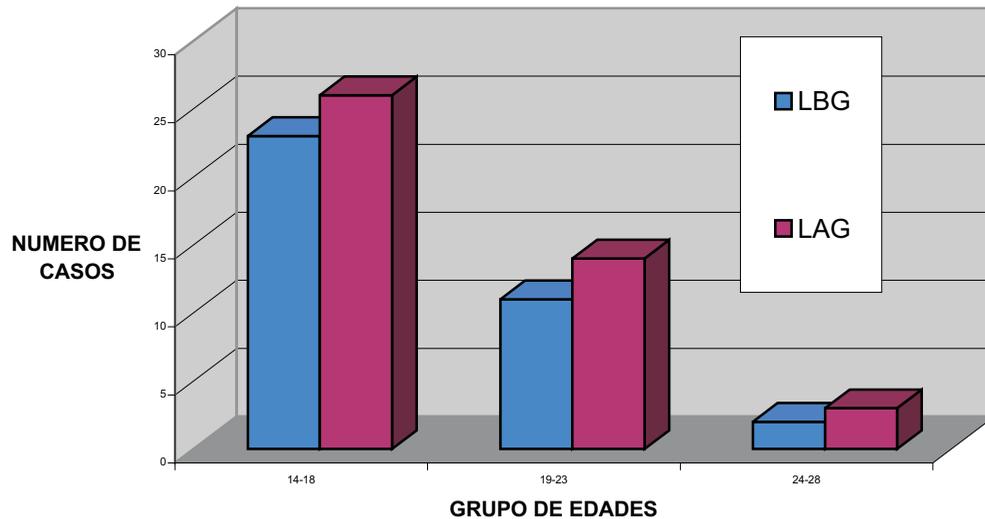


Tabla 2.

Al responder sobre el número de parejas sexuales en el grupo total encontramos que 37 pacientes (47%) contaba con 1 pareja sexual, 27 pacientes (34%) con 2 parejas sexuales, 11 pacientes (14%) contaban con 3 parejas sexuales, 4 casos (5%) contaba con 4 parejas sexuales. Tras observar la distribución de casos en lesiones de bajo y alto grado observamos una tendencia importante en el grupo la población en estudio, puesto que se observa que mientras mas parejas sexuales mayor es la tendencia a presentar lesiones de alto grado (ver tabla 3), siendo esto no de significancia estadística al contar con una $P = 0.2243$, esto por medio de Chi cuadrada de Pearson.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN PACIENTES CON LESION DE BAJO Y ALTO GRADO

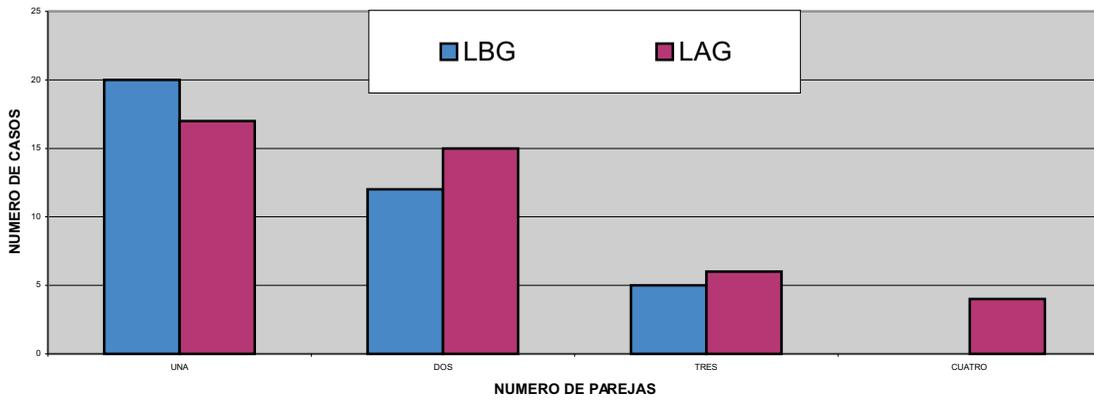


Tabla 3

El riesgo relativo de la pareja sexual se distribuyo en Alto Riesgo en 28% de las parejas y 72% en Bajo riesgo, teniendo su distribución en las lesiones de bajo grado 31 parejas con bajo riesgo y 6 consideradas como de alto riesgo, mientras en el grupo de lesiones de alto grado, 25 parejas fueron de bajo riesgo mientras que 17 fueron de alto riesgo. Así en la comparación estadística encontramos que si existe relación entre la clasificación de resultado histopatológico de biopsia y la clasificación por riesgo de la pareja, con una prueba exacta de fisher de $P = 0.0349$. (tabla 4)

