

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL “DR. GONZALO CASTAÑEDA”

ISSSTE

**RECURRENCIA DE LESION ESCAMOSA
INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO POSTERIOR
A TRATAMIENTO CON CRIOCIRUGIA VS
ELECTROCIRUGIA CON ASA DIATERMICA**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
DRA. MARIA BEATRIZ LAZCANO ESTRADA**

**ASESOR DE TESIS
DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ**

MEXICO 2010

FOLIO 3322010



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. UBALDO HERRADA ORTEGA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL “DR. GONZALO
CASTAÑEDA” ISSSTE**

**DR. JUAN R. AGRAZ SANCHEZ REBOLLO
SUBDIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL GENERAL “DR.
GONZALO CASTAÑEDA”. ISSSTE**

DR. CARLOS JIMENEZ ARIAS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL H. G.
“DR. GONZALO CASTAÑEDA” ISSSTE”

DRA. ALMA BRISEIDA ARAGON SANTOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOOBSTETRICIA

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE GINECOOBSTETRICIA
Y ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica:

Definitivamente a ti mi **DIOS**, por poner en mi camino a personas maravillosas y por las bendiciones y regalos que recibo día tras día.

Gracias por darme todo lo que tengo y no dejarme caer nunca, porque siempre me pones los medios para salir adelante.

Siempre sabes el cuando y porque.

A mi porción de cielo que bajó hasta acá para hacerme la mujer más feliz y realizada del mundo, gracias porque nunca pensé que de tan pequeño cuerpecito emanara tanta fuerza y entusiasmo para sacar adelante a alguien.

TE ADORO HIJO.

Con todo mi cariño para ti **GUSTAVO ARMANDO**, por la hermosa sonrisa que me regalas todos los días, porque me llenas la vida en todo momento y ocupas el lugar más importante en mi vida.

Un profundo agradecimiento **A MIS PADRES**, por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida, pero sobre todo en la decisión más importante de mi vida.

Gracias madre por todo tu apoyo y esfuerzo, sin tu ayuda me hubiera sido imposible culminar este sueño.

Gracias por ser los mejores, porque sin ellos y sus enseñanzas no estaría aquí ni sería quien soy ahora

A mi hermano **SERGIO**, por sus consejos y palabras de aliento en los momentos más difíciles. Gracias por tu ejemplo de calidad humana y por apoyarme siempre que lo necesito. Además de ser un buen amigo eres la mejor compañía.

A mi Asesor de Tesis y profesor, **DR. ALANIZ**

Gracias por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino de 4 años que hoy culmina con el presente proyecto, por compartir su conocimiento conmigo y sobre todo por su paciencia y su amor incondicional a la enseñanza y a la investigación.

Solo se que este camino es solo el comienzo de una gran historia de virtudes y gracias para mi y mi familia, para así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Muchas gracias.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	6
RESUMEN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
ANTECEDENTES, MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	10
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	14
HIPOTESIS	15
JUSTIFICACION	16
DISEÑO METODOLOGICO	17
RESULTADOS	20
ANALISIS Y DISCUSION	32
CONCLUSIONES	35
ANEXOS	36
ABREVIATURAS	39
GLOSARIO	40
BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud se ha preocupado en detener la epidemia de cáncer cérvico uterino en el mundo ya que es el segundo tipo de cáncer como causa de muerte en la población femenina. (1,19)

El 80% de los casos ocurren en regiones de bajos recursos. (1, 3, 5, 19)

En México el cáncer cérvico uterino es actualmente la segunda causa de defunción por neoplasias malignas particularmente en mujeres de 25 a 64 años. En el 2006 se registraron 4,114 muertes por esta causa. (1, 19)

Las entidades federativas de la República Mexicana con más defunciones reportadas son: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Puebla, Jalisco, Chiapas, Yucatán, Oaxaca, Morelos y San Luís Potosí. (19)

Para controlar esta enfermedad se calcula un costo de miles de millones de dólares anualmente, por lo que representa un gran compromiso del área médica.

