



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL U.M.F. No9  
ACAPULCO GUERRERO.



**PERSISTENCIA DE LESIONES CERVICALES DE ALTO GRADO  
POSCONIZACIÓN**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RAYMUNDO DE LOS SANTOS BATAZ

ACAPULCO GRO.,

FEBRERO, 2008



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.

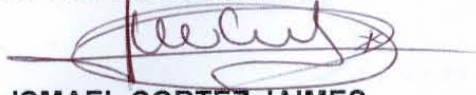
**PERSISTENCIA DE LESIONES CERVICALES DE ALTO  
GRADO POSCONIZACIÓN**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

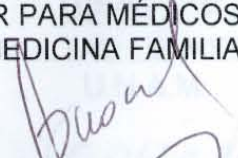
**RAYMUNDO DE LOS SANTOS BATAZ**

AUTORIZACIONES:

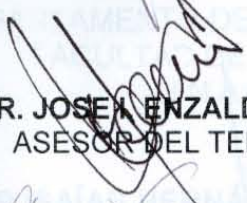


**DR. ISMAEL CORTEZ JAIMES**

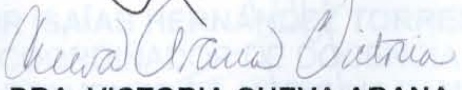
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.



**DR. JESÚS FERNANDO OLVERA GUERRA**  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



**DR. JOSÉ ENZALDO DE LA CRUZ**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



**DRA. VICTORIA CUEVA ARANA**  
COORDINADORA DELEGACIONAL  
DE EDUCACIÓN EN SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO 2008.

**PERSISTENCIA DE LESIONES CERVICALES DE ALTO  
GRADO POSCONIZACIÓN**

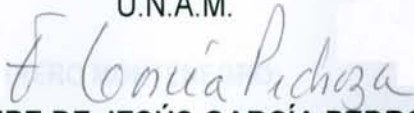
TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

**RAYMUNDO DE LOS SANTOS BATAZ**

AUTORIZACIONES:

  
**DR MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A LA DRA. VICTORIA CUEVA ARANA:**

Por compartir conmigo sus conocimientos, enriqueciendo de esta manera tan importante mi formación profesional, de igual manera agradezco a usted la asesoría en la realización de la presente tesis.

### **AL DR. FERNANDO OLVERA GUERRA:**

Por compartir conmigo sus conocimientos, enriqueciendo de esta manera tan importante mi formación profesional, gracias por su paciencia y valiosa aportación en la metodología de mi tesis.

### **AL DR. VICTOR J. GUERRERO MONTENEGRO:**

Gracias doctor por el apoyo brindado, durante mi formación académica, así como en la realización de la presente tesis, gracias por su comprensión y paciencia.

### **AL DR. JOSE I. ENZALDO DE LA CRUZ:**

Por la asesoría en el tema para la elaboración de la presente tesis.

**Dedicatoria:**

A mi padre que del cielo me mira, a mi madre, por su apoyo y cariño, a Josef Raymundo, Víctor Iván y Estefanía, mis hijos, por ser el motor que me dio fuerzas para concluir mis objetivos.

## Índice

1.- Marco teórico	1
2.- Planteamiento del problema	12
3.- Justificación	15
4.- Objetivos	17
4.1 Objetivo general	17
4.2 Objetivos específicos	17
5.- Metodología	18
5.1 Tipo de estudio	19
5.2 Población lugar y tiempo de estudio	19
5.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	19
5.4 Criterios de selección	20
5.5 Operacionalización de las variables	21
5.6 Método de recolección de datos	22
5.7 Organización de datos	22
5.8 Consideraciones éticas aplicables al estudio	22
5.9 Análisis estadístico	23
6.- Resultados	24
6.1 Descripción de los resultados	24
6.2 Tablas	28
7.- Discusión	37
8.- Conclusiones	39
9.- Referencias	43
10.- Anexos	47
Anexo (1)	48

Anexo (2)

49

Anexo (3)

50



## RESUMEN

Las lesiones intraepiteliales del cérvix (LIE) son consideradas un precursor del cáncer cervicouterino invasor. Pueden ser definidas como un espectro de cambios intraepiteliales que comienzan como una neoplasia intraepitelial bien diferenciada y que finalizan con el cáncer invasor. Han sido representadas como un modelo de transición desde el precursor benigno hacia la enfermedad invasora no sólo observable bajo el microscopio del anatomopatólogo, sino también bajo la visión del ginecólogo al colposcopio. La historia natural de la enfermedad indica que en aproximadamente 60% de los casos de NIC I hay regresión espontánea, 30% persisten y 1%, progresa a NIC III y se hace invasivo. Para el NIC II, los respectivos valores son de 40%, 20% y 5% y para el NIC III, la probabilidad de regresión es de 33% y de progresión a un estado invasivo es de 12%. La principal ventaja del cono biopsia, técnica excisional es su utilidad diagnóstica y terapéutica al mismo tiempo, además es una alternativa satisfactoria de la histerectomía como tratamiento de displasias graves y carcinoma. **Objetivo:** estimar la persistencia de lesiones cervicales de alto grado posconización. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo tipo histórico en el que se incluyeron 93 pacientes con resultados histopatológicos de lesiones cervicales de alto grado que incluyeron NIC 2, NIC 3 y cáncer in situ posconización, en el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2003 con seguimiento hasta diciembre de 2005 en el Hospital General Regional número 1 "Vicente Guerrero". **Resultados:** el grupo de edad predominó fue el de 30 a 39 años, 24 (25.80%) y el de 40 a 49 años, 21 (25.58%), el motivo de biopsia, por diagnóstico se observaron 45 casos (48.4%) y por diagnóstico y tratamiento 48 (51.6%). De los 93 casos de lesiones de alto grado, predominó el cáncer in situ 62 (66.7%), NIC 2 con 19 (20.4%) y NIC 3 con 12 (12.9%), los bordes quirúrgicos, se encontraron sin lesión 46 (49.5%), con lesión 27 (29.0%), no valorable 15 (16.1%) y no reportado 5 (5.4%). Del reporte de las 93 lesiones de alto grado, 21 (22.6%) requirieron un segundo procedimiento, predominando la histerectomía total abdominal en 12 pacientes (12.9%), biopsia por sacabocado 8 (8.6%) y conización 1 (1.1%). La segunda colposcopia fue satisfactoria en 14 (15.1%) y no satisfactoria en 7 (7.5%), hubo persistencia de la lesión en 17 (18.3%), discrepancia cito-colpo-histológica 2 (2.2%) y miomatosis y prealecía 1 (1.1%) respectivamente. **Conclusiones:** en cuanto a la persistencia de las lesiones cervicales se observaron en un 18.3%. El cáncer del cérvix es una enfermedad prevenible a través de la detección oportuna de sus lesiones precursoras, como son las displasias y el cáncer in situ.

## SUMMARY

The intraepithelial injuries of the cervix (LIE) are thought of as a forerunner of cervical uterine cancer invader. They can be well defined as a spectrum of changes intraepithelial that they start like an intraepithelial neoplasia well distinguished and they come to the end as the invader cancer. They have been performed as an example of transition since the benign forerunner toward the invader sickness, not only observable under the microscope of the anatomopathologist but also it's under the eyesight of a gynecologic to the colposcope. The natural story of the sickness indicates that in approximately 60% of cases of NIC 1 there is a spontaneous return, 30 % are persisting and 1% makes progress to NIC 3 and it makes it invasive. To the NIC 2, the worth respectives are from 40%, 20% and 5% and to the NIC 3 the return probabilities is 33% and progress to a invasive condition it's about 12%. The main advantage of the biopsy cone, the excisionist technical it's its own diagnostic use fullness and at the same time it's therapeutic. Furthermore it's an alternative very satisfactory of the hysterectomy as a treatment of serious displasy and carcinoma. **Objective:** to estimate the persistence of cervical injuries of high posconization degree. **Material and methods:** it have made a study of retrospective historical kind where were included 93 patients with histopathologies of cervical injuries of high degree that were included NIC 2, NIC 3 and cancer in situ posconization; in the time of January first to December 31 2003 following until December 2005 in Hospital General Regional " Vicente Guerrero". **Results:** the group to 30 to 39 years old was predominant, 24 (25.80%) 40 to 49, 21 (25.58%), the reason for biopsy, for diagnostic were observed 45 cases (48.4%) and for diagnostic and treatment 48 (51.6%). From 93 cases of injuries of high degree, the cancer in situ 62 (66.7%) were predominant, NIC 2 with 29 (20.4%) y NIC 3 with 12 (12.9%), the surgical edges, they were found with out injury 46 (49.5%), with injury were found 27 (29%), not worthiness 15 (16.1%) ant not reported 5 (5.4%). From the report of the 93 high degree injuries, 21 (22.6%) were required a second procedure, predominating the total abdominal hysterectomy in 12 patients (12.9%), biopsy for pulling out bite 8 (8.6%) and conization 1 (1.1%). La second colposcope was satisfactory in 14 (15.1%) and not satisfactory in 7 (7.5%), there was persistence from injury in 17 (18.3%), discrepancy cito-colpo-histology 2 (2.2%) and myomatosis and prevalence 1 (1.1%) respectively. **Conclusions:** about the persistence of cervical injuries they were observed in a 18.3%. The cervix cancer is a sickness that can be warned through a suitable detection of their forerunner injuries, such as the displasys and the cancer in situ.