RIESGO DE PAREJA SEXUAL EN RELACION A LESION DE BAJO Y ALTO GRADO

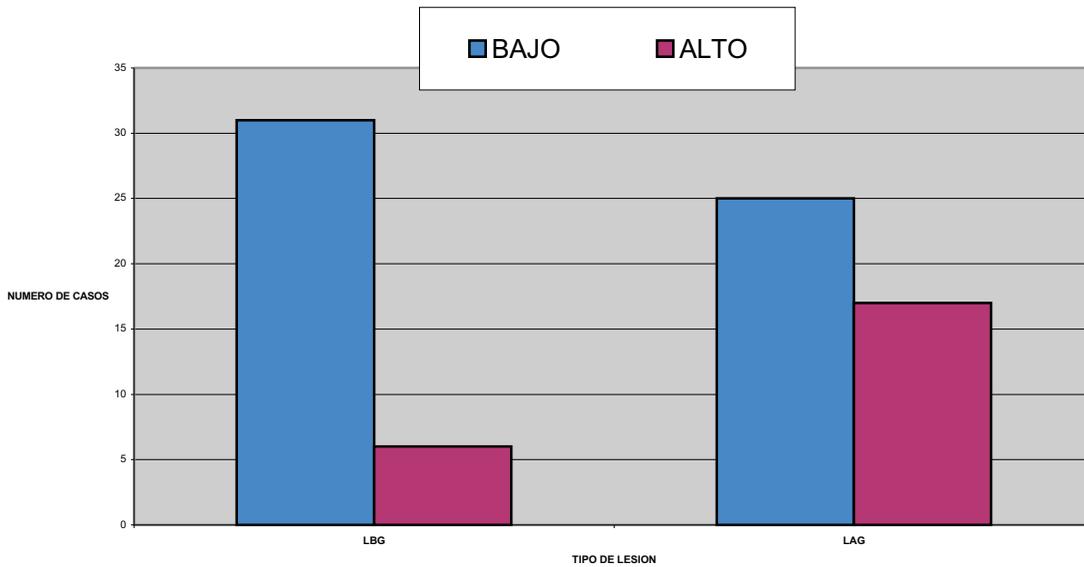
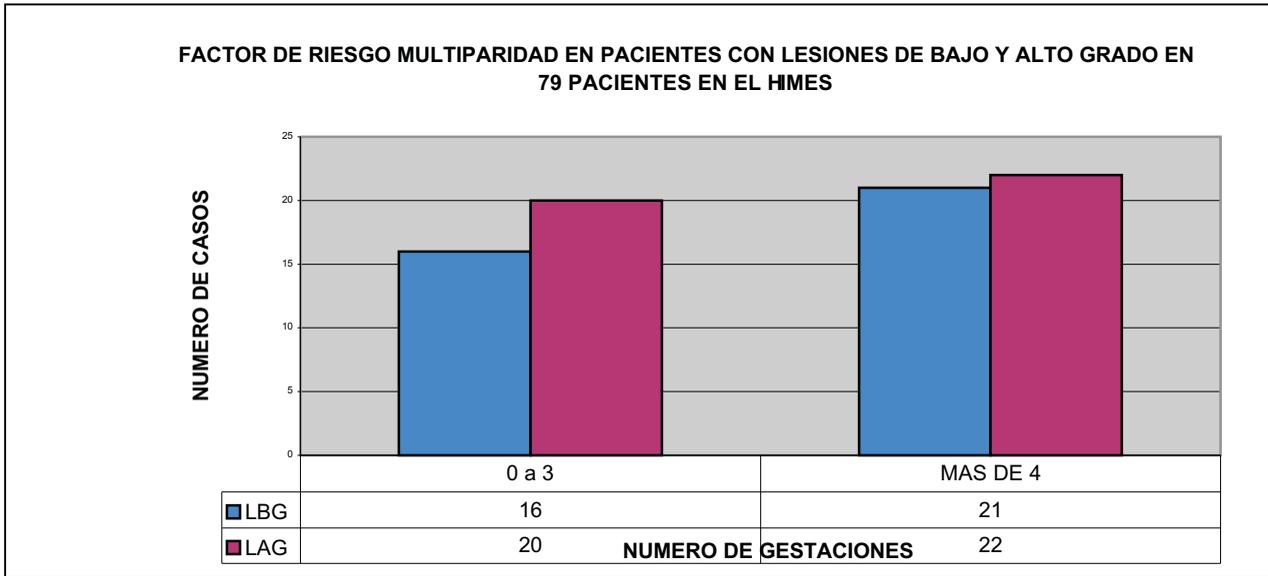


