



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.**

**GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA PACIENTE
CON LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CERVIX**

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
E S P E C I A L I D A D DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. SANDRA PATRICIA PARCERO MELO



ISSSTE

ASESOR
DR. DIONISIO PARRA ROLDAN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

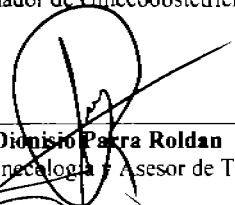
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

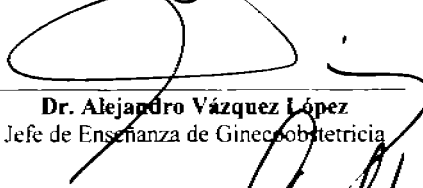
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Juan Miranda Murillo
Coordinador de Ginecoobstetricia



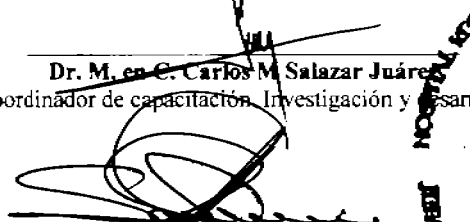
Dr. Dionisio Parra Roldan
Jefe de Ginecología y Asesor de Tesis



Dr. Alejandro Vázquez López
Jefe de Enseñanza de Ginecoobstetricia



Dr. Juan Manuel Espíndez Montes
Profesor titular del curso



Dr. M. en C. Carlos M. Salazar Juárez
Coordinador de capacitación, Investigación y Esarri



Dra. Luz María Del Carmen San German Brejo
Jefe de Investigación



Dra. Sandra P. Parcero Melo
Autor



DEDICATORIAS

Dedico mi tesis a mi querido Hospital Zaragoza por que me dio lo más valioso que ahora poseo:

Una nueva familia: mi esposo y mi primogénito

A valorar la que ya tengo, al estar fuera de casa tanto tiempo

A conocer el valor de nuevos y sinceros amigos que los llevare conmigo por que serán para siempre: a mis compañeros de generación; mi querido "panzón", mi adorado "monkiki", a todos mis residentes. Romano, Pilar, López, Guerrita, Norma jamás olvidaré su cariño durante la enfermedad de mi madre y en especial aquellos que hicieron posible mi tesis, gracias Marcelo y Dorita por todo su apoyo y cariño incondicional.

Me dio la oportunidad de conocer grandes maestros y en especial a 2 personas que fueron como mis padres en Ciudad de México: Dra. Hernandez y Dr. Quishberth gracias a ambos por aguantarme y guiarme estos 4 años, no los olvidaré

Y los conocimientos que a través de mis pacientes pude tomar que me servirán para seguir adelante dentro y fuera de mi país.

Un Especial reconocimiento, todo mi cariño y admiración a la Dra. Luz María San German a ella le debo esta tesis

INDICE

DEDICATORIAS	11
RESUMEN	2
SUMARY	5
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	25

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la correlación de los hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos de las lesiones premalignas y malignas del cervix, así como determinar el riesgo de recidiva posterior al tratamiento mediante colposcopia de control a seis meses y de esta manera implementar una metodología sistematizada altamente efectiva y de bajo costo que facilite el manejo integral de las pacientes con lesiones premalignas y malignas del cervix.

Material y métodos.

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional de corte longitudinal, analizando los resultados citológicos, colposcópicos e histopatológicos de todas las lesiones premalignas y malignas del cervix observadas en 264 pacientes de la clínica de displasias del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. que contaron con citología, colposcopia y reporte histopatológico así como el control colposcópico realizado a los 6 meses posteriores al tratamiento en el periodo comprendido de enero del 2001 a enero del 2003.

Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) con Intervalo de Confianza al 95% y exactitud de la prueba, teniendo como estándar de oro al resultado histológico.

Resultados

De los 264 expedientes revisados en este protocolo encontramos que el promedio de edad de las pacientes que con mayor frecuencia acudieron a la consulta en la clínica de displasias se encontraba en el grupo de los 41 a 50 años de edad (50%). De los factores de riesgo analizado encontramos que el promedio de inicio de vida sexual de las pacientes fue de 18 años (53%), el número de compañeros sexuales más frecuentes

encontrado en esta población fué de un compañero (46.9%) seguido de las que tuvieron de entre tres o mas compañeros sexuales (34.7%). El 57.5% de nuestras pacientes tuvieron de entre 3 y 5 gestaciones al momento del estudio. El tabaquismo estuvo presente en el 32,1 % de nuestra población mientras que la escolaridad, el mayor porcentaje lo obtuvieron las pacientes con nivel técnico en el 46 % de los casos seguido de las pacientes con primaria incompleta en el 35.3 % de los casos.