## 1. MARCO TEORICO

El fácil acceso al cérvix uterino, ha permitido una amplia investigación de la naturaleza de las lesiones malignas, se ha observado que las lesiones preinvasivas que con tanta frecuencia se presentan en el cérvix, pueden existir en una fase reversible de la enfermedad superficial o in situ durante varios años. Se sabe que las primeras fases de la enfermedad pueden ser asintomáticas, pero se descubren por métodos comúnmente disponibles como la citología, la colposcopia y la biopsia dirigida. El uso de estas técnicas y el empleo de los tratamientos apropiados, hace posible evitar la mayoría de las muertes por carcinoma de cérvix. Se calcula que el tiempo necesario para que un carcinoma in situ progrese a uno invasivo oscila entre 8 y 20 años.<sup>1</sup>

La primera nomenclatura en la citología para la clasificación de las lesiones cervicales fue la propuesta por Papanicolaou en 1928, después en 1967 Richart y otros autores como neoplasia intraepitelial Cervical (NIC). En Diciembre de 1988, se reunieron diferentes sociedades de patólogos y ginecólogos y acordaron una nueva nomenclatura conocida como Sistema Bethesda: bajo grado virus del papiloma humano (VPH), NIC 1 + VPH, NIC 1 sin VPH. Alto grado NIC 2, 3 y cáncer in situ.<sup>2</sup>

Las lesiones intraepiteliales, denominadas displasias en el pasado, pueden ser definidas como un espectro de cambios intraepiteliales que comienzan como una neoplasia intraepitelial bien diferenciada y que finalizan con el cáncer invasor, y son representadas como un modelo de transición desde el precursor benigno hacia la enfermedad invasora no sólo observable bajo el microscopio del anatomopatólogo, sino también bajo la visión del ginecólogo al colposcopio.<sup>3</sup>

Se distinguen fundamentalmente 2 tipos de lesiones preinvasivas del cérvix a saber: las displasias y el carcinoma in situ. La terminología que se usa actualmente es neoplasia intraepitelial del cérvix (NIC) describiendo las anormalidades de las células epiteliales de características malignas, pero confinadas al epitelio. <sup>1</sup>

La displasia o NIC se define por la Organización Mundial de la Salud como una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atípicas. Estas se clasifican en leve, moderada y severa; según el compromiso del espesor epitelial. Se han descrito varios factores asociados a la aparición de patologías cervicales tales como: inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 18 años), la multiparidad, las múltiples parejas sexuales y la conducta sexual riesgosa, el humo del cigarro y factores hormonales, no obstante existen datos que confirman el papel relevante de las infecciones por el virus del papiloma humano (HVP), así como la inmunodeficiencia exógena o endógena en el desarrollo de las displasias cervicales. <sup>4</sup>

El NIC-I o displasia leve, se caracteriza por una hiperactividad de las células basales y parabásales, las cuales dan signos de madurez al llegar a la zona intermedia, en esta zona intermedia la histoquímica y la ultra estructura no se diferencian en nada de un epitelio normal, si bien es frecuente observar que la dinámica de la maduración es más rápida. <sup>5</sup>

El NIC II o displasia moderada sólo se diferencia del anterior cuantitativamente. La zona de inquietud no llega a la superficie del epitelio, pero afecta las dos terceras partes

inferiores de éste. Es raro que estas displasias se generen en un epitelio escamoso normal; por lo común se establecen sobre una metaplasia.<sup>5</sup>

El NIC III o displasia severa es considerada una lesión “border line” entre el carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial. Las células atípicas y proliferativas ocupan ya la totalidad del espesor del epitelio, siendo característico de su condición que no esté rota la basal.<sup>5</sup>

En muchas ocasiones las epidermizaciones metaplásicas que dan origen al NIC III se introduce en las glándulas cervicales, lo que plantea a veces dificultades para diagnosticar un NIC III o un carcinoma invasivo. Aunque un carcinoma micro invasivo se reconoce bien por la rotura de la membrana basal, hay veces que la diferenciación entre in situ y microinvasor es difícil.<sup>5</sup>

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una entidad pre-oncológica, que puede dar lugar a un carcinoma invasivo del cuello uterino cuando no se hace el tratamiento destructivo local completo. La historia natural de la enfermedad indica que en aproximadamente 60% de los casos de NIC I hay regresión espontánea, 30% persisten y 1%, progresa a NIC III y se hace invasivo. Para el NIC II, los respectivos valores son de 40%, 20% y 5% y para el NIC III, la probabilidad de regresión es de 33% y de progresión a un estado invasivo es de 12%.<sup>6</sup>

En ausencia de lesiones macroscópicas, el diagnóstico de las etapas iniciales debe basarse en los datos del examen colposcópico, biopsia dirigida y legrado o cepillado endocervical. El resultado colposcópico debe describir las lesiones compatibles con

patología y notificarse como sigue: sin alteraciones, alteraciones inflamatorias inespecíficas, virus del papiloma humano, NIC, neoplasia invasora y otros. <sup>7</sup>

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera: tejido de cervix normal, cervicitis aguda o crónica, infección viral (herpes, papiloma humano), displasia leve (NIC 1), displasia moderada (NIC 2), displasia severa o cáncer in situ (NIC 3), cáncer microinvasor, cáncer invasor, adenocarcinoma, sarcoma y otros tumores malignos no especificados e insuficientes para el diagnóstico. <sup>7</sup>

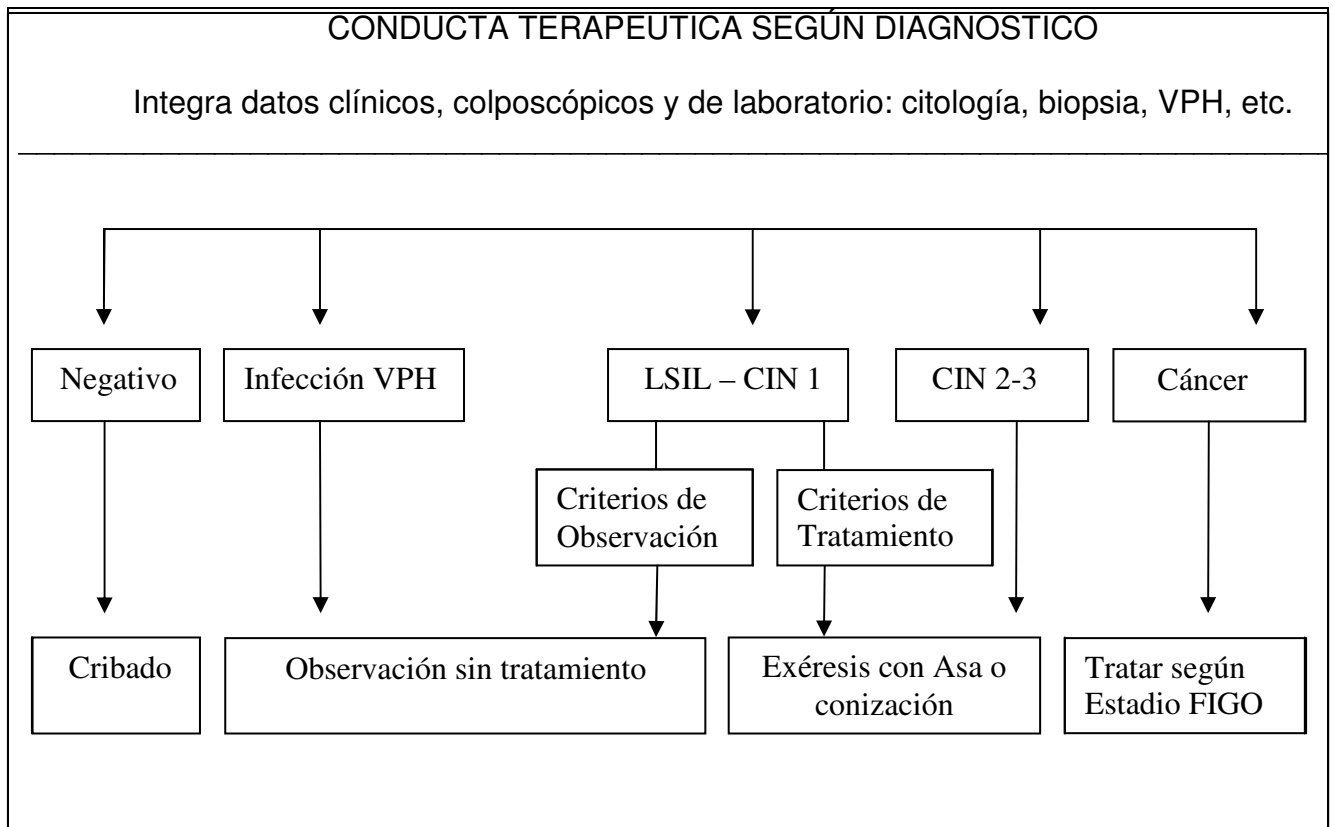
Para el tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas del cervix (SIL), se utilizan diferentes técnicas que básicamente se pueden agrupar en: excisionales (permiten el análisis anatomopatológico de la pieza) y destructivas (destruyen el tejido). <sup>8</sup>

En la actualidad se disponen de varias alternativas de tratamiento para este tipo de lesiones, independiente de su grado histológico. Todas se deben considerar como terapias definitivas. Estas alternativas son: extirpación local, electrocoagulación o electrocauterización, criocirugía, láser, coagulación en frío, conización del cervix, e histerectomía. <sup>1</sup>