Tabla 4.

El número de gestaciones en relación con Lesiones Intra epiteliales mostró que 16 casos tenían menos de 3 embarazos en el grupo de Bajo Grado y 20 casos en las de Alto Grado, mientras que 21 casos de pacientes con lesiones de Bajo Grado tenían mas de 4 embarazos, y 22 casos de pacientes con Alto Grado tenían más de 4 embarazos, pero sin significado estadístico $P = 0.0593$ por Chi cuadrada de Pearson. (tabla 5 siguiente abajo)



El uso de anticonceptivos orales en nuestros casos de estudio mostró que 10 pacientes (32%) de un total de 36, si tenia antecedente de su uso, para el grupo de pacientes con lesiones de bajo grado y mientras que para el grupo de lesiones de alto grado observamos que 16 pacientes (37%) de 43 se tenia el antecedente de uso de hormonales orales. ($P = 0.4074$ por Chi cuadrada de Pearson) Tabla 6.

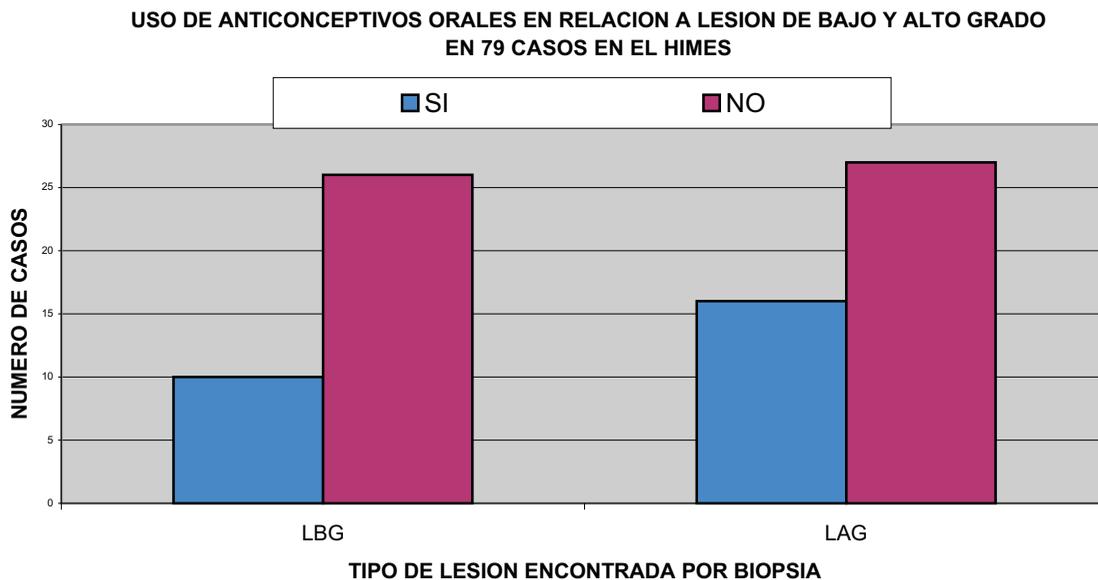


Tabla 6

La presencia de Enfermedades de transmisión sexual se reporto en 3 casos para lesiones de bajo grado de un total de 37 casos, y en 1 caso para lesiones de alto grado de un total de 42 pacientes, siendo poco significativo estadísticamente, $P = 0.2466$ por Chi cuadrada de Pearson. Tabla 7

Enfermedades de transmision sexual en lesiones de bajo y alto grado en 79 casos en el HIMES