La mayoría de los programas de tamizaje en 2010 son exitosos, se basan en la citología cervical, seguida de diagnóstico colposcópico y biopsia. (1)

El virus del papiloma humano (VPH), es el virus más común de transmisión sexual, por lo que es considerado un enorme problema de salud pública y esta bien documentado como el virus que causa el cáncer cervical y verrugas genitales en mujeres. (3)

Ya que el cáncer de cuello uterino generalmente se desarrolla lentamente durante décadas, las repetitivas rondas de cribado permiten detectar lesiones precancerosas, y estas se pueden tratar más fácilmente, cuando son de etapas iniciales, como lo es la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG).(1)

Se ha demostrado que tanto los cánceres invasores como las lesiones precursoras, están asociadas en un alto porcentaje de casos con la presencia de virus del papiloma humano (VPH).

La mayor parte de estas infecciones se resuelve de forma espontánea (60%) y sin consecuencias, el 30% recurren, el 10% progresan y solo el 1% avanzan a carcinoma invasor. (1, 5, 19)

Se cree que existen ciertos factores de riesgo de comportamiento y biológicos para desarrollar el LEIBG, lo que sugiere que el VPH por sí sola no es suficiente para el desarrollo de LEIBG (2)

Pero se cree que la infección por el VPH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de LEIBG. (2)

Ya que no hay contraindicaciones evidentes en las lesiones iniciales pueden ser tratados con tratamientos conservadores como la crioterapia o la escisión con asa diatérmica. (1, 6)

Sin embargo, la enfermedad residual después de la conización o la crioterapia se encuentra en 23-34% de los pacientes que posteriormente se someten a histerectomía debido a la persistencia de dichas lesiones. (6)

En un futuro, inevitablemente los programas dependerán de la vacunación y en mucho menor grado de la detección, esto con la finalidad de realizar con menor frecuencia tratamientos innecesarios, esto si nos enfocamos mucho más a evitar la aparición de lesiones precancerosas, en lugar de tratarlas. (3)

RESUMEN

OBJETIVO

Comparar la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado posterior al tratamiento con crioterapia y con electrocirugía con asa diatérmica

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 120 expedientes de pacientes con edades de entre 20 a 85 años a quienes se les realizó tratamiento en el cuello del útero, ya sea con crioterapia o con escisión con asa diatérmica, previo diagnóstico citológico y/o colposcópico de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y confirmado por medio de estudio histopatológico de la biopsia de cervix, del servicio de Clínica de Displasias, en pacientes del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE de entre Julio 2008 a Julio del 2009.

De las 120 pacientes se formaron dos grupos, 60 pacientes (50%) se les realizó tratamiento con crioterapia, las otras 60 pacientes (50%) se les realizó tratamiento con electrocirugía con asa diatérmica, se les realizó control citológico y colposcópico postratamiento a 4 meses, esto para observar el porcentaje de recurrencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado con uno u otro tratamiento.

RESULTADOS

Del grupo de pacientes postratamiento con crioterapia, encontramos una recurrencia de 13 pacientes (21.6 %); de estas pacientes 1 (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

A otra paciente (1.6 %) se le realizó HTA por VPH recurrente. Y las 11 pacientes restantes (18.3 %) se les realizó posteriormente electrocirugía con asa diatérmica por VPH recurrente.

En este grupo encontramos que 7 pacientes no fumadoras (11.6 %) tuvieron mayor recurrencia, que las pacientes con antecedente de tabaquismo, de estas recurriendo solo 6 pacientes (10 %).

En cuanto a la edad promedio fue de 33 años, la edad promedio de inicio de vida sexual fue a los 19 años, el número de gestaciones promedio fue de 1.8 gestas; el número de partos si fue mayor la recurrencia en las pacientes con mayor número de partos en comparación con las nuligestas y las pacientes de cesáreas; Por último el promedio para el número de parejas sexuales se encontró en 3

Para el grupo de pacientes postratamiento con electrocirugía con asa diatérmica, encontramos una recurrencia de 12 pacientes (20 %), de estas 6 pacientes (10 %) se les realizó un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente. 1 paciente (1.6 %) se le realizó una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

5 pacientes (8.3 %) se le realizó HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada.