El tratamiento conservador de las displasias y el cáncer in situ del cervix, lleva como objetivo solo la supresión por destrucción o excisión de los epitelios enfermos para conservar el útero y sus funciones. Incluyen: a) criocoagulación, b) diatermocoagulación, c) termocoagulación, d) cauterización, e) láser y f) conización quirúrgica, <sup>9</sup> convirtiéndose esta en la técnica de diagnóstico más depurada y terapéutica conservadora. <sup>10</sup>

La criocoagulación cristaliza los líquidos intracelulares, hace estallar las células, trombosa los vasos capilares sanguíneos y anestesia las fibras nerviosas terminales. Se logra una destrucción hística con resultados favorables de 90 a 98%. La diatermocoagulación, procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP) permite escisión y destrucción con electrodos de asa, bola y aguja, tiene resultados favorables por arriba del 97%. La termocoagulación aunque se utiliza temperatura mayor a 100°C se le conoce como coagulación fría, destruye las áreas afectadas, no llega a la base o criptas de las glándulas epiteliales por lo que requiere mucha vigilancia postratamiento. La cauterización es muy usada por lo que requiere vigilancia postratamiento. El rayo láser actúa por vaporización-destrucción y con la ayuda del colposcopio se pueden ver y tratar las lesiones que se encuentran con gran exactitud. Tiene la desventaja de ser caro, doloroso y produce más hemorragia.<sup>9</sup>

Las pautas terapéuticas han sido consensuadas recientemente por cuatro Sociedades Científicas Españolas (Sociedad Española de Citología, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, y Sociedad Española de Anatomía Patológica) en un documento, cuyas directrices se transcriben en la figura siguiente.<sup>11</sup>



El tratamiento conservador, con los diversos procedimientos reportados en la literatura intenta mantener la capacidad reproductiva en las mujeres jóvenes, una mejor calidad de vida y evitar las complicaciones y secuelas de otras conductas más radicales.<sup>12</sup>

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano, el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC 2 y NIC 3) y al cáncer in situ (CIS), puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente, sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de éstas debe estar garantizado.<sup>2</sup>



La decisión sobre el tipo de paciente tributaria del tratamiento conservador estará determinada fundamentalmente por el examen del cuello por un colposcopista de experiencia, la no existencia de sospecha de invasión y la seguridad de un seguimiento adecuado después del proceder. <sup>12</sup>

La conducta conservadora requiere, sin embargo el cumplimiento de una serie de condiciones: conización inicial de tamaño adecuado con márgenes libres y verificación del resto del conducto endocervical, mediante microcolpohisteroscopia o legrado, sin evidencia de signos morfológicos de alerta, seguimiento estricto, con utilización de procedimientos en estudios adecuados y aceptación formal del riesgo de recidiva y de sus posibles consecuencias, lo cual deberá hacerse constar, de manera expresa, en el consentimiento informado. <sup>13</sup>

Desde 1938 Miller y Todd introdujeron las conizaciones para tratamiento de lesiones cervicales, esta técnica consiste en la extirpación de un cono de tejido en ápice truncado cuya circunferencia de base pasa por fuera de la zona iodo negativa. El asa diatérmica se introduce en Francia en el año 1940 como método diagnóstico y ya en 1980 se transforma a diagnóstico y terapéutico. En la actualidad los conos se realizan de manera ambulatoria en la consulta de patología de cuello. Una vez extirpado el fragmento se realiza electrocoagulación de la zona restante y a las 6 semanas el cérvix está perfectamente reconstituido. <sup>6</sup>

La detección precoz y el correcto tratamiento de lesiones preinvasivas, son en gran medida responsables de la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

La conización es el tratamiento más utilizado para las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado (NIC III), actualmente se realiza cuando:

- 1.- No exista correlación entre la citología, la colposcopia y la histología.
- 2.- Colposcopia insatisfactoria con canal positivo
- 3.- Atípias citológicas de alto grado sin explicación
- 4.- Adenocarcinoma in situ.
- 5.- Sospecha de carcinoma microinvasor o inacción oculta.

El cono servirá para realizar diagnóstico definitivo y será por sí mismo el tratamiento en muchos casos. <sup>14</sup>

La técnica de la conización consiste en la extirpación de un cono de ápice truncado cuya circunferencia de base pasa por el canal cervical en buena parte de su altura y esta altura depende según se trate en mujeres en edad fértil o no. <sup>10</sup> Consiste en destruir el tejido patológico residual por la coagulación que se realiza al terminar, así como por la respuesta inflamatoria del huésped. <sup>4</sup>

La conización del cuello uterino es una intervención simple exenta de peligros, con una cuota baja de complicaciones y una intervención con cicatrización rápida que conserva íntegra la capacidad reproductiva de la mujer, <sup>10</sup> por lo que desde hace casi una década se ha producido un aumento notable en el número absoluto de conos realizados por año. <sup>15</sup>

Asa diatérmica: fue introducida hace 25 años por Cartier y cols, pero no alcanzó popularidad hasta el comienzo de los 90. Se basa en los principios de los procedimientos

monopolares. La corriente fluye desde el electrodo activo, a través de la paciente, hasta el electrodo de retorno. La temperatura entre los tejidos, alcanza a 100 grados centígrados en milisegundos, por lo que la presión sobre los mismos puede alcanzar varios cientos de atmósferas, separando así los tejidos. La técnica consiste en la exéresis de toda la zona de transformación, incluyendo la totalidad de la lesión, mediante un asa de alambre conectada a un generador de alta frecuencia. Cuando se utiliza el asa se debe intentar por todos los medios eliminar la lesión en un solo espécimen o fragmento. De esta forma es menos probable cometer un error de interpretación.<sup>11</sup>

Su ventaja como método diagnóstico es la obtención de una muestra de tejido para examen histológico y así resolver una serie de cuestiones tales como: naturaleza, localización y extensión precisa de las atípicas celulares, relación con el extremo subyacente, demostración de la invasión del estroma y profundidad alcanzada y, determinar así si la lesión ha sido extirpada totalmente o no; como método terapéutico es la certeza de haber tratado la lesión en su totalidad.<sup>10</sup> El asa diatérmica tiene otras notables ventajas: 1) reducción de costos, ya que es un procedimiento ambulatorio realizado en el consultorio con anestesia local y no requiere hospitalización, reduciendo notoriamente el uso de la tradicional conización con bisturí frío y de las histerectomías como procedimientos terapéuticos; 2) el análisis patológico del espécimen quirúrgico permite un segundo diagnóstico detectando lesiones microinvasoras o invasoras ocultas y adenocarcinomas pasados por alto en el examen colposcópico, causa esta de cáncer posterior a tratamientos ablativos; menor frecuencia de complicaciones a corto y a mediano plazo y menor tasa de morbilidad a largo plazo. Como la NIC afecta primordialmente a mujeres menores de 45 años, la mayoría de las cuales tiene un porvenir reproductivo, el tratamiento con LEEP reduce la posibilidad de estenosis cervical

y mantiene la fertilidad, en la mayoría de los casos, la nueva unión escamocolumnar es visible facilitándose el control de las pacientes. La posibilidad de curación a largo plazo en el manejo de la NIC es alta (98. 1%) cuando los márgenes de la resección son informados como negativos. <sup>16</sup>

Múltiples publicaciones han evaluado los factores predictores de enfermedad residual cervical en el tratamiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino. Entre estos destacan el compromiso de los márgenes endocervical y exocervical posterior a la conización por asa, procedimiento escisional electro-quirúrgica (LEEP), compromiso de canal endocervical previo a la conización y la distancia de los márgenes de la conización. Con respecto a los márgenes endocervical y exocervical se han comunicado tasas de persistencia de enfermedad que oscilan entre un 15-40%. Para el curetaje endocervical positivo se ha encontrado una elevada asociación de hasta un 70% con lesiones residuales poscono por asa LEEP. <sup>17</sup>

La persistencia de la enfermedad (enfermedad residual) es cuando se encuentra lesión intraepitelial escamosa (SIL) dentro del año de realizado el tratamiento y la recidiva o recurrencia es la presencia de SIL después del año de tratamiento y es considerada como enfermedad de “novo”. <sup>11</sup>

Se ha observado la mayor posibilidad de compromiso de los bordes de resección al comparar la conización con asa y fría (51. 4% vs 20%); sin embargo hay reportes de la literatura donde no se observó diferencia (21% vs 23%). Este punto es muy importante ya que el compromiso de los bordes de resección es un predictor de neoplasia residual y falla terapéutica. Las publicaciones informan persistencia de neoplasia entre un 33.2% y

un 69%. En vista de estos resultados se ha recomendado el manejo quirúrgico con re-excisión, conización o histerectomía incrementando los costos y la morbilidad. Otros no han observado lo mismo; Andersen reporta 51 pacientes con conización y márgenes comprometidos sólo en el 12% y no demostraron enfermedad residual detectable mediante el seguimiento con citología. <sup>16</sup>

## **2.-Planteamiento del problema:**

El cáncer cérvico uterino constituye un problema mundial de salud. Ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, después del cáncer de mama, con una cifra aproximada de 500,000 casos diagnosticados cada año. <sup>18, 19</sup>

En Estados Unidos, en el año 2000, se registraron 55,000 nuevos casos de cáncer in situ, 12,800 de cáncer invasor y 4,600 defunciones por esta enfermedad. El predominio de las lesiones preinvasoras (81.2%) sobre los cánceres invasores (18.8%) explican la tasa de mortalidad señalada. <sup>18</sup>