Al analizar los 3 estudios referidos en este protocolo encontramos que el diagnóstico citológico más frecuentemente encontrado fueron las alteraciones inflamatorias inespecíficas (60%), en el caso de la colposcopia y la histopatología, el diagnóstico más frecuente en nuestras pacientes lo obtuvieron las lesiones por IVPH (53.3% y 68.1% respectivamente).

Se calculó la especificidad y sensibilidad, así como el valor predictivo positivo y negativo de las prueba de papanicolaou y la coposcopia encontrando que: El papanicolaou tuvo una sensibilidad del 21% y una especificidad del 42% con un valor predictivo positivo del 73% y un valor predictivo negativo del 11% mientras que la colposcopia tuvo una sensibilidad del 87% con una especificidad del 55% con un valor predictivo positivo del 86% y uno negativo del 48%

En cuanto a los tratamientos instalados a 36 pacientes se les realizó histerectomía (13.6%) y a 189 Asas (71.5%), el resto fueron tratadas mediante fármacos. En el control colposcópico a los 6 meses posterior al mismo observamos que de las pacientes tratadas con Asa, el 44.9% de ellas no presentaban alteraciones visibles, el 21.6% presento IVPH recidivante y el 33.3% alteraciones inflamatorias. De las pacientes histerectomizadas ninguna de ellas presentaron alteraciones en la vaginoscopia de control

Conclusiones

El empleo simultáneo de la citología y colposcopia para la detección temprana de lesiones cervicales proporciona una mayor exactitud diagnóstica (98% de eficacia) el estudio histopatológico continuara siendo el estándar de oro en el diagnóstico definitivo y deberá ser prioritario en el manejo integral de la paciente. Por lo que la citología insinúa la colposcopia predice y el resultado histopatológico nos da el poder de correlacionar ambas, por lo que el tratamiento deberá ser instaurado de acuerdo al diagnóstico histopatológico.

SUMMARY

The objectives of this study was to analyze the correlation of the finds cytologics, colposcopic and histopatologics, of the injuries premalign and malignant of the cervix as well as to determine the risk of recidiva later (posterior) to the treatment by means of colposcopic of control for six months and hereby to implement a systematized highly effective methodology and of low cost that facilitates the integral managing of the patients with injuries premaligns and malign of the cervix.

Material and methods: Retrospective type, observacional of transverse court (cut) study was done, analyzing them proved citologics, colposcopic and histopatologics of all the injuries premalignas and malignant of the cervix observed in 264 patients of the clinic of displasias of the Regional Hospital " Gral. Ignacio Zaragoza " of the ISSSTE, which they counted (told) with citología, colposcopia and histopatologic report as well as the control colposcopic realized to 6 months later to the treatment in the included period from January, 2001 to January, 2003. The stadistical method used was chi X2

Results: 264 chart was reviewed in this protocol we found that the average of age of the patients who most frequently went to the consultation in the clinic of displasias found in the group of the 41 to 50 years of age (50% of the total of the sample). Of the factors of analyzed risk we found that the average of beginning of sexual life of the patients was of 18 years of age (53% of the total of the sample), the number of sexual but frequent companions was of a companion (46.9%) followed of which they had of

between three or but companions sexual (34.7%). 57.5% of our patients had an average of a number of gestations of between 3 and 5. The smoke habit was present in 32.1 % of our population whereas the schooling the greater percentage obtained the patients with technical level in 46 % of the cases followed of the patients with primary incomplete in 35,3 % of the cases. About the treatments, 36 patients had hysterectomy to them 13.6% and 189 Asas (71.5%) was done. The colposcopic control to the 6 months subsequent to same the 44,9% of the patients did not present visible alterations, the 21.6% presented recidivant IVPH and the 33.3% inflammatory alterations.

Conclusions: the use I synchronize of the cytology and colposcopia for the early detection of cervical injuries provides a greater exactitude diagnoses (98% of effectiveness) the histopatologic study continued being the gold standard in diagnose definitive and will have to be high-priority in the integral handling of the patient. Reason why the cytology insinuates the colposcopia predicts and the histopatologic result gives the power us to correlate both reason why the treatment will have to be restored according to histopatologic diagnost.

INTRODUCCION

En México como en otros países en desarrollo el cáncer cervicouterino persiste como un problema grave de salud pública pese al desarrollo de programas de detección oportuna no se ha podido disminuir la incidencia anual de esta patología.