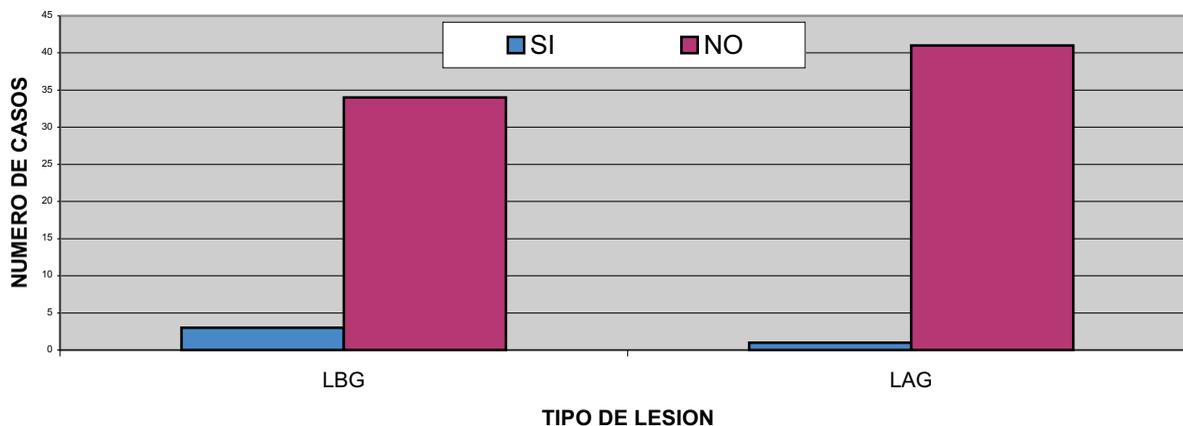


Tabla 7

El tabaquismo en lesiones de bajo y alto grado se relaciono en 4 casos (11%) de 37 casos de LBG y en 12 (19%) de 42 casos para lesiones de Alto grado. Con mínima diferencia entre ambos grupos, sin significado estadístico según la $P = 0.0904$ por prueba exacta de Fisher. (ver tabla 8)

TABAQUISMO Y LESIONES DE BAJO Y ALTO GRADO EN 79 CASOS EN EL HIMES

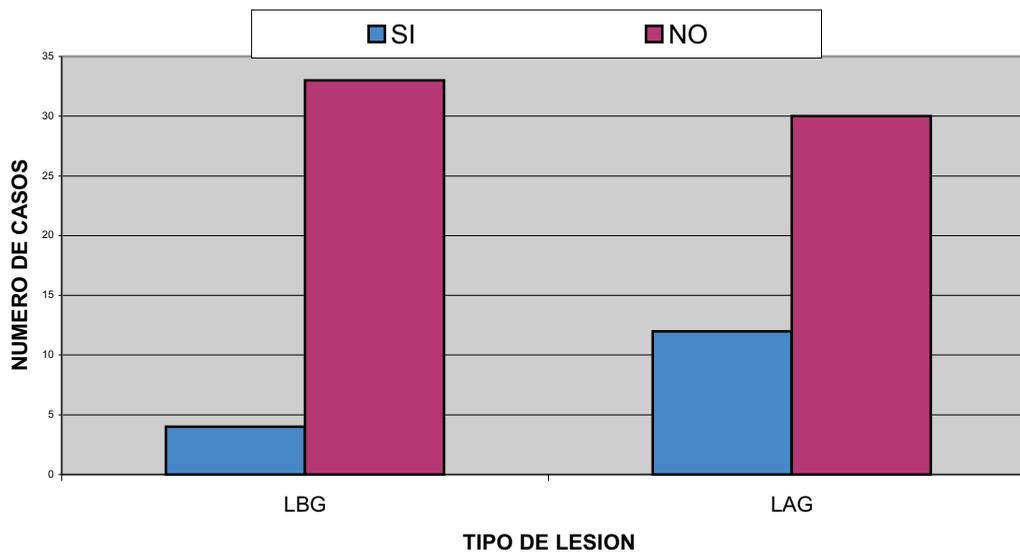


Tabla 8

La asociación de los factores de riesgos mas representativos en nuestra serie, se muestran a continuación, y tenemos que 37 casos de pacientes con lesiones Intra epiteliales de Bajo riesgo de un total de 79 casos, 23 pacientes tuvieron una IVSA temprana (62.16%), 5 pacientes (13.51%) tuvieron mas de 3 parejas sexuales, 6 (16.21%) casos mencionaron contar con pareja de alto riesgo por promiscuidad sexual, el tabaquismo presente en 4 casos (10.81%), uso de hormonales orales en 10 pacientes (27.07%), la multiparidad (mas de 4 embarazos) 21 casos (56.75%), Enfermedades de Transmisión Sexual en 3 casos (8.10%). **Ver cuadro 1.**

FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
IVSA TEMPRANA	23	62.16%
MULTIPLES PAREJAS (>3)	5	13.51%
PAREJA DE ALTO RIESGO	6	16.21%
TABAQUISMO	4	10.81%
HORMONALES ORALES	10	27.07%
MULTIPARIDAD	21	56.75%
E.T.S.	3	8.10%

Cuadro 1 . Factores de riesgo en 37 casos con LIEBG en HIMES.

Además asociamos la presencia o ausencia de Factores de riesgo en relación al tipo de lesión de bajo grado teniendo que sin Factor de Riesgo se encontraron 6 casos (16.22%), un solo factor de riesgo 7 casos (18.92%), con 2 factores 13 casos (35.14%), y la asociación 3 o mas factores 11 casos (29.72%), siendo el grupo de pacientes con dos factores asociados el de mayor porcentaje en esta serie de Bajo grado. (ver cuadro 2)

NUMERO DE FACTORES DE RIESGO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN FACTOR RIESGO	6	16.22%
CON 1 FACTOR	7	18.92%
CON 2 FACTORES	13	35.14%
CON 3 O MAS FACTORES	11	29.72%

Cuadro 2 . Asociación de Factores de riesgo en 37 pacientes con LBG en el HIMES.

En el grupo de pacientes con lesiones Intraepiteliales de Alto Grado encontramos que la Presencia de factores de riesgo mas representativos fue la siguiente: la IVSA temprana 26 casos (61.90%), múltiples parejas sexuales 10 casos (23.80%), Alto Riesgo en pareja sexual 16 casos (38.09%), el tabaquismo en 12 casos (28.57%), uso de hormonales orales en 15 casos (35.71%), la multiparidad en 22 casos (52.38%), por ultimo las ETS en 1 caso (2.38%), estos porcentajes en relación a 42 casos correspondientes a pacientes con LIEAG. **Ver cuadro 3**

FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
IVSA TEMPRANA	26	61.90%
MÚLTIPLES PAREJAS (>3)	10	23.80%
PAREJA DE ALTO RIESGO	16	38.09%
TABAQUISMO	12	28.57%
HORMONALES ORALES	15	35.71%
MULTIPARIDAD	22	52.38%
E.T.S.	1	2.38%

Cuadro 3 . Factores de riesgo en 42 casos con LIEAG en HIMES.

Así también la asociación entre el número de factores de riesgo y al grado de Lesión mostró que 6 pacientes (14.3%) no tenían factor de riesgo, 6 casos (14.3%) un factor, 8 casos (19%) con 2 factores, 22 casos (52.4%) con 3 o mas factores de riesgo. **Ver cuadro 4.**

NUMERO DE FACTORES DE RIESGO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN FACTOR RIESGO	6	14.3%
CON 1 FACTOR	6	14.3%
CON 2 FACTORES	8	19.0%
CON 3 O MAS FACTORES	22	52.4%

Cuadro 4 . Asociación de Factores de riesgo en 42 pacientes con LAG en el HIMES.

Ahora bien, los estudios diagnósticos para lesiones de alto y bajo grado fueron evaluados en esta serie de casos, tomando en consideración los reportes de histopatología de Biopsias dirigidas tomadas en el servicio de Colposcopia, tras esto aquí se analizan los casos detectados por cada tipo

de estudio diagnostico encontrando que por medio de Citología Diagnostica inicial se tenían 43 casos con Lesión de Bajo grado siendo el 55% de los casos y 36 casos con Lesión de Alto grado siendo el 45% de los casos; en la Colposcopia se tenían 35 casos (44%) con diagnostico de Lesión de Bajo grado y 44 casos (56%) con Lesiones de Alto grado; una vez hecho el diagnostico Histopatológico de Biopsias Dirigidas obtuvimos que 37 (47%) casos tenían realmente Lesión de Bajo grado, esto confirmado por estudio histopatológico de muestras de Cono por Electro cirugía con igual numero de casos, mientras que para lesiones de Alto Grado teníamos 42 casos (53%) en mismo número para ambos métodos. (ver tabla 9)