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. Cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que tasas más altas corresponden a Chile y México y las más bajas a Cuba, Puerto Rico y Argentina. <sup>20</sup>

En México los informes del registro histopatológico de neoplasias demuestran que la incidencia de cáncer cérvico uterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres de la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino. <sup>18</sup>

A nivel del IMSS, en el 2002 fallecieron 1,117 mujeres derechohabientes y, no obstante, que la tasa de mortalidad en la última década ha ido en descenso, este padecimiento persiste como un problema prioritario de salud pública dentro de la Institución.<sup>21</sup>

La discordancia entre diagnóstico citológico y diagnóstico histopatológico de NIC es un problema frecuente y oscila entre el 11 y 68%, sin embargo no existe un estándar definido que califique como aceptable o inaceptable un nivel.<sup>22</sup>

En países en vías de desarrollo; donde el tamizaje con citología y las facilidades tecnológicas estén disponibles, una de las razones primarias para el fallo de este esquema es que el seguimiento de las pacientes es inadecuado. La tasa de pérdida de pacientes con anormalidades citológicas varía entre el 60 y 80%, debido a que la población es móvil, habita en viviendas informales y además posee un bajo nivel de educación. Esas condiciones resultan en bajas tasas de tamizaje y sólo unos cuantos pacientes pueden ser diagnosticados y adecuadamente tratados.<sup>23</sup>

Las lesiones intraepiteliales del cérvix (LIE) son consideradas un precursor del cáncer cervicouterino invasor. Las lesiones intraepiteliales, denominadas displasias en el pasado, pueden ser definidas como un espectro de cambios intraepiteliales que comienzan como una neoplasia intraepitelial bien diferenciada y que finalizan con el cáncer invasor. Han sido representadas como un modelo de transición desde el precursor benigno hacia la enfermedad invasora no sólo observable bajo el microscopio del anatomopatólogo, sino también bajo la visión del ginecólogo al colposcopio.<sup>3</sup>

Entre los factores relacionados con la enfermedad residual cervical en el tratamiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino, destacan el compromiso de los márgenes endocervical y exocervical posterior a la conización por asa, procedimiento escisional electro-quirúrgica (LEEP), compromiso de canal endocervical previo a la conización y la distancia de los márgenes de la conización. Con respecto a los márgenes endocervical y exocervical se han comunicado tasas de persistencia de enfermedad que oscilan entre un 15-40%. Para el curetaje endocervical positivo se ha encontrado una elevada asociación de hasta un 70% con lesiones residuales poscono por asa LEEP. <sup>17</sup>

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es la persistencia de las lesiones cervicales de alto grado posconización?



### 3. JUSTIFICACIÓN

Las displasias cervicales constituyen lesiones precursoras del carcinoma invasor y existen múltiples modalidades para su tratamiento, como las técnicas ablativos, con bajo costo y eficacia del 80 al 95% y las técnicas excisional, con similar eficacia y menor riesgo de diagnóstico incorrecto, ya que se reseca completamente la lesión y puede evaluarse por histopatología.<sup>24</sup>

Cuando los márgenes de resección después del cono están libres de displasias, se considera tratamiento definitivo con índices de recurrencia comparables a los de la histerectomía, pero sólo asegura 98% de curación, por lo que debe continuarse el seguimiento de todos los casos, independientemente del tratamiento, ya que existe un pequeño riesgo de displasia recurrente.<sup>24</sup>

Diferentes estudios han demostrado que la excisión completa y el seguimiento adecuado no previenen el carcinoma invasor. Se estima que 1.4% de las pacientes con cáncer cervical tiene antecedentes de uno o más conos biopsia para el tratamiento de una displasia; por lo tanto, es indispensable la vigilancia cuidadosa de las pacientes con base en controles citológico-colposcópico, ya que la persistencia o recurrencia deberá tratarse con histerectomía.<sup>24</sup>

El desafío para disminuir la mortalidad por este cáncer de origen infeccioso se ubica en el escenario de la detección oportuna para lograrlo se necesita intensificar la demanda por parte de la población usuaria y promover la oferta y la capacidad diagnóstica dentro de los servicios de salud. Esta es la estrategia puntual adoptada en los programas

integrados de salud propuestos en el IMSS aunque para su éxito se requiere de la conjunción de otros procesos de la atención médica. En primer lugar, las mujeres deben incorporar esta medida preventiva como un elemento central en el cuidado de su salud para lo cual se necesitan programas de promoción y educación en salud para despertar y concientizar a la población de la importancia de la detección. En segundo lugar, los componentes del programa de detección requieren de la dotación oportuna y completa de un conjunto de insumos necesarios para la toma de la muestra de células endocervicales. Tercero, el personal de salud encargado de la toma del epitelio cervical necesita una buena capacitación para garantizar que la calidad de la muestra sea adecuada. Cuarto, el personal responsable de la lectura y el diagnóstico necesita de una continua capacitación en servicio. Adicionalmente, se requiere que el control de calidad de la lectura de las laminillas se realice de manera sistemática y eficiente. Finalmente, una vez realizada la toma y la lectura de la muestra es imperativo informar a la mujer derechohabiente del resultado y establecer una conducta terapéutica en aquellos casos con resultado positivo.<sup>21</sup>

El propósito del estudio es comparar la evolución clínica del tratamiento quirúrgico posconización cervical y la vigilancia posterior, en términos de porcentajes de curación, y persistencia en los grupos de pacientes con bordes negativos y positivos.

## **4.- Objetivos:**

### **4.1 Objetivo general:**

Estimar la persistencia de lesiones cervicales de alto grado posconización.

### **4.2 Objetivos específicos:**

Identificar la edad más frecuente en la que se presentan las lesiones cervicales de alto grado.

Identificar si los resultados de las colposcopias de las lesiones de alto grado fueron satisfactorias o no.

Identificar el tipo de lesiones cervicales de alto grado más frecuentes.

Identificar la congruencia citológica-colposcópica y colposcópica-histológica de las lesiones cervicales de alto grado.

Identificar la condición de los bordes quirúrgicos de las lesiones cervicales de alto grado posconización.

Identificar el tipo de diagnóstico más frecuente utilizado en las lesiones cervicales de alto grado posconización.

Identificar el tipo de tratamiento más frecuente utilizado en las lesiones cervicales de alto grado posconización.

Identificar si existió vigilancia médica posterior al tratamiento de las lesiones cervicales de alto grado posconización.

## **5. Metodología:**

Se incluyeron 93 pacientes con resultados histopatológicos de lesiones cervicales de alto grado que incluyeron NIC 2, NIC 3 y cáncer in situ posconización, en el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2003 a las cuales se les dió seguimiento hasta diciembre de 2005.

El presente estudio se realizó en un segundo nivel de atención, en el Hospital General Regional número No. 1 “Vicente Guerrero”, se revisaron en el Departamento de Patología todos los archivos de estudios histopatológicos en sus libretas de registro, que reportaron lesiones de alto grado (NIC 2, 3 y cáncer in situ), y que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Esta información se recopiló en hojas de registro de doce columnas, en las que se anotaron: fecha del reporte histopatológico, número de biopsia, número de afiliación, nombre de la paciente, edad de la paciente, tipo de lesión reportada, tipo de biopsia, pagina del libro y observaciones. (Anexo 1)

En el departamento de archivo clínico se revisaron los 93 expedientes clínicos con reportes de lesiones de alto grado (NIC 2, 3 y cáncer in situ), localizados en el Departamento de Patología, del formato establecido para el manejo de las displasias (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino) (anexo 2) y recopilando toda la información en el programa Excel (anexo 3) en donde se anotaron entre otras cosas, la colposcopia inicial, el tipo de biopsia, el motivo, el resultado, la congruencia citológica-colposcópica, la congruencia colposcópica-histológica, los bordes quirúrgicos, fecha de la segunda biopsia (en caso de así requerirlo), la segunda

colposcopia, el tipo de biopsia, el motivo, resultados, bordes quirúrgicos, las citologías de control y pase a oncología.

### **5.1 Tipo de estudio:**

Estudio retrospectivo tipo histórico.

### **5.2 Población, lugar y tiempo de estudio:**

Mujeres usuarias del IMSS que acudieron a la Clínica de Displasias del Servicio de Ginecología del Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero", de Acapulco, Gro., con lesiones de alto grado y que requirieron conización, del 01 de enero al 31 de diciembre de 2003.

### **5.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra**

Para este estudio no se realizó cálculo del tamaño mínimo de la muestra ya que se tomaron todos los resultados obtenidos con los diagnósticos de lesiones de alto grado durante el período de estudio, por lo tanto se tomó una muestra no probabilística, reclutando todos los resultados por conveniencia.

## **5.4 Criterios de selección:**

### **Criterios de inclusión:**

- Lesiones cervicales de alto grado, histopatológicamente con NIC 2, 3 y cáncer in situ.
- Pacientes con seguimiento en la clínica de displasias en el Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero”.
- Que sean derechohabientes del I.M.S.S

### **Criterios de exclusión:**

- Lesiones histopatológicas de adenocarcinomas
- Pacientes foráneas con atención médica en otra unidad.
- Expedientes clínicos con lesiones de bajo grado.

### **Criterios de eliminación:**

- Pacientes dadas de bajas por falta de vigencia en archivo clínico
- Histerectomía total abdominal por otra causa.