En este grupo encontramos que 7 pacientes no fumadoras (11.6 %) tuvieron mayor recurrencia, que las pacientes con antecedente de tabaquismo, de estas recurriendo solo 5 de las pacientes (8.3 %).

En cuanto a la edad promedio fue de 44 años, la edad promedio de inicio de vida sexual fue a los 22 años, el número de gestaciones promedio fue de 2.25, mientras que las pacientes con mayor número de partos tuvieron mayor porcentaje de recurrencia que las pacientes nuligestas o de cesáreas. Por último el promedio para el número de parejas sexuales se encontró en 2.5

CONCLUSIONES

De nuestro grupo de 120 pacientes en donde la población contaba con las características de edad promedio de 38.5 años, con extremos de 20 y 85. Se analizaron varios factores de riesgo como la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de gestaciones, vía de resolución de la gestación, el número de parejas sexuales y los hábitos tabaquitos, encontrando que la recurrencia de Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado posterior a conización por electrocirugía fue de 12 de 60 pacientes (20 %) y para

La recurrencia de Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado posterior a la crioterapia fue de 13 de 60 pacientes (21.6 %).

Por lo que la recurrencia a 4 meses posterior al tratamiento, analizando todos los factores de riesgo fue mayor con la crioterapia, incluso realizándose posteriormente en un segundo tiempo conización cervical como tratamiento, por recurrencia de la lesión (11 pacientes, 18.3 %), por lo que sugerimos que este tipo de tratamiento no supero a la conización con asa diatérmica.

PALABRAS CLAVE

lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, crioterapia cervical, electrocirugía con asa diatérmica

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Comparar la recurrencia en el cervix uterino de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado posterior al tratamiento con crioterapia y con electrocirugía con asa diatérmica

ANTECEDENTES: MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

La causa subyacente primaria de cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual se transmite por contacto sexual.

En la actualidad existen más de 80 tipos de VPH, de los cuales 30 son considerados de riesgo para cáncer cervico uterino y pueden subclasificarse como de alto, moderado y bajo riesgo, según el tipo:

Alto riesgo 16,18, 31,33, 35, 39, 45,51,52,56,58,59,68,73 y 82.

Moderado riesgo 26, 53 y 66.

Bajo riesgo 6, 11, 40,42, 43, 44,54, 61, 70,72 y 81.

De los distintos tipos de VPH, El VPH 16 se considera el más importante causante de neoplasia intraepitelial grado III (NIC III).

El Virus del papiloma humano 18 es el causante en segundo término de importancia. (1,4)

La infección por VPH clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por VPH se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva y es un fenómeno transitorio o intermitente; sólo a una pequeña proporción de mujeres positivas para un determinado tipo de VPH se le encuentra el mismo tipo en especímenes posteriores. (1,2,4)

La zona de transformación del cuello uterino juega un punto importante en relación a que es propensa a adquirir la infección del VPH, esto es debido a que aquí se encuentra dos tipos diferentes de epitelio: el escamoso, que sustituye poco a poco a epitelio endocervical o glandular (metaplasia escamosa). Lo que hace de la zona e transformación que sea inestable y por lo tanto labil ante cualquier infección.

Aunque las infecciones de VPH son muy comunes en los sitios de los genitales como la vagina, pene y la vulva, las tasas de cáncer inducido por el VPH son mucho menor debido a la falta de zona de transformación en sus epitelios. (2,4)

Transmisión del VPH e Historia Natural

La infección del virus del papiloma humano se transmite fácilmente, y no hay evidencia de interacciones, cada infección parece ser separada, es decir una mujer puede adquirir varias infecciones por VPH en el mismo o diferentes eventos sexuales. (1,2,4)

Puesto que la transmisión es por contacto directo (es decir, sexual), el pico de incidencia en la población está en los jóvenes El uso del preservativo es sólo una parte de la protección, ya que incluso cuando se utiliza a conciencia, puede hacer infección porque toda la piel anogenital pueden ser infectante incluyendo el escroto, el perineo y otras superficies no cubiertas por el condón.(1,4,)

El riesgo de NIE subsecuente es proporcional al número de especímenes positivos para VPH, lo que sugiere que el desarrollo carcinogénico resulta de infecciones persistentes.