La palabra "displasia" fue introducida en citología por Papanicolaou en 1949, el término displasia y Cáncer Cervicouterino (Ca Cu) in situ, justificaba el concepto de dos lesiones diferentes, en consecuencia la displasia leve y moderada eran consideradas en la mayoría de los casos como una condición inocua y a menudo no se les trataba. Diversos estudios demostraron que las células de la displasia cervical eran idénticas a las células del Cáncer Cervicouterino in situ, por tal motivo la distinción displasia - Ca Cu in situ fue suprimida y se introdujo el término displasia intraepitelial cervical, incluyendo en esta denominación la displasia de cualquier grado y el carcinoma in situ.

La citología cervical ha asumido el mayor papel en la prevención y diagnóstico temprano del Ca Cu en los últimos treinta años. A pesar de estos sucesos existen fallas en el diagnóstico de displasia cervicales o cáncer.

La detección temprana de enfermedad preinvasora o invasora puede mejorarse con una mayor confiabilidad en la citología y métodos alternativos de detección y por técnicas aditivas a la citología que la refuercen.

Diversas investigaciones han demostrado que la mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores (displasias) pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad. Estas fases resultan detectables empleando los

métodos de ayuda diagnóstica disponibles en la actualidad: citología, colposcopia y biopsia. (2.5)

La citología Cervicovaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos. Sin embargo, es importante destacar que aun cuando se realice con el material y técnica adecuados y su lectura sea la óptima se presentan resultados falsos negativos (11). Debido a ello, algunos autores cuestionan el uso único de esta prueba y sugieren el empleo simultaneo de otro método con el objeto de disminuir las fallas.

Desde 1943, cuando el Dr Papanicolaou introduce el diagnóstico citológico, los conocimientos sobre la evolución de las displasias y su histogénesis han avanzado en forma notable sobre todo en los últimos años, teniendo como consecuencia que la clasificación de papanicolaou aun con sus modificaciones y variantes en la actualidad sea obsoleta.

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos y unificar la terminología. Actualmente ha sido aceptada por numerosas sociedades de citología, ginecología y oncología tanto en México, como Estados Unidos, Canadá, Francia y España por mencionar algunos. (10)

La nomenclatura empleada en el sistema de Bethesda, se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en donde se llevó a cabo un seminario taller con expertos en la materia convocados por el Nacional Cancer Institute, el taller se generó en virtud de la utilización de una terminología variada en el informe de citología siendo en ocasiones ambigua y causando confusión respecto a las implicaciones clínicas, llegando a la

conclusión de que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología ya que no corresponde a los conocimientos actuales sobre las lesiones cervicovaginales (11). Concluyendo que un sistema uniforme para dictaminar la citología cervicovaginal deberá reunir entonces los siguientes criterios: Proporcionar comunicación eficaz entre citopatólogos y médicos solicitantes, ayudar a la correlación citológica e histopatológica, proporcionar información y datos confiables para comparaciones y análisis estadísticos y finalmente ayudar a la investigación de la epidemiología, biología y patología de la enfermedad cervicovaginal, proporcionando al médico solicitante un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos.

La clasificación de Bethesda incluye los nuevos conceptos de la patología cervicovaginal como es la infección por virus del papiloma humano y unifica la terminología existente y además resume su nomenclatura en dos tipos de lesiones que son: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y de alto grado. Cuadro 3

La colposcopia nacida en Alemania en 1920 obra de Hans Hinselmann surge como recurso para el diagnóstico temprano del Ca Cu hoy día instrumento indispensable para el estudio de los diferentes cuadros de patología cervical, vaginal, vulvar y hasta peneana.

Es considerada la técnica más sensible para las detecciones de lesiones preinvasoras e invasoras del cervix.

La posibilidad de reconocer la presencia de modificaciones de carácter viral (no solo del herpes simple sino de las manifestaciones subclínicas de la IVPH) ha ampliado las indicaciones de la colposcopia y valorado su importancia.

En la actualidad es uno de los objetivos fundamentales del estudio: en presencia de un frotis anormal, antes de proceder al tratamiento es necesario la localización de la lesión de la cual provienen las células anormales. El diagnóstico histológico y la valoración de la extensión de la misma.

Una biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de lesiones visibles implica un riesgo de diagnóstico histopatológico falso negativo en el 12 - 26% de los casos. La colposcopia permite así localizar o excluir la presencia de lesiones dirigiendo así la biopsia a más sectores (endocervix, endometrio) efectuar una extracción bajo visión, diferenciar lesiones infiltrantes todavía circunscritas de una lesión atípica o una displasia de una lesión inflamatoria.