## 5.5 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	MEDICION
Persistencia	Es cuando se encuentra SIL dentro del año de realizado el tratamiento.	Cuantitativa	Si No
Edad	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Años cumplidos.
Colposcopia	Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, para observar las condiciones del epitelio de la vulva, vagina y cervix.	Cualitativa	Satisfactoria. (Unión escamocolumnar y lesión visible totalmente).  No satisfactoria. (Unión escamocolumnar y lesión no visible completamente).
Displasia	Son alteraciones que modifican la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical. Se inicia en la zona de transformación o unión escamo columnar.	Cualitativa	NIC 1: las anomalías celulares afectan sólo el tercio inferior del espesor del epitelio. NIC 2: las anomalías celulares afectan dos tercios del espesor del epitelio. NIC 3: las anomalías celulares afectan todo el espesor del epitelio. Cáncer in situ: Lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.
Lesiones cervicales de alto grado	Bethesda incluye a las displasias (NIC) 2, 3 y cáncer in situ.	Cualitativa	NIC 2 NIC 3 Cáncer in situ.
Congruencia citológica-colposcópica	Es la correlación que guarda el resultado citológico con el colposcópico.	Cualitativa	Si: reporte citológico y colposcópico como NIC 1. No: cuando no es congruente
Congruencia colposcópica-histológica	Es la correlación que guarda el resultado colposcópico con el histopatológico.	Cualitativa	Si: reporte colposcópico e histopatológico como NIC 1. No: cuando no es congruente.

Bordes quirúrgicos	Es la distancia entre las células tumorales y el borde marcado con tinta de la pieza extirpada	Cuantitativa	Negativo: con distancias del tumor al margen desde 1 o 2 hasta 5 mm. Positivo: células tumorales en contacto con el margen de resección
--------------------	--	--------------	--

## 5.6 Método de recolección de datos:

Se elaboró un formato, con la fecha, número de biopsia, número de afiliación, nombre de la paciente, edad, tipo de biopsia y resultado de la biopsia.

## 5.7 Organización de los datos:

Los datos obtenidos del formato se capturaron en una hoja de control y se buscó en el archivo clínico todos los expedientes para obtener el nombre, número de seguridad social, edad, colposcopia inicial para saber si era satisfactoria o no, fecha de la biopsia, tipo de biopsia, motivo de la biopsia, resultado de la biopsia, congruencia citológica-colposcópica, congruencia colposcópica-histopatológica, bordes quirúrgicos, fecha de la segunda biopsia, segunda colposcopia para saber si era satisfactoria, tipo de biopsia, motivo, resultado, bordes quirúrgicos, primera citología de control a los 6 meses, segunda citología de control a los 12 meses, tercera citología a los 18 meses y cuarta citología a los 24 meses.

## 5.8 Consideraciones éticas aplicables al estudio:

El presente estudio se apega a los postulados éticos de la declaración de Helsinki.



La información obtenida es confidencial y solo se utilizará para retroinformar al personal interesado en la investigación, a las autoridades correspondientes, para mejorar las actividades diagnósticas, el tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

### **Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.**

El presente trabajo se presentara al Comité de Investigación del HGR No. 1 “Vicente Guerrero.”, así como lo contempla la Normativa Institucional para la Investigación en Salud de acuerdo a la Ley General de Salud, sin contravenir las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial en 1964, modificada en la 52<sup>a</sup> Asamblea General de Edimburgo en octubre del 2002.

### **5.9 Análisis estadístico:**

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0, las variables se evaluaron con la prueba de chi al cuadrado y correlación de Yates, y con valor de chi de 0.14 y un valor de p de 0.75, así como el test exacto de FISHER con un valor de p de 0.53.

## **6. Resultados:**

### **6.1 Descripción de los resultados:**

Se analizaron los resultados de 93 pacientes de lesiones cervicales de alto grado que correspondieron a NIC 2, NIC 3 y cáncer in situ. El grupo en estudio presenta un seguimiento de 24 meses. El grupo de edad que más predominó fue el de 30 a 39 años, 24 (25.80%) y el de 40 a 49 años, 21 (25.58%) <sup>tabla 1</sup>

En lo que se refiere a la colposcopia inicial, se reportaron satisfactorias 85 (91.4%) y no satisfactorias 8 (8.6%) <sup>tabla 3</sup>

El tipo de biopsia que predominó fue la conización con 92 casos (98.9%) y la conización más legrado endocervical 1 (1.1%). <sup>tabla 4</sup>

En lo que se refiere al motivo de biopsia, por diagnostico se observaron 45 casos (48.4%) y por diagnostico y tratamiento 48 (51.6%). <sup>tabla 5</sup>

De los 93 casos de lesiones de alto grado, predominó el cáncer in situ 62 (66.7%), NIC 2 con 19 (20.4%) y NIC 3 con 12 (12.9%). <sup>tabla 6</sup>

La congruencia citológica-colposcópica fue congruente en 47 casos (50.5%) e incongruente en 46 (49.5%). <sup>tabla 7</sup>

La congruencia colposcópica-histológica fue congruente en 56 casos (60.2%) e incongruente en 37 (39.8%).<sup>tabla 8</sup>

En cuanto a los bordes quirúrgicos, se encontraron sin lesión 46 (49.5%), con lesión 27 (29.0%), no valorable 15 (16.1%) y no reportado 5 (5.4%).<sup>tabla 9</sup>

Del reporte de las 93 lesiones de alto grado, 21 (22.6%) requirieron un segundo procedimiento, predominando la histerectomía total abdominal en 12 pacientes (12.9%), biopsia por sacabocado 8 (8.6%) y conización 1 (1.1%).<sup>tabla 10</sup> La segunda colposcopia fue satisfactoria en 14 (15.1%) y no satisfactoria en 7 (7.5%),<sup>tabla 11</sup> hubo persistencia de la lesión en 17 (18.3%), discrepancia cito-colpo-histológica 2 (2.2%) y miomatosis y prevelecia 1 (1.1%) respectivamente.<sup>tabla 12</sup>

En el resultado del segundo procedimiento predomino la infección por el virus del papiloma humano con 7 (7.5%), cervicitis 5 (5.4%), cáncer in situ 4 (4.3%), NIC 2 y microinvasor 2 (2.2%) respectivamente y NIC 3, 1 (1.1%).<sup>tabla 13</sup>

En cuanto a los bordes quirúrgicos de estos 21 casos, no reportados fueron 10 (10.8%), sin lesión 8 (8.6%), con lesión 2 (2.2%) y no valorable 1 (1.1%).<sup>tabla 14</sup>

De las 93 lesiones de alto grado, 72 (77.4%) requirieron de un solo procedimiento, de las cuales los controles citológicos reportaron lo siguiente en la primera citología, negativas 42 (58.3%), no se presentaron 29 (40.3%) y no reportadas 1 (1.4%). De las que requirieron segundo procedimiento, 21 (22.6%), positiva 1 (4.8%), negativas 11 (52.4%), no se presentaron 8 (38.1%) y no reportada 1 (4.8%).<sup>tabla 15</sup> En la segunda

citología se reportaron negativas 36 (50.0%), no se presentaron 34 (47.2%), no reportada 1 (1.4%), e infección de virus del papiloma humano 1 (1.4%) en las pacientes que requirieron de un solo procedimiento. De las que requirieron de un segundo, se reporto positiva 1 (4.8%), negativas 9 (42.9%), no se presentaron 10 (47.6%) y no reportada 1 (4.8%).<sup>tabla 16</sup> En la tercera citología de control negativas 27 (37.5%), no se presentaron 44 (61.1%), y no reportada 1 (1.4%) de las que solo requirieron un procedimiento. De las que requirieron segundo procedimiento negativas 6 (28.6%), no se presentaron 14 (66.7%) y no reportada 1 (4.8%).<sup>tabla 17</sup> En la cuarta y última citología de control, negativas 25 (34.7%), no se presentaron 45 (62.5%), no reportadas 1 (1.4%) y de infección por el virus del papiloma humano 1 (1.4%). De las que requirieron un segundo procedimiento, negativas 7 (33.3%), no se presentaron 13 (61.9%) y no reportada 1 (1.4%)<sup>tabla 18</sup>

De todos los reportes de lesiones de alto grado 2 (2.2%) fueron enviadas a oncología quirúrgica por presentar cáncer microinvasor.<sup>tabla 19</sup>

Comparando los resultados de la biopsia y los bordes quirúrgicos, de las 93 lesiones de alto grado, se encontró de NIC 2: 10 sin lesión, 2 con lesión, 2 no valorables y 5 no reportados. NIC 3: 8 sin lesión, 2 con lesión y 2 no valorables. Por cáncer in situ: 28 sin lesión, 23 con lesión y 11 no valorables.<sup>tabla 20</sup>

Según el motivo y tipo de biopsia, en las pacientes que requirieron un segundo procedimiento, se encontró por prevalencia: 1 con histerectomía total abdominal. Por persistencia: 7 con biopsia por sacabocado, 1 con conización y 9 con histerectomía total abdominal. Por miomatosis: uterina 1 con histerectomía total abdominal. Por

discrepancia cito-colpo-histológica: 1 con biopsia por sacabocado y 1 con histerectomía total abdominal. <sup>tabla 21</sup>

Comparando el tipo y el resultado de biopsia, se encontró con biopsia por sacabocado: 1 NIC 2, 1 NIC 3, 1 cervicitis y 5 de infección por virus del papiloma humano, con conización: 1 NIC 2 y con histerectomía total abdominal: 4 cáncer in situ, 2 microinvasor, 4 cervicitis y 2 virus del papiloma humano. <sup>tabla 22</sup>