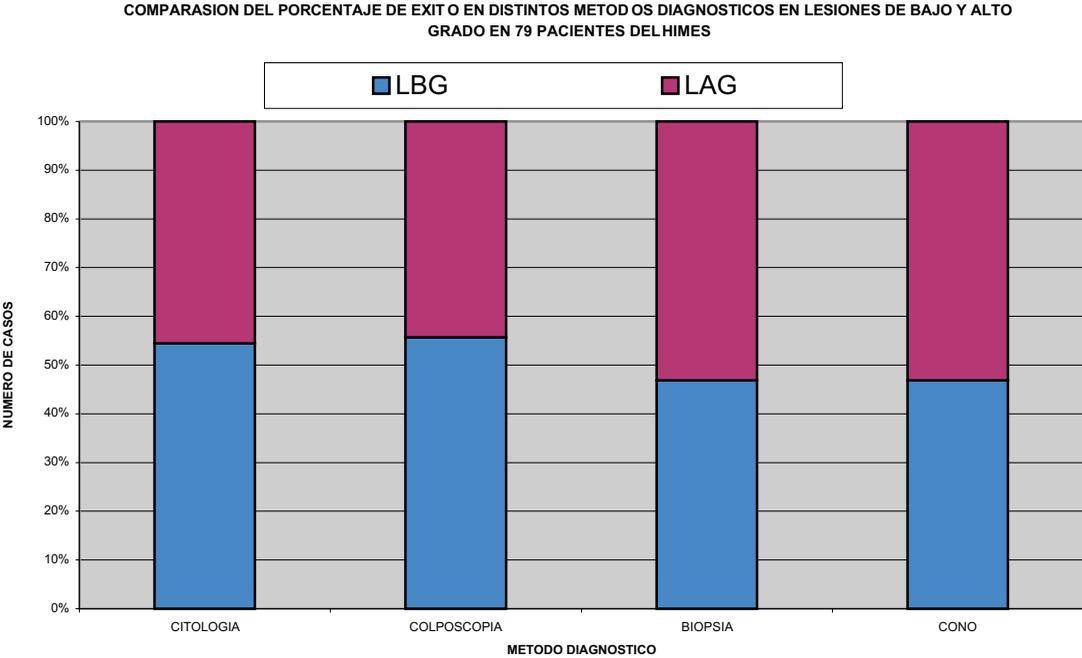


Tabla 9

Tomando en cuenta que se considera como el “Estándar de Oro” a la realización del estudio histopatológico de la Biopsia dirigida, en la detección de lesiones de Alto grado, realizamos análisis estadístico el cual arrojo que la citología en nuestra unidad denota una sensibilidad del 0.738 y especificidad del 0.865 lo que a su vez refleja un valor predictivo positivo del 0.861 y un valor

predictivo negativo de 0.744. La Colposcopia mostró una sensibilidad del 0.762 y especificidad del 0.946 en relación al estudio de Biopsia dirigida, con valor predictivo positivo y negativo del 0.941 y 0.778 en nuestra serie de casos; y por ultimo tenemos una relación directa de sensibilidad entre el cono diagnostico y la biopsia del 0.929 y especificidad tan alta como el 0.914, así con valor predictivo positivo del 0.929 y del 0.919 para el valor predictivo negativo. (cuadro 5)

**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS EN LA
DETECCIÓN DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN EL
HIMES EN UN GRUPO DE 79 PACIENTES**

METODO	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VP+	VP-
CITOLOGIA	0.738	0.865	0.861	0.744
COLPOSCOPIA	0.762	0.946	0.941	0.778
CONIZACION	0.929	0.914	0.929	0.919

Cuadro 5

IX. CONCLUSIONES

Debido a que las lesiones Intraepiteliales cervicales, cursan usualmente asintomáticas es importante exhortar a la población femenina a realizar el estudio de citología cervical, ya que este sigue siendo el método de elección para tamizar a la población abierta. Tomando en cuenta que cualquier resultado anormal del mismo, es indicación para realizar colposcopia con toma de biopsia dirigida si esta es necesaria. Se recomienda que en casos de Papanicolaou anormal (LIEAG) y colposcopia satisfactoria sin alteraciones, se realice como cervical diagnostico por discordancia cito-colposcópica, pues la sensibilidad de la citología para lesiones de alto grado es del orden del 75-80%, teniendo en nuestro estudio una sensibilidad del 73.8% y sensibilidad del 86.5% para LIEAG.