El empleo simultáneo de la citología con colposcopia proporciona una exactitud diagnóstica de un 98 % y la correlación colposcópica y la histopatológica por biopsia dirigida de un 91%.

Por lo que todo esto nos hace cuestionarnos ¿si homologamos criterios a través de una ruta crítica para el manejo integral de los pacientes con lesiones premalignas y malignas del cervix mejoraría el pronóstico de ellas?

La presencia de lesiones preneoplásicas en el cervix han sido estudiadas y discutidas desde el año de 1930, es así que ha comienzos de siglo XX autores

alemanes reportaban la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma espino celular invasor en el cuello uterino, siendo Broder et al (1), el primero en introducir el término "carcinoma en situ" dando así inicio al estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones que afectan al cervix.

El término "displasia" como ya se mencionó anteriormente fue introducida en citología por Papanicolaou en 1949 (2), quien propone una clasificación basada en cinco clases.

Cuadro 1

El empleo de los términos "displasia" y "carcinoma in situ" justificaban el concepto de dos lesiones diferentes, en consecuencia, la displasia leve y moderada eran consideradas en la mayor parte de los casos como una condición inocua y a menudo no se les trataba (1).

En México como en otros países en desarrollo en cáncer cervicouterino persiste como un grave problema de salud pública. Hoy conocemos la causa del Ca Cu, hemos aprendido como identificar la presencia del virus del papiloma humano (VPH) en las células epiteliales, sabemos cuales de ellos representan un riesgo y la magnitud de la probabilidad para la aparición de esta neoplasia. Cabe destacar que la consecuencia de una inadecuada prevención y diagnóstico temprano han complicado aun más el control de la enfermedad en etapas avanzadas. (3)

La citología cervicovaginal ha asumido el mayor papel en la prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en los últimos 30 años, a pesar de estos sucesos existen fallas en el diagnóstico de displasias cervicales o cáncer (4)

La prueba de papanicolaou tiene una baja sensibilidad pero altamente específica para lesiones de alto grado no para las lesiones de bajo grado donde goza de una baja especificidad (5)

La detección de enfermedad preinvasora e invasora temprana puede mejorarse por una mayor confiabilidad por métodos de detección alternativos y por técnicas aditivas a la citología que la refuercen (6)

La colposcopia nace en Alemania con la década de los 20 creada por H. Hinselmann, considerando la necesidad de un auxiliar óptico que permitiera identificar de manera temprana las lesiones intraepiteliales escamosas que preceden al cáncer invasor, lo que lo hace un método diagnóstico de apoyo en el estudio integral de la paciente portadora de citología cervical anormal (7)

La colposcopia permite localizar lesiones o excluir su existencia, dirigiendo de este modo la biopsia hacia otros sectores (endocervix, endometrio etc.) efectuar una extracción bajo observación, diferenciar una lesión infiltrante todavía circunscrita de una lesión solamente atípica, una displasia de una lesión benigna o inflamatoria, determinando de este modo una elevada exactitud diagnóstica a través de la biopsia (8)

Aprovechando el contacto con el laboratorio de histopatología es recomendable hacer grupos de lesiones de bajo y alto grado, atipias escamosas y glandulares limítrofes, diagnosticadas por medio de biopsia, como cervical o histerotomía, así como investigar los historiales citológicos de las pacientes, esto como estrategia para elevar la calidad y

homogeneizar criterios entre el personal de los laboratorios de citología e histopatología
(9)

La histerectomía fue durante muchos años el tratamiento de elección para el carcinoma in situ del cuello uterino. En la década de los 60 se introduce la conización con bisturí frío y a mediados de los 70 los tratamientos conservadores, no es hasta la década de los 80s que se emplean estos tratamientos según el sitio y no la gravedad de la lesión. a mediados de la misma década la conización con láser y por último el LEEP (loop electrosurgical escisión procedure) llamado también procedimiento de ASA diatérmica.

El Asa diatérmica fue introducida en Francia en los primeros años de la década de los 40 por Palmer para la escisión de pólipos cervicales, después fue utilizada ampliamente por Ocupes y Cartier para la toma de muestras de transformación atípica en lugar de la biopsia, siendo las ventajas de este procedimiento numerosas con limitadas desventajas
(10)

Algunos autores han demostrado una mayor exactitud en el diagnóstico de NIC (neoplasia intraepitelial cervical) mediante la escisión con ASA respecto a las biopsias obtenidas por punción directa mediante colposcopia. La principal ventaja del LEEP es poder efectuar el diagnóstico y el tratamiento en una única sesión "ver y tratar" (11)

Hay varios argumentos que apoyan el uso de la técnica de LEEP de ver y tratar para la valoración y tratamiento de un frotis de papanicolaou muy anormal. En primer lugar se ha demostrado que el papanicolaou y las biopsias dirigidas por colposcopia son malos estudios de predicción del estado real de la displasia subyacente.