Según el resultado de la biopsia y bordes quirúrgicos, se encontró con NIC 2: 1 sin lesión y 1 no reportado; con NIC 3: 1 no reportado; con cáncer in situ: 2 sin lesión, 1 con lesión y 1 no valorable; con microinvasor: 2 sin lesión; con cervicitis: 2 sin lesión, 1 con lesión y 2 no reportados y con infección del virus del papiloma humano: 1 sin lesión y 6 no reportados. <sup>tabla 23</sup>

Comparando el tipo de biopsia y bordes quirúrgicos, por biopsia por sacabocado: 8 no reportados, por conización: 1 sin lesión y por histerectomía total abdominal: 7 sin lesión, 2 con lesión, 1 no valorable y 2 no reportados. <sup>tabla 24</sup>

## 6.2 Tablas:

**Tabla 1  
GRUPO DE EDAD**

GRUPO DE EDAD	n	%
20-29	15	16.12
30-39	24	25.80
40-49	21	25.58
50-59	19	20.43
60-69	11	11.82
70 Y MAS	3	3.22
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 2  
EDAD PROMEDIO**

TOTAL DE PACIENTES	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	EDAD PROMEDIO
93	20	77	44.37

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 3  
COLPOSCOPIA INICIAL**

COLPOSCOPIA INICIAL	n	%
SATISFACTORIA	85	91.4
NO SATISFACTORIA	8	8.6
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 4  
TIPO DE BIOPSIA**

TIPO DE BIOPSIA	n	%
CONIZACION	92	98.9
CONIZACION MAS LEGRADO ENDOCERVICAL	1	1.1
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 5**  
**MOTIVO DE LA BIOPSIA**

MOTIVO	n	%
DIAGNOSTICO	45	48.4
TRATAMIENTO	0	0
AMBOS	48	51.6
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 6**  
**RESULTADO DE LA BIOPSIA**

RESULTADO	n	%
NIC 2	19	20.4
NIC 3	12	12.9
CANCER IN SITU	62	66.7
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 7**  
**CONGRUENCIA CITOLOGICA-COLPOSCOPICA**

CONGRUENCIA CIT-COLP.	n	%
CONGRUENTE	47	50.5
INCONGRUENTE	46	49.5
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 8**  
**CONGRUENCIA COLPOSCOPICA-HISTOLOGICA**

CONGRUENCIA COLP-HIST	n	%
CONGRUENTE	56	60.2
INCONGRUENTE	37	39.8
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 9  
BORDES QUIRURGICOS**

BORDES QUIRURGICOS	n	%
SIN LESION	46	49.5
CON LESION	27	29.0
NO VALORABLE	15	16.1
NO REPORTADO	5	5.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología.

**TABLA 10  
SEGUNDO PROCEDIMIENTO**

TIPO DE PROCESAMIENTO	n	%
BIOPSIA POR SACABOCADO	8	8.6
CONIZACION	1	1.1
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	12	12.9
TOTAL	21	22.6
NO REQUIRIERON	72	77.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 11  
SEGUNDA COLPOSCOPIA**

SEGUNDA COLPOSCOPIA	n	%
SATISFACTORIA	14	15.1
NO SATISFACTORIA	7	7.5
TOTAL	21	22.6
NO LO REQUIRIERON	72	77.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico



**Tabla 12**  
**MOTIVO DEL SEGUNDO PROCEDIMIENTO**

MOTIVO SEGUNDO PROCEDIMIENTO	n	%
PREVALENCIA	1	1.1
PERSISTENCIA	17	18.3
MIOMATOSIS	1	1.1
DISCREPANCIA CITO-COLPO-HISTOLOGICO	2	2.2
TOTAL	21	22.6
NO LO REQUIRIERON	72	77.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 13**  
**RESULTADO DEL SEGUNDO PROCEDIMIENTO**

RESULTADO	n	%
NIC 2	2	2.2
NIC 3	1	1.1
CANCER IN SITU	4	4.3
MICROINVASOR	2	2.2
CERVICITIS	5	5.4
INFECCION DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO	7	7.5
TOTAL	21	22.6
NO LO REQUIRIERON	72	77.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 14**  
**BORDES QUIRURGICOS**

BORDES QUIRURGICOS	n	%
SIN LESION	8	8.6
CON LESION	2	2.2
NO VALORABLE	1	1.1
NO REPORTADO	10	10.8
TOTAL	21	22.6
NO LO REQUIRIERON	72	77.4
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico.

**Tabla 15**  
**PRIMERA CITOLOGIA DE CONTROL**

1RA CITOLOGIA CONTROL	n	%
NEGATIVA	42	58.3
NO SE PRESENTO	29	40.3
NO REPORTADA	1	1.4
TOTAL	72	100.0
LAS QUE REQUIRIERON UN SEGUNDO PROCEDIMIENTO		
POSITIVA	1	4.8
NEGATIVA	11	52.4
NO SE PRESENTO	8	38.1
NO REPORTADA	1	4.8
TOTAL	21	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 16**  
**SEGUNDA CITOLOGIA DE CONTROL**

2DA. CITOLOGIA CONTROL	n	%
NEGATIVA	36	50.0
NO DE PRESENTO	34	47.2
NO REPORTADA	1	1.4
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	1	1.4
TOTAL	72	100.0
LAS QUE REQUIRIERON SEGUNDO PROCEDIMIENTO		
POSITIVA	1	4.8
NEGATIVA	9	42.9
NO SE PRESENTO	10	47.6
NO REPORTADA	1	4.8
TOTAL	21	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 17**  
**TERCERA CITOLOGIA DE CONTROL**

3RA CITOLOGIA CONTROL	n	%
NEGATIVA	27	37.5
NO SE PRESENTO	44	61.1
NO REPORTADA	1	1.4
TOTAL	72	100.0
LAS QUE REQUIRIERON SEGUNDO PROCEDIMIENTO		
NEGATIVA	6	28.6
NO SE PRESENTO	14	66.7
NO REPORTADA	1	4.8
TOTAL	21	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 18**  
**CUARTA CITOLOGIA DE CONTROL**

4TA CITOLOGIA CONTROL	n	%
NEGATIVA	25	34.7
NO SE PRESENTO	45	62.5
NO REPORTADA	1	1.4
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	1	1.4
TOTAL	72	100.0
LAS QUE REQUIRIERON SEGUNDO PROCEDIMIENTO		
NEGATIVA	7	33.3
NO SE PRESENTO	13	61.9
NO REPORTADA	1	1.4
TOTAL	21	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 19**  
**PASA A ONCOLOGIA**

PASA A ONCO	n	%
SI	2	2.2
NO	91	97.8
TOTAL	93	100.0

FUENTE: Expediente clínico

**CRUCE DE TABLAS**  
**Tabla 20**  
**RESULTADO DE LA 1RA. BIOPSIA Y BORDES QUIRURGICOS**

RESULTADO DE BIOPSIA	BORDES QUIRURGICOS				TOTAL
	SIN LESION	CON LESION	NO VALORABLE	NO REPORTADA	
NIC 2	10	2	2	5	19
NIC 3	8	2	2		12
CANCER IN SITU	28	23	11		62
TOTAL	46	27	15	5	93

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 21**  
**MOTIVO Y TIPO DE LA 2DA. BIOPSIA**

MOTIVO DE BIOPSIA	TIPO DE BIOPSIA			TOTAL
	BIOPSIA POR SACABOCADO	CONIZACION	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	
PREVALENCIA			1	1
PERSISTENCIA	7	1	9	17
MIOMATOSIS			1	1
DISCREPANCIA CITOL-COLP-HISTOL	1		1	2
TOTAL	8	1	12	21

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 22**  
**TIPO Y RESULTADO DE LA 2DA. BIOPSIA**

TIPO DE BIOPSIA	RESULTADO DE LA BIOPSIA						TOTAL
	NIC 2	NIC 3	CANCER IN SITU	MICROINVASOR	CERVICITIS	INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	
BIOPSIA POR SACABOCADO	1	1			1	5	8
CONIZACION	1						1
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL			4	2	4	2	12
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>21</b>

FUENTE: Departamento de patología / Expediente clínico

**Tabla 23**  
**RESULTADO DE LA 2DA. BIOPSIA Y BORDES QUIRURGICOS**

RESULTADO DE BIOPSIA	BORDES QUIRURGICOS				TOTAL
	SIN LESION	CON LESION	NO VALORABLE	NO REPORTADA	
NIC 2	1			1	2
NIC 3				1	1
CANCER IN SITU	2	1	1		4
MICROINVASOR	2				2
CERVICITIS	2	1		2	5
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	1			6	7
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>21</b>

FUENTE: Expediente clínico

**Tabla 24**  
**TIPO DE LA 2DA. BIOPSIA Y BORDES QUIRURGICOS**

TIPO DE BIOPSIA	BORDES QUIRURGICOS				TOTAL
	SIN LESION	CON LESION	NO VALORABLE	NO REPORTADA	
BIOPSIA POR SACABOCADO				8	8
CONIZACION	1				1
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	7	2	1	2	12
TOTAL	8	2	1	10	21