En la comprensión del rol de factores de riesgo, algunos influirán en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos de VPH, o el de factores coexistentes que mediarían la progresión de los grados de lesión. Entre éstos tenemos: tabaquismo, polimorfismo del HLA o del gen p53, uso de anticonceptivos orales, paridad, otras ETS, y déficit nutricionales. (1)

No se sabe a bien el papel del tabaco, pero se cree que contiene muchos elementos cancerígenos.

El riesgo de padecer cáncer de cervix se incrementa de 5 a 10 veces en la paciente fumadora, independientemente de su conducta sexual, se dice que la nicotina estimula la entrada de virus mutágeno.

Un cancerígeno del tabaco llamado NNK puede ser encontrado en altas concentraciones en el moco cervical de mujeres fumadoras, ya que altera el sistema inmune local del cervix

En cuanto a la multiparidad se sabe que hay un trauma directo en el cuello del utero, por lo que hay una respuesta celular a la infección por VPH, como resultado de la expresión de proteínas específicas del virus que interactúan con el anfitrión de las estructuras del citoesqueleto y las células inducen proliferación (2). Es mas frecuente en las mujeres que han tenido hijos y que son menores de 50 años y es mas frecuente en múltiparas que en nuliparas.

La edad de inicio de Vida sexual se encontró que es la variable con mayor correlación clínica. El grupo de pacientes de entre 15 y 17 años tenia el doble de incidencia, que quienes iniciaban el coito a los 37 años no presentaban ningún caso.

Las múltiples parejas sexuales esta estrechamente relacionado pero es difícil cuantificarla por la falta de unificación del criterio de promiscuidad

La infección por VPH a edades más avanzadas puede ser debido a transmisión reciente de nuevas parejas sexuales o de su misma pareja o puedan suponer la reactivación de latencia, tal vez debido a una inmunodepresión.

Lo más importante de los casos de NIC III y cáncer cervical que se encuentran en la edad avanzada es por que generalmente, se relacionan con infecciones adquiridas en décadas anteriores.

Un pequeño grupo de infecciones por el VPH recurren abiertamente por muchos años sin producir NIC III, pero esto es el resultado de escasas exposiciones. Es decir menos preinfecciones por el contacto sexual.

El cáncer cérvico uterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras preinvasoras, conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI). Las NIC se dividen en tres grados de 1 a 3 según la gravedad de la alteración en la diferenciación epitelial. (4)

Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado.

Estas lesiones incluyen a la displasia leve y a la NIC1. Hoy en día se ha demostrado que el tiempo de evolución de una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado al cáncer de células escamosas es de 20 años aproximadamente.

El conocimiento del que disponemos sobre la historia natural de la infección por VPH muestra que la infección es muy prevalente en mujeres jóvenes y que

aproximadamente el 60% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado regresaran espontáneamente. En el periodo de 24 meses se estima que el 30% de las lesiones persisten, el 10% progresan a CIN III y de éstos un 1% se transforman en cánceres infiltrantes. (4)

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE I, II y III o carcinoma in situ, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido.

La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%.

Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34% la presencia de anticuerpos contra HPV16 confiere un riesgo 12 veces mayor que el resto de la población de desarrollar cáncer cervicouterino o carcinoma in situ.(2,4)

También se sabe que hay un cambio profundo en las interpretaciones citológico en las mujeres más jóvenes en comparación con los encontrados en mujeres mayores. Al aumentar la edad, hay un mayor porcentaje de interpretaciones citológicas equívocas. La explicación más probable para estos patrones es la atrofia senil del epitelio cervical, debido a la disminución de estrógenos en las mujeres mayores, que pueden reducir la capacidad de las células cervicales para apoyar un estado viral altamente productivo representada por la LEIBG (4)

Sin embargo, la enfermedad residual después de la conización por NIC III y cáncer etapa IA1 se encuentra en 23-34% de los pacientes que posteriormente se someten a histerectomía. (6)

A pesar de que es fundamental para los médicos distinguir entre infección aguda y las lesiones precancerosas, puede ser un reto para definir precáncer cervical clínicamente.

Se sabe que las neoplasias intraepiteliales cervicales sin tratamiento, avanzan al cáncer en un 30% y es por desgracia en mujeres jóvenes aproximadamente en la cuarta década de la vida.

Actualmente, no hay forma de predecir la invasión de un NIC III, no hay importantes factores de riesgo conocidos. Por lo tanto, el NIC III debe tratarse invasivamente y solo manejo expectante, con carácter excepcional en mujeres embarazadas.(4)

Una vez efectuado el diagnóstico por citología, colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales.

En pacientes con LEIBG persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias.(6)

No es posible establecer las indicaciones claras para la elección del método quirúrgico, ya que esto depende de la distribución de las lesiones, su tamaño y la experiencia del cirujano.

La electrocirugía con asa diatérmica consiste en la extirpación de un fragmento de cuello utilizando un electrodo con alambre (existen diferentes tamaños y formas) por el cual corre energía eléctrica de alta frecuencia (radiofrecuencia). Cuando es utilizado por un colposcopista experto, se utiliza la potencia de energía adecuada, la velocidad de corte adecuado, se seleccionan las pacientes con lesiones no muy extensas y da buenos resultados. Si las lesiones son extensas ó el médico no tiene experiencia se puede provocar una hemorragia severa y secuelas porque se reduce de forma importante el volumen del cuello que puede ocasionar incompetencia istmo cervical, lo cual tiene serias repercusiones en la fertilidad de la paciente, si se trata de una paciente joven, (la cantidad de tejido extirpado determina el volumen final del cuello y por tanto el pronóstico en la fertilidad) Durante el procedimiento puede sentir leves molestias por la transmisión de la energía eléctrica a través del cuerpo. Sí el cono es pequeño porque las lesiones son pequeñas y centrales puede dar resultados terapéuticos excelentes.

La crioterapia destruye las capas superficiales del epitelio mediante la cristalización del agua intracelular, produciendo la ruptura física de la célula. Ocurre una destrucción segura del tejido a una temperatura entre -20 a -30 grados centígrados; en la clínica se utiliza oxido nitroso.

En cuanto a las tasas de curación son aceptables con respecto a las lesiones menos graves como la LEIBG

Para el tratamiento de lesiones extensas (que cubren el 75% o más del cuello uterino) o lesiones complicadas por la afección del conducto endocervical, es posible que otro método sea más apropiado.

La crioterapia no parece ser un factor importante que contribuya a la aparición de estenosis cervical después del tratamiento, pero esta asociada a varios efectos colaterales como el flujo vaginal (que dura entre 2 y 4 semanas), debilidad durante el tratamiento o inmediatamente después de este, malestar (dolor o cólico) durante el tratamiento o inmediatamente después de este y manchado o hemorragia leve después del procedimiento.

Las pacientes deben ser seleccionadas adecuadamente ya que el 50% de las pacientes con LEIBG tienen tejido metaplásico y lesiones precancerosas a una profundidad que varía de 5 a 10 mm. Ya que éste tratamiento solo destruye tejido a menos de 5 mm de profundidad y en una superficie no mayor de 2 cm de diámetro, su tasa de éxito puede ser baja y se corre el riesgo de desarrollar un cáncer oculto del cervix.

Sólo debe utilizarse en lesiones displásicas pequeñas de bajo grado como el LEIBG, que tengan una profundidad de menos de 5 mm, para obtener éxito sin riesgos.