Una adecuada biopsia cervical debe incluir epitelio escamoso y algo de estroma subyacente, además en el caso de las biopsias cervicales, para que una interpretación negativa sea considerada adecuada debe contar además con zona de transformación.

Todos los datos creíbles a la fecha apoyan la aseveración de que el LEEP tiene tanto éxito para la extirpación de lesiones precancerosas cervicouterinas con la misma tasa de recurrencia (menos del 5%) como la correspondiente al cono con bisturí.

Las pacientes en las que se desarrolla una displasia cervicouterina de alto grado tiene la posibilidad de avance a cáncer en más de un 30% y son aquellas pacientes con barreras socioeconómicas, culturales y de educación que impide la instalación muchas veces de tratamientos inadecuados y de seguimiento, por lo que se han realizado protocolos de valoración y tratamientos tradicionales en donde el método de ver puede ofrecer ahorros monetarios además de mejores resultados en el tratamiento sobre todo en este tipo de pacientes en comparación con protocolos tradicionales acostumbrados.(12)

En México como en otros países en desarrollo en cáncer cervicouterino persiste como un problema grave de salud pública, pese a grandes esfuerzos, los programas de tamizaje como los diseños implantados en Latinoamérica han tenido un éxito limitado.

No se ha podido demostrar en la mayoría de las poblaciones que el mejoramiento de los programas de tamizaje basados en la citología únicamente, disminuya la mortalidad por cáncer cervical como consecuencia de la implementación de dichos programas

El empleo de la citología como medio para sustentar un diagnóstico ya no es válido hoy día, por lo que la colposcopia debe emplearse como método de elección para la identificación, localización y extensión de las lesiones.

El estudio histopatológico continúa siendo el estándar de oro en el diagnóstico de las lesiones identificadas por colposcopia.

Se conoce que el cono cervical es el procedimiento de elección en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino ofreciendo el 100% de curación en las lesiones intraepiteliales con bordes quirúrgicos libres; con bordes quirúrgicos afectados disminuye la eficacia de curación y aumenta el riesgo de recidiva.

Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad imperante de reforzar las acciones de prevención y detección oportuna a través de nuevas metodologías sistematizadas de detección más específica para homologar criterios, dando así una respuesta inmediata a las necesidades institucionales en relación a costos – beneficio de atención mejorando así la calidad en la atención de la derechohabiente.

OBJETIVOS

Objetivo general

Implementar una metodología sistematizada altamente efectiva y de bajo costo que facilite el manejo integral de la paciente con lesiones premalignas y malignas del cervix

Objetivos específicos

Analizar la correlación de los hallazgos citológicos, colposcòpicos e histopatológicos de lesiones premalignas y malignas del cervix

Determinar el riesgo de recidiva mediante colposcopia de control a 6 meses posteriores al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de investigación: se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional, de corte longitudinal analizando los resultados citológicos colposcòpicos e histopatológicos de todas las lesiones premalignas y malignas del cervix observadas en las pacientes de las clínicas de displasias del HGRIZ así como los conos diagnòsticos terapéuticos y las piezas quirúrgicas (utero) obtenidas de las hysterectomías realizados en dicha unidad.

Grupo de estudio: 264 pacientes que acudieron a la clínica de displasias del HGRIZ de enero del 2003 a enero del 2004 que presentaron en su expediente los estudios de citología cervical, colposcopia y estudio histopatológico.

Criterios de inclusión: se incluyeron a todas las pacientes que presentaron los 3 estudios básicos antes mencionados así como el tratamiento instaurado en ellas y el control a 6 meses posteriores al mismo

Criterios de eliminación: pacientes que no contaron con resultados por escrito de cualquiera de los 3 estudios antes citados o que no completaron el protocolo de atención o dejaron de asistir al control colposcòpico subsecuente.

Se revisaron los expedientes de las 264 pacientes de la clínica de displasias que reunieron los criterios de inclusión propuestos en este protocolo en los que se identificaron los factores de riesgo encontrados en sus expedientes.