Queda demostrado que los factores de riesgo como son el inicio de vida sexual en edad temprana, la promiscuidad sexual lo cual seria representado por múltiples parejas sexuales y el riesgo relativo de la pareja sexual, la multiparidad, las ETS, el tabaquismo, y el uso de anticonceptivos orales no tienen una relación de importancia estadística como cofactores de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas, sin embargo establecemos en nuestro estudio que la asociación entre estos es de suma importancia aumentando así la tendencia al desarrollo de las LIE cervicales, teniendo que la asociación de mas de 3 factores de riesgo en el grupo de lesiones Intraepiteliales de alto grado estuvo presente en el orden de 52.4% (n=22)

La comunicación entre los servicios de Citología, Colposcopia y Patología son sumamente importantes para poder ofrecer una adecuada detección y por tanto un adecuado manejo de las lesiones que en un futuro podrían desarrollar cáncer cervicouterino, pues en la medida que mejoren su calidad de trabajo y realicen correlaciones cito-colpo-histológicas, la sensibilidad y especificidad serán las adecuadas, teniendo que en nuestra serie encontramos una sensibilidad y especificidad en el orden de 76.2% y 94.6% para la biopsia dirigida desarrollada por parte del servicio de Colposcopia, y mientras por parte del servicio de Patología una sensibilidad y especificidad en el orden de 92.9% y 91.4% para las LIEAG que fueron sometidas a conización con asa.

X. BIBLIOGRAFIAS

1. Susana Torres Perera, Jose Gutierrez Salinas, Jose Antonio Morales Gonzalez; Cáncer en México: Correlacion entre los factores socioeconómicos y la alimentación; Med Int Mex 2006; 22:36-43.
2. Jose Gonzalez; Epidemiologia de Cáncer de Cervix en Latinoamérica; Ginecología y Obstetricia de México; volumen 69, Junio 2001 , 243-246.
3. Carlos Hernández Giron, Jennifer Smith, Attila Lorincz, Emilio Arreola Chaidez, Eduardo Lascano, Mauricio Hernández Avila, Jorge Salmeron. Prevalencia de infección por VPH de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos; Salud Publica de México, Vol 47, no. 6. noviembre-diciembre del 2005, 423-429.
4. Lucia Salazar, Hilda Contreras, Jose Gonzalez; Influencia de la administración de anticonceptivos orales sobre la influencia de receptor estrogénico y neoplasia intraepitelial cervical; Ginecología y obstetricia de México: vol 68, abril 2000, paginas 160-164.
5. Ana Hidalgo Martinez; El cáncer cervicouterino, su impacto en México y el por que no funciona el programa nacional de detección temprana; Rev Biomed 2006; 17:81-84.
6. Lina Sofia Palacio Mejia, Guedlia Rangel Gomez, Mauricio Hernández Avila, Eduardo Lazcano Ponce, Cervical Cáncer, a disease of poverty: Mortality Differences between urban and rural areas in México; Salud Publica de México; vol 45:suplemento 3 de marzo 2003.
7. Alfonso Torres Lobaton, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada, Edgar Roman Bassaure, Cáncer del Cuello uterino. Panorama actual de su epidemiologia y sus factores de Riesgo. Ginecología y Obstetricia de México, 2004; 72:466-74. 17. Alfonso Torres Lobaton, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada, Edgar Roman Bassaure, Cáncer del Cuello uterino. Panorama actual de su epidemiologia y sus factores de Riesgo. Ginecología y Obstetricia de México, 2004; 72:466-74.
8. Grettel Leon Cruz, Omar de Jesús Bosques Diego; Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la patogénesis del cáncer del cuello uterino; Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1)
9. Ysis Margarita Martinez Chang, Miguel Sarduy Nápoles; Manejo de las Adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical; rev Cubana Invest Biomed 2006; 25(1).