FUENTE: Expediente clínico

## 7. Discusión:

Las lesiones cervicales de alto grado como el NIC 2, NIC 3 y cáncer in situ, González C y cols., del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Chile, reportaron una edad promedio de 45.9 años y un rango entre los 30 y los 50 años de edad para las lesiones cervicales de alto grado, en forma similar lo encontramos en nuestro estudio.<sup>17</sup>

La colposcopia inicial se reporto satisfactoria en 85 pacientes (91.4%) y no satisfactorias en 8 (8.6%). Yazigi I. y cols., del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Chile, reportaron de 202 pacientes, 131 (65%) de ellas la colposcopia satisfactoria.<sup>25</sup>

Balestena S. y cols., reportaron un 53.5% de biopsias post cono con cáncer in situ y un 33.3 % con NIC 2 y 3, en nuestro estudio se observo un porcentaje similar.<sup>11</sup>

Díaz A. y cols. del Hospital General Dr. M. Gea González reportaron una correlación citología-colposcopia, de 315 casos, 101 (32.06%) fueron falsos positivos y 214 (67.94%) verdaderos positivos y en relación a la correlación colposcópica-histológica, de 204 casos, hubo correlación en 142 (69.61%) y no la hubo en 62 (30.39%). En forma similar no encontramos en nuestro estudio.<sup>10</sup>

En relación a los bordes quirúrgicos Varela P. y cols, refieren una positividad de el 24%, mientras que Torriente H. y cols, a penas reporta un 9.6%, en nuestro estudio reportamos un porcentaje mayor que en los otros estudios.<sup>26, 27</sup>

Nazzal N. y cols, refieren en su estudio de un total de 163 pacientes, se requirió de un segundo tratamiento en 21 lo que representa un 12.8 %, y en cuanto al motivo de la persistencia de la lesión se reporto en 18 pacientes (11 %) nuestro estudio reveló un porcentaje similar de lesión de alto grado, que requirieron un segundo procedimiento, así como en cuanto a la persistencia de la lesión.<sup>3</sup>

Cabrera D. y cols, refieren que de 482 casos, 69 (14.3 %) requirió de una segunda intervención, el 5.3% se diagnostico como cáncer in situ, en relación a los bordes quirúrgicos (56.7%) fueron positivos y la mayoría de las biopsias reportaron VPH. Varela P. y cols, reportaron 10.9% de persistencia que requirió una segunda intervención, 14.5% con bordes positivos y 51.5% con VPH, nuestro resultado del segundo procedimiento, el VPH se reporto en el 7.5%, los bordes quirúrgicos positivos 2.2%.<sup>15, 27</sup>

En cuanto al reporte de las citologías de control se refiere, no se identificó en la literatura información sobre el seguimiento de las lesiones comparativo para nuestro estudio.



## **8. Conclusiones:**

El cáncer del cérvix es una enfermedad prevenible a través de la detección oportuna de sus lesiones precursoras, como son las displasias y el cáncer in situ.

La citología cervical o prueba de Papanicolaou constituye el método más eficaz para su detección, con ella se pueden observar alteraciones en las células del cuello del útero que posteriormente pueden convertirse en cáncer.

La citología cervical se debe practicar a las mujeres, preferentemente, a partir de los 25 años de edad y después que hayan iniciado vida sexual; idealmente se debe practicar un nuevo examen al año del primer examen normal, y si se obtiene un segundo resultado negativo el estudio se debe practicar en forma periódica cada tres años hasta la edad de 64 años.

A las mujeres a las que se les detecta la presencia de displasia o cáncer es necesario orientarlas para que continúen su manejo y explicarles la necesidad de realizar otros estudios más especializados que permitan confirmar el diagnóstico y así establecer el tratamiento más adecuado para controlar la enfermedad.

Se debe informar respecto a cada uno de los procedimientos tanto del diagnóstico como de tratamiento que se indiquen, señalando en forma sencilla en qué consiste y cuáles son los pasos a seguir de cada uno de ellos.

Ante la confirmación de la presencia de una displasia o cáncer in situ, la medicina actual cuenta con diferentes tratamientos, que aplicados oportunamente son muy efectivos y pueden ofrecer la curación en su totalidad y evitar que estas lesiones progresen a un cáncer invasor.

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad el tamaño del tumor, la edad de la mujer y el estado de salud general, así como del deseo de tener hijos el tratamiento puede ser postergado durante el embarazo, dependiendo de la etapa en que se encuentra la enfermedad y el tiempo de embarazo.

La información y orientación que se proporcione a la mujer con resultados citológicos anormales es fundamental para despejar las dudas, temores y angustia que se precipitan en ante una circunstancia para ella desconocida. Existe una respuesta fisiológica asociada al estrés que puede ser desfavorable y manifestarse como una negación o no aceptación de la enfermedad, así como con un distanciamiento hacia los servicios de salud. Es por esto que la comunicación por parte de todo el personal de salud y especialmente en la relación médico-paciente es esencial para guiar a la paciente hacia una conducta responsable. La información tiene que ser clara, precisa y alentar a la mujer a continuar con el control que requiera. En este último aspecto la familia juega un papel importante para proporcionar apoyo y estímulo en estas circunstancias.

El cáncer del cervix tiene una historia natural que inicia con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, pasa por las de alto grado posteriormente llega al cáncer

micro invasor y al invasor propiamente dicho y por último la muerte. Esta historia natural tiene un tiempo de evolución en términos generales de entre 10 y 15 años, tiempo suficiente para modificar estas lesiones.

La conización es el procedimiento diagnóstico-terapéutico más prometedor en la actualidad para el cáncer cérvico uterino, con una tasa de curabilidad al completar el tratamiento que oscila entre el 85 y 91% dependiendo el grado de extensión de la lesión y el momento del diagnóstico, así como también su control y seguimiento. La tasa de persistencia de la enfermedad oscila entre el 15-40%.

El desafío para disminuir la mortalidad por este cáncer de origen infeccioso se ubica en el escenario de la detección oportuna para lograrlo se necesita intensificar la demanda por parte de la población usuaria y promover la oferta y la capacidad diagnóstica dentro de los servicios de salud. Esta es la estrategia puntual adoptada en los programas integrados de salud propuestos en el IMSS aunque para su éxito se requiere de la conjunción de otros procesos de la atención médica. En primer lugar, las mujeres deben incorporar esta medida preventiva como un elemento central en el cuidado de su salud para lo cual se necesitan programas de promoción y educación en salud para despertar y concientizar a la población de la importancia de la detección. En segundo lugar, los componentes del programa de detección requieren de la dotación oportuna y completa de un conjunto de insumos necesarios para la toma de la muestra de células endocervicales. Tercero, el personal de salud encargado de la toma del epitelio cervical necesita una buena capacitación para garantizar que la calidad de la muestra sea adecuada. Cuarto, el personal responsable de la lectura y el diagnóstico necesita de una continua capacitación en

servicio. Adicionalmente, se requiere que el control de calidad de la lectura de las laminillas se realice de manera sistemática y eficiente. Finalmente, una vez realizada la toma y la lectura de la muestra es imperativo informar a la mujer derechohabiente del resultado y establecer una conducta terapéutica en aquellos casos con resultado positivo.

## 9. Referencias:

1. Meza GI. Tratamiento con electrocauterización de las lesiones premalignas del cervix. Colombia Med 1995; 26: 119-24.
2. Cabezas CE. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Rev Cubana Obstet Ginecol 1998; 24 (3): 156-60
3. Nazzal NO, Reinero CM, Abarzúa A, Liendo R, Palma C. Patología preinvasora del cervix. Rev chil obstet ginecol 2003; 68 (3).
4. Tamayo LT, Varona SJ, De la Torre A. Estudio de las pacientes conizadas por patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31 (2).
5. Panozo MW, Llanos FJ. La biopsia como estándar de oro para determinar la discrepancia entre citología y colposcopia, en displasias y cáncer del cuello uterino. Rev Med del Col Med 2005; 11 (2).
6. Flores CM, Bueno LS, Porras G, Peres C, Pachon A. Displasia residual post-conización Lletz. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2002; 11 (3).
7. Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino. Comunicación Educativa IMSS Jul 1998:10.

8. Tena G, Palou T, Palou M, Huguet E, González C. Tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix con asa de diatermia. *Ginecol Clin y Quir* 2001; 2849: 185-190.
9. Fernández CC, Cerna RJ. Cáncer genital femenino: cáncer del cuello uterino. Programa de actualización continúa en Ginecología y Obstetricia. Libro 8. 1ª ed. Editorial Intersistemas 1999: 20-38.
10. Balestena SJ, Suárez BC, Piloto MM, Batista CR. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29: (1).
11. Dexues S, Cararach M, Dexues D. Tratamiento y seguimiento de las lesiones preinvasoras. Institut Universitari Dexeus 2006.
12. Valdés OR. Tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1997; 23 (2).
13. Balagueró L, Ponce J, Condom E, Padiu M. Tratamiento de las lesiones intraepiteliales glandulares endocervicales. *Ginecol Clin y Quir* 2000; 1(3): 93-98.
14. Calderaro F, Delgado R, Medina F. Persistencia de lesión posterior a la conización por Nic 3 del cuello uterino. *Rev Venez Oncol* 2004; 16 (1): 28-33.