Se interpretaron y clasificaron los resultados de estudios citológicos provenientes de las unidades de medicina familiar de estas pacientes. La colposcopia así como los conos diagnósticos y terapéuticos se realizaron y fueron interpretados por el personal médico calificado de la clínica de displasias del HRGIZ. Los reportes de patología fueron detallados y firmados por el patólogo responsable de la unidad. Se correlacionaron los diagnósticos encontrados en cada uno de los estudios mencionados.

Para el estudio de colposcopia se empleo un sistema de lentes de 6 aumentos con sistema de filtro verde marca Leyca. Los conos se realizaron con equipo para ASA diatérmica.

Se empleó una cédula de recolección de datos para recabar la información necesaria para este protocolo (anexo 1)

Se analizaron los resultados diagnósticos , correlacionando los hallazgos de citología y colposcopia con los obtenidos en los reportes de histopatología así como el tratamiento final instalado en estas pacientes con el control colposcópico a 6 meses posteriores al mismo.

De los resultados obtenidos se calculo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del papanicolaou y colposcopia, en comparación con el resultado de histopatología.

RESULTADOS

Se revisaron los 264 expedientes de las pacientes que completaron el protocolo descrito observando lo siguiente:

La edad de las pacientes en estudio fue de los 19 a 81 años siendo el grupo de edad que con mayor frecuencia acudió a la clínica de displasias el del 41-50 años, siendo un total de 132 pacientes (50%) ver tabla 1.

Analizando factores de riesgo mas frecuentemente observados en la historia clínica se obtuvo que 140 pacientes iniciaron su vida sexual entre los 16 y 20 años de edad (53%) y que el número de compañeros sexuales mas frecuentemente referido, por 124 pacientes fue uno (46.9%), mientras que 92 pacientes tuvieron tres o mas compañeros sexuales (34.7) ver tabla 2 y 3

152 pacientes de la población en estudio tuvieron un promedio de entre tres y cinco gestaciones (57.5%). tabla 4

El tabaquismo estuvo presente en el 31.3% de los casos (85 pacientes) y el 46% de la población alcanzo un nivel técnico de educación (121 pacientes), mientras que un 35.3% de ellas no termino la primaria (93 pacientes). tabla 5 y 6

Al analizar los resultados de los diferentes estudios realizados observamos que el diagnóstico más frecuentemente encontrado en el estudio citológico fueron las alteraciones inflamatorias inespecíficas, presente en 160 pacientes (60%) tabla 7

Mientras que por colposcopia el diagnóstico más frecuentemente fue la IVPH con un total de 140 pacientes (53.3%).

En el reporte histopatológico de todas las lesiones enviadas a patología se observó que el diagnóstico más común fue la IVPH presente en 180 pacientes (68.1%). tabla 9

En cuanto a los tratamientos instaurados se realizaron 36 histerectomías el 100% de ellas no presentaron alteraciones en la vaginoscopia. Se realizaron 189 Asas de las cuales 41 pacientes tuvieron IVPH recidivante (21.6%), pero 85 pacientes (44.9 %) de la población en estudio no presentó alteración alguna en el control a seis meses posterior al tratamiento. tabla 10,11 y 12

Se calculó la sensibilidad y especificidad, así como el valor predictivo positivo y negativo para las pruebas de papanicolaou y colposcopia, comparados cada uno de ellos con el estandar de oror que continúa siendo la colposcopia encontrando que: el papanicolaou obtuvo una sensibilidad del 21% con una especificidad del 75%, con un valor predictivo positivo del 73% y un valor predictivo negativo del 11%. En cuanto a la colposcopia se refiere encontramos que la sensibilidad y especificidad de este estudio fue mucho mayor. con una sensibilidad del 87% y especificidad del 55% con un valor predictivo positivo del 86% y un valor predictivo negativo del 98%.

DISCUSIÓN

Toda mujer que inicia su vida sexual activa debe contar por lo menos con un papanicolaou anual, pero este no debe ser tomado como estudio único para el diagnóstico definitivo, ya que ha demostrado tener una baja sensibilidad y especificidad para las lesiones de bajo grado, como lo observamos en los resultados descritos en el estudio. La colposcopia también ha demostrado tener una alta sensibilidad pero baja especificidad en estudios realizados en poblaciones similares a la nuestra tal es el caso del realizado por el Dr Flores G y cols en la ciudad de Monterrey durante el foro regional llevado a cabo en octubre del 2002

La colposcopia deberá ser un método diagnóstico auxiliar que marque la pauta para el seguimiento posterior en la paciente, siendo el estudio histopatológico el que confirme el diagnóstico.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, proponemos la siguiente guía técnica para el manejo de las pacientes con lesiones premalignas y malignas del cervix:

Paciente con papanicolaou positivo deberá ser referida a una unidad de displasias independientemente de los factores de riesgo presentes en ellas, si el papanicolaou es negativo se tomarán en cuenta los factores de riesgo para su referencia siendo las pacientes con riesgo elevado quienes deberán acudir a una unidad de displasia, una vez realizada la colposcopia si esta es positiva deberá tomarse una biopsia dirigida si la colposcopia es negativa deberá repetirse la misma en un año si los factores de riesgo en

nuestra paciente son elevados. Si la paciente presenta un factor de riesgo bajo podrá enviarse a una unidad de segundo nivel para controles citológicos anuales.