- 10 Canavan TP, Doshi NR: Cervical cáncer. Am Fam Physican. 2000 15; 62(10):2232-235
11. Montoya-Fuentes H: The detection of human papillomavirus 16,18, 35 and 58 in cervical-uterine cancer and advanced degree of squamous intraepithelial lesions in western México: clinical molecular correlation. Ginecol Obstet Mex, 2001; 69:137-42
12. Cervical cáncer. British Medical journal 2001: 322, 526-528
13. Grettel Leon Cruz, Omar de Jesús Bosques Diego; Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la patogénesis del cáncer del cuello uterino; Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1)
14. DePalo: Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 2ª. Edición. Editorial Panamericana. Paginas 287-334
15. Apgar, Brotzman y Spitzer, Indice Colposcopico de Reid. Colposcopia principios y practica. Primera edicion. McGraw Hill Interamericana. Paginas 226-240
16. Butterwrth CE Jr, Hatch KD, Gore H, Mueller H, Krumdueck CL: Improvement in cervical dysplasia associate with folic acid therapy in users of oral Contraceptives. Am J Clin Nutr 1982; 35:73-82
17. Bergstrom R, Adami H, Gustafsson L, Ponten J, Sparen P. Detection of Preinvasive Cancer of the cervix and the subsequent reduction in invasive cancer. J Natl Cancer Inst 1993;85:1050-7
18. Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mind cervical dysplasia during longterm follow-up. Obstet Gynecol 1986;67:665-9
19. Neal M Lonky, Masood S, Wolde T Girma. The Clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and malignancy cit referral cytologic results. Am J Obstet Gynecol 1999;181
20. Xavier Bosh, Luis M Puig, Aureli Torne. La infeccion por papilomavirus. Asociacion Española de patologia cervical y colposcopia. J Clin Pathol 2002 55(4) 201 242.
21. Hendriks, Groesbek P, Bruno F y col. A comparison of Four screening methods for neoplasia in a developing country, American J. Obstetric and Gynecolo vol. 188(2)233-41 2003
22. Rober G, Wen-Hua Z. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia. American J Obstetrics and Gynecol. Vol. 191 (2) 2004.

23. Dennis C, Terry A. Loop excision for High-grade squamous intraepithelial lesion on Cytology: correlation with colposcopic and histologic findings. American J Obstetric And Gynecol 188(5)2003
24. Tuno FF; Bithencourt MS, Panish; MA; Pinto AP. Sensibility and specificity of Cytology and colposcopy exams whit the histological evaluation of cervical intraepithelial lesions. Rev. Assoc. Med. Bras. 48(2) 140-4 2002
25. Olaniyan ; Validity of colposcopy in the diagnosis of early Cervical neoplasia A review. Afri J Reprod Health 6(3)2002 59-67
26. Andrew A. Renchaw; Rescrinning in the cytology cervical for the control the cality. Dep. Patho. Hospital Bautist in Miami. J Patho V183 (6) 1998

.

ANEXO

FORMATO DE REGISTRO

FOLIO: _____
NOMBRE _____ EDAD _____

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

MENARCA: _____
IVSA: _____
PAREJAS SEXUALES _____ ALTO RIESGO _____ BAJO RIESGO _____
EDAD PRIMER PARTO _____
GESTAS _____ PARA _____ CESAREA _____ ABORTOS _____
USO DE ANTICONCEPTIVOS----- SI _____ NO _____
ENFERMEDADES TRANSMISIÓN SEXUAL SI _____ NO _____ HIV _____
ALIMENTACIÓN BUENA----- SI _____ NO _____
TABAQUISMO----- SI _____ NO _____
DROGAS:----- SI _____ NO _____

CITOLOGIA:

FECHA _____ DX _____
VPH----- SI _____ NO _____

COLPOSCOPIA:

FECHA _____ DX _____
SATISFACTORIA SI _____ NO _____
HALLAZGOS _____

VPH----- SI _____ NO _____

BIOPSIA DIRIGIDA

FECHA: _____ DX TOMA _____
DX. PATOLOGÍA: _____

CONO

FECHA: _____ DX PREQX _____
DX. PATOLOGÍA: _____