15. Cabrera DJ, Villanueva J, Correa L, Landeros J, Navarrete J y cols. Uso del asa electroquirúrgica en neoplasias preclínicas del cervix. Rev chil obstet ginecol 2002; 67(6).
16. González MA, Villota CN, Echevarria L, Serna L, Restrepo J. Ventajas y desventajas del uso de la radiocirugía en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: estudio comparativo con conización fría. Rev Coloma Obstet Ginecol 1998; 49 (3).
17. González CF, Napolitano RC, Trehwela NR, Donoso PP, Cumsille MA. Porcentaje de compromiso de lesión cervical de alto grado y persistencia de enfermedad residual postcono. Rev chil obstet ginecol 2002; 67: (1)
18. Torres LA, Rojo HG, Torres RA, Hurtado EG, Román BE. Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y sus factores de riesgo. Ginecol Obstet Mex 2004; 72: 466-74.
19. Selected cancers. Uterine Cervix. Cancer Facts and Figures. American Cancer Society 2004: 19.
20. Hidalgo MA. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev Biomed 2006; 17:81-84.
21. Gomez DH, Vázquez MJ, Fernández CS. Detección de Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres derechohabientes del IMSS Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000. Rev med IMSS 2003; 1-11.

22. Mogollón TJ. Concordancia diagnóstica entre la citológica cervicovaginal, biopsia de cérvix y la histerectomía en pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, Colombia. Rev Coloma Obstet Ginecol 2004; 55 (1).
23. González A, Prada J, Sanin J, Villota N. Aplicación del método “ver y tratar” en pacientes con citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores. Rev Ginecol 2001; 1-7
24. Chávez ZM, Castro LS. Comparación de la evolución de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical III con cono cervical: margen quirúrgico negativo y positivo. Ginecol Obstet Mex 2004; 72: 279-82.
25. Yazigi IR, Rodríguez AT, Contreras ML, Alcaíno MM. El significado clínico de dos papanicolaou atípicos consecutivos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (6): 386-390.
26. Varela PJ, Egaña FJ, González VD. Conización por asa experiencia en hospital Carlos Van Buren. Rev chil Obstet Ginecol 2002; 67 (1).
27. Torriente HB, Valdés O, Lugo SA, González GM. Valor de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28 (2).



**Anexos:**

Anexo (1)

- 1.- Biopsia.
- 2.- Legrado endocervical.
- 3.- Cono.
- 4.- Cono + Legrado endocervical.
- 5.- Histerectomía total abdominal

Numero progresivo	Fecha	No. de Biopsia	Numero de afiliación	Nombre	Edad	Displasia moderada (NIC 2)	Displasia severa (NIC 3)	Cáncer in situ (NIC 3)	Tipo de Biopsia	Pagina	Observaciones
1.-											
2.-											
3.-											
4.-											
5.-											
6.-											
7.-											
8.-											
9.-											
10.-											
11.-											
12.-											
13.-											
14.-											
15.-											
16.-											



ANEXO 2

Num. De afiliación

\_\_\_\_\_

**I. Unidad que otorga la atención**  
 Unidad Medica \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Fecha        
 Mes Año Día



**II. Identificación de la paciente** U. de Adscripción \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_  M  V  
 Nombre \_\_\_\_\_ Edad   años  
 Apellido paterno \_\_\_\_\_ materno \_\_\_\_\_ nombre (s) \_\_\_\_\_  
 Lugar de residencia \_\_\_\_\_ Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia o  
 localidad \_\_\_\_\_  
 Municipio o delegación política       Entidad Federativa       Teléfono \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**III. Unidad que envía y motivo de referencia** Fecha de envió        
 Día Mes Año  
 Unidad Medica: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_  
**Motivo de envió**  
 (1) Probable por citología cervical, efectuada: (2) Sospechosa por datos clínicos  
 [1] Por primera vez en la vida  [2] Subsecuente  Resumen de los hallazgos a la exploración:  
 Resultado citológico \_\_\_\_\_  
 Fecha de la toma        
 Día Mes Año  
 Laboratorio que reportó \_\_\_\_\_

**IV. Antecedentes citológicos**

Fecha de toma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de toma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de toma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de toma <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Resultado _____	Resultado _____	Resultado _____	Resultado _____

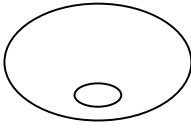
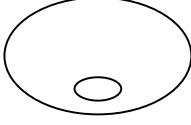
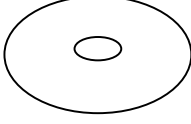
**V. Factores de riesgo**  
 Edad de inicio de relaciones sexuales   Tabaquismo [1] SI, numero por día \_\_\_\_\_ [2] NO  
 Edad al primer embarazo   Infección con el virus del papiloma humano  
 Numero de embarazos   [1] SI, método diagnostico \_\_\_\_\_ [2] NO  
 Partos   Cesáreas   Abortos   Inmunodeficiencia congénita o adquirida  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ [1] SI, especifique \_\_\_\_\_ [2] NO

**VI. Diagnostico** 1. Practico coloscopia [1] SI [2] NO 2. Fue satisfactoria [1] SI [2] NO  
**3. Resultados** Fecha        
 Día mes   
 [ ] Sin alteraciones  [ ] Neoplasia invasora  
 [ ] Alt. Infl. Inespecíficas  [ ] Pólipo  [ ] Adenosis  
 [ ] VPH  [ ] Quiste  [ ] Otros: \_\_\_\_\_  
 [ ] NIC  [ ] Fibroma \_\_\_\_\_  
**4. Otra alternativa diagnostica**  
 [ ] Biopsia directa  [ ] Legrado endocervical  [ ] Cepillo endocervical  
 [ ] Cono diagnostico  [ ] Otra: \_\_\_\_\_  
 5. Conducta seguida Pase a 8   
 [1] Se envió tejido para confirmación histológica  [2] Alta con control citológico anual  [3] Referencia otra Unidad

<b>6. Resultado histológico</b>		<b>7. Fecha del resultado</b>  _ _ _ _ _ _	
<b>día</b>	<b>mes</b>	<b>año</b>	
[1] Tejido de cerviz normal	[6] Cáncer in situ (Nic3)	[11] Maligno no especificado	
[2] Cervicitis aguda o crónica	[7] Cáncer microinvasor	[12] Insuficiente para diagnóstico	
[3] Displasia leve (Nic1)	[8] Cáncer invasor	<b>Hallazgos adicionales</b>	
[4] Displasia moderada (Nic2)	[9] Adenocarcinoma	[1] Infección viral con VPH	
[5] Displasia severa (Nic3)	[10] Sarcoma y otros tumores	[2] Infección viral con Herpes	
Observaciones _____			
<b>8. La paciente fue referida para tratamiento a otra unidad</b> [1] SI [2] NO			
8.1 Unidad a la que fue referida: _____		8.2 Fecha de referencia  _ _ _ _ _ _	
año		día mes	

**TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VPH, DISPLASIAS O CANCER IN SITU**

<b>VIII. Procedimiento utilizado</b>		<b>Fecha de inicio del tratamiento</b>  _ _ _ _ _ _	
		<b>Día</b>	<b>mes</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vigilancia</b>	<b>Tratamiento conservador</b>	<b>Cirugía</b>	
[1] citología [2] colposcopia	[1] crioterapia [2] laserterapia [3] electrocirugía	[1] histerectomía simple [2] histerectomía radical [3] otra: _____	
<b>Periodicidad</b>	<b>Control citología y colposcópico</b>		
[1] semestral [2] anual	[1] semestral [2] anual [3] otro: _____		
<b>El tratamiento fue efectuado por</b> [1] Ginecólogo [2] Colposcopista [3] Cirujano Oncólogo [4] Otro			
<b>Observaciones y Recomendaciones</b> _____			
_____			
_____			

<b>IX. Seguimiento clínico y control</b>		
9.1 Fecha  _ _ _ _ _ _		
<b>Resultado de exámenes</b>	<b>Tratamiento</b>	
Citología _____	Vigilancia _____	
Colposcopia _____	Conservador _____	
Biopsia _____	Cirugía _____	
LEC _____	Referencia a otra unidad _____	
9.2 Fecha  _ _ _ _ _ _		
<b>Resultado de exámenes</b>	<b>Tratamiento</b>	
Citología _____	Vigilancia _____	
Colposcopia _____	Conservador _____	
Biopsia _____	Cirugía _____	
LEC _____	Referencia a otra unidad _____	
9.3 Fecha  _ _ _ _ _ _		
<b>Resultado de exámenes</b>	<b>Tratamiento</b>	
Citología _____	Vigilancia _____	
Colposcopia _____	Conservador _____	
Biopsia _____	Cirugía _____	
LEC _____	Referencia a otra unidad _____	

Fecha de última consulta  _ _ _ _ _ _	<b>X. Motivo del alta</b>	
<b>Día</b>	<b>mes</b>	<b>año</b>
Tiempo de seguimiento  _ _ _	[1] Por mejoría	[4] Abandono de tratamiento
Meses	[2] Referencia a otra unidad	[5] Defunción por otra causa
Intervalo libre de la enfermedad  _ _ _	[3] Paciente no localizada	[6] Defunción por CaCu
meses		

Nombre y categoría del responsable del llenado: \_\_\_\_\_

ANEXO 3

FOLIO	NOMBRE	AFILIACION	EDAD	COLP. INICIAL	FECHA DE BX	TIPO DE BX	MOTIVO DE BX	RESULTADO	CONG. CIT-COL	CONG. COLP-HIST	BORDES QX	FECHA 2DA BX	TIPO DE BX	MOTIVO	RESULTADO	BORDES QX	COLP. 2DA	CITOL. 1	CITOL. 2	CITOL. 3	CITOL. 4	PASA A ONCO		