Si la biopsia tomada bajo visión colposcópica es positiva deberá realizarse un cono diagnóstico terapéutico si el reporte de patología denota bordes quirúrgicos libres de lesión la paciente deberá acudir a controles anuales por colposcopia si los bordes quirúrgicos están tomados la paciente será candidata a histerectomía (ver anexo 2).

CONCLUSIONES

El empleo de la citología cervical como único medio para sustentar un diagnóstico hoy en día es obsoleto, por lo que estudios complementarios tales como la colposcopia siguen siendo prioritarios.

El estudio Histopatológico continua siendo el estándar de oro en el diagnóstico definitivo de las lesiones premalignas y malignas del cervix y debe ser primordial para la toma de decisiones en cuanto al mejor manejo a instaurar.

Los factores de riesgo deberán ser analizados y tomados en cuenta no solo con fines pronósticos si ni como parte importante en el tipo de seguimiento que se le debe dar a estas pacientes.

Al correlacionar los resultados de los diferentes estudios observamos que la colposcopia es mucho mas especifica que la citología para la detección de lesiones de bajo grado las cuales son un factor de riesgo definitivo para el desarrollo de Ca Cu. tal es el caso de la IVPH la cual fue mayormente observada bajo visión colposcópica no siendo así por papanicolaou (corroborando el diagnóstico a través del histopatológico) por lo que todo paciente con factores de riesgo elevado a pesar de un papanicolaou negativo deberá ser siempre respaldada mediante colposcopia como estudio complementario.

En cuanto al tipo de tratamiento, se observo que las pacientes con baja frecuencia de recidivas posterior al ASA lo presentaron aquellas en las que los reportes histopatológicos nombraban bordes quirúrgicos libres, teniendo así el mismo valor curativo que la histerectomía de acuerdo al tipo de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De Palo G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Segunda edición Argentina Panamerica, 1998
- 2.- Atlas de patología cervical 1era. Edición México 1999
- 3.- Salud publica de México Vol. 45 Suplemento 3. 2003
- 4.- Mulligan N.J. Percetages of cervical cytologic diagnosis as quality assurance meted. Acta Cytol. 1998
- 5.- Spitzer M. Cervical screning adjuncts recetes advances Am J Obstetric Gynecol 1998;179 (2)
- 6.- M. Perovic MD et al Correlation between atypical colposcopy findings and detection of HPV infection of the uterine cervix Eur J. Gynecol XXIII n 1 2002
- 7.- 21ª international conferencePVH and clinical Workshp 2004 program final
- 8.- Montanari. G.R. Stefanon. B. Estudio citológico y biopsia en colposcopia y patología del tracto genital inferior . Madrid: Mosby / Doyma 1992
- 9.- Gay JD, Donnaldson LD, Goellner JR. 1985 False – negative results in cervical cytologic studies. Acta Cytol 29
- 10.- Body. G. Descamps, Ph Lansac. J y col. Neoplasies intraepitheliales du col. Editions Techniques Vol 1 No.4
- 11.- Solomon D: 1988. The Bethesda system for reporting cervical / vaginal cytologic diagnosis. The journal of clinical cytology and cytopathology 33: 5
- 12.- Flores G, y cols. Revista de Salud pública y nutrición. Foro Regional de investigación en salud del IMSS. Mty N.L. Octubre 2002
- 13.- ACCP. Pap smears: an important but imperfect method cervical cancer prevention Fac. sheet no. 5 Rockville. MD. (January 1999)

ANEXOS

TABLA 1**Edad de las pacientes de la población en estudio**

Distribución de la muestra según edad		
Edad	Número	Porcentaje
19 – 30 años	32	12.12
31 – 40 años	24	9.09
41 – 50 años	132	50.00
51 – 60 años	60	22.72
61 – 70 años	12	4.54
mas de 71 años	4	1.51
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE

TABLA 2

Inicio de la vida sexual activa en las mujeres estudiadas

Inicio de vida sexual activa		
Edad	Número	Porcentaje
12 a 15 años	80	30.30
16 a 20 años	140	53.03
mas de 20 años	44	16.66
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

TABLA 3

Número de compañeros sexuales en las mujeres del estudio

Número de compañeros sexuales		
	Número	Porcentaje
Un compañero	124	46.96
Dos compañeros	48	18.18
Tres compañeros	72	27.27
mas de tres	20	7.57
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSIE.

TABLA 4**Gestaciones presentes en las mujeres estudiadas**

Número de gestaciones		
Gestaciones	Número	Porcentaje
0 a 2	55	20.8
3 a 5	152	57.5
6 a 8	41	15.5
mas de 8	16	6.0
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

TABLA 5
Hábito tabáquico presente en la población en estudio

Tabaquismo		
Tabaquismo	Número	Porcentaje
Positivo	85	31.3
Negativo	179	68.7
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE

TABLA 6**Escolaridad de las pacientes en estudio**

Escolaridad		
Escolaridad	Número	Porcentaje
Nula	17	6,3
Primaria Incompleta	93	35,3
N. Técnico	121	46
Universitario	33	12,4
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE.

Tabla 7
Correlación de los resultados encontrados en los estudios
citológicos e histopatológicos

Correlación entre los resultados citológicos e histopatológicos				
Diagnostico	Citología		Histopatología	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
A. I. I.	160	60	48	18,18
V.P.H.	44	16,6	180	68,18
N.I.C.	44	16,6	12	4,54
Ca Cu	16	6	24	9
Total	264	100	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

TABLA 8
Correlación de los resultados obtenidos mediante
colposcopia e histopatología

Correlación entre los resultados de colposcopia e				
histopatología				
Diagnostico	Colposcopia		Histopatología	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
A. I. I.	27	10.2	48	18.18
V.P.H.	140	53	180	68.18
N.I.C.	81	30.6	12	4.54
Ca Cu	16	6	24	9
Total	264	100	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE

TABLA 9
Correlación de los resultados obtenidos mediante citología, colposcopia e
histopatología

Diagnostico	Correlación entre los resultados citológicos colposcòpicos e histopatològicos					
	Citología		Histopatología		Colposcopia	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
A. I. I.	160	60	48	18.18	27	10.2
V.P.H.	44	16.6	180	68.18	140	53
N.I.C.	44	16.6	12	4.54	81	30.6
Ca Cu	16	6	24	9	16	6
Total	264	100	264	100	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE

TABLA 10
Tratamientos instaurados en la población en estudio

Tratamientos instaurados		
	Número	Porcentaje
HTA	36	13,6
ASA	189	71,5
Medico-Farmacológico	39	14,7
Total	264	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSS III.

TABLA 11

Control colposcópico posterior a 6 meses de la histerectomía

Control colposcópico post histerectomía		
Diagnostico	Número	Porcentaje
A.LI	0	0
IVPH	0	0
NIC	0	0
Ca Cu	0	0
Sin alteraciones	36	100
Total	36	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE.

TABLA 12
Control colposcópico a los 6 meses posteriores al Asa

Control colposcópico post ASA		
Diagnóstico	Número	Porcentaje
A.I.I	63	33,3
IVPH	41	15,5
NIC	0	0
Ca Cu	0	0
Sin alteraciones	85	44,9
Total	189	100

Fuente: Archivo Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE.

CUADRO 1

Clasificación de Papanicolaou

Clase I: Dentro de límites normales respecto al cáncer cervicouterino

Clase II: Compatible con un proceso inflamatorio

Clase III: Sospecha de cáncer

Clase IV: Carcinoma in situ

Clase V: Carcinoma invasor

CUADRO 2

Clasificación del sistema de Bethesda

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado: cambios celulares asociados con IVPH y con displasia leve: NIC I

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado: Cambios celulares que sugieren displasia moderada o severa así como Ca Cu in situ: NIC II y NIC III

CUADRO 3

Clasificación de Richard

NIC I: Displasia leve

NIC II: Displasia moderada

NIC III: Displasia severa

Anexo 1

Cedula para recolección de datos

Cedula número _____

Edad _____

Escolaridad _____

Inicio de vida sexual _____

Número de compañeros sexuales

Gestas _____

Tabaquismo _____

Diagnósticos

Citológico _____

Colposcópico _____

Histopatológico _____

Tratamientos

ASA _____

Histerectomía _____

Medico farmacológico _____

Control colposcópico

6 meses

A.I.I. _____

IVPH _____

NIC _____

Sin alteraciones _____

Anexo 2

Guía técnica del manejo integral de la paciente con lesiones premalignas y malignas de cervix