Los dos métodos ofrecen una opción segura de tratamiento ambulatorio, sumados a su alta eficacia y seguridad hacen de ellos una tecnología de tratamiento factible apropiada.

OBJETIVO GENERAL

Comparar la recurrencia en el cervix uterino de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado posterior al tratamiento con crioterapia y con electrocirugía con asa diatérmica.

OBJETIVO ESPECIFICO

Comprobar que la electrocirugía con asa diatérmica es más eficaz que la crioterapia en el tratamiento para prevenir la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

HIPOTESIS

La electrocirugía con asa diatérmica es más eficaz que la crioterapia, como tratamiento para prevenir la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

La electrocirugía con asa diatérmica no es más eficaz que la crioterapia, como tratamiento para prevenir la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

La crioterapia es más eficaz que la electrocirugía con asa diatérmica, como tratamiento para prevenir la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

La crioterapia no es más eficaz que la electrocirugía con asa diatérmica, como tratamiento para prevenir la recurrencia de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

JUSTIFICACION

La prevalencia de infección por VPH alrededor del mundo en mujeres va de un 2% a un 44%, más alta entre mujeres jóvenes, decayendo conforme la edad aumenta.

La mayoría de las lesiones leves revierten espontáneamente en individuos inmunocompetentes (Se sabe que más del 70% de las adolescentes sexualmente activas y mujeres jóvenes adquieren una infección por VPH. Sin embargo, la mayoría son transitorias y solo cerca del 25% desarrollan una lesión intraepitelial de bajo grado.

Después solo del 20 a 40% de estas LEIBG progresarán a lesiones intraepiteliales de alto grado LEIAG.

Si el virus permanece en forma latente, una mujer que parece haber tenido una regresión de su infección entre sus visitas de seguimiento estaría aún en riesgo de desarrollar alguna lesión asociada al VPH.

Se ha encontrado que la infección con múltiples tipos virales de VPH está asociada con persistencia.

La recurrencia de la infección por el VPH después de la terapia es difícil de evaluar. Las recurrencias indican un fallo de la terapia para tratar todas las áreas afectadas, resistencia de los virus o re-infección.

La mayoría de las recurrencias ocurren en un plazo de 3 a 6 meses a partir de la fecha de la terapia. Si la enfermedad está presente durante 6 meses a pesar de la aplicación de terapias repetidas, se denomina enfermedad por HPV resistente y persistente.

Por lo que surge la inquietud de comparar diferentes tratamientos en cuanto a su efectividad y así poder reducir el índice de recurrencia en las pacientes, con esto ofreciendo una mejor calidad y atención a las pacientes, así como disminuir al máximo las lesiones precursoras del cáncer cervico uterino.

DISEÑO METODOLOGICO

1. ANALISIS DE DATOS

1. Forma de captura de la información, será en la computadora
2. Forma en que se describirán los datos: se presentarán tablas y gráficas con los datos obtenidos
3. Pruebas estadísticas a utilizar:
 - a) Porcentaje
 - b) Media
 - c) Mediana
 - d) Moda
 - e) Rango
 - f) Limite inferior
 - g) Limite superior

2. CARACTERISTICAS DEL LUGAR EN DONDE SE REALIZARA

El presente estudio se realizara en el servicio de Clínica de Displasias del Hospital general “Dr. Gonzalo Castañeda” del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado.

Se seleccionaron los expedientes de 120 pacientes de entre 13 y 85 años de edad, a quienes se les realizo tratamiento en cuello del utero, ya sea con crioterapia o con escisión con asa diatérmica, previo diagnóstico citológico y/o colposcópico de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y confirmado por medio de estudio histopatológico de la biopsia de cervix, con un control citológico a 4 meses posteriores al tratamiento para observar la curación o recurrencia de la lesión, en el periodo comprendido de entre Julio 2008 a Julio del 2009.

3. TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional

4. VARIABLES MEDIDAS

Tabaquismo, Edad, Edad de inicio de vida sexual, numero de embarazos, numero de partos, numero de parejas sexuales.

5. UNIVERSO DE TRABAJO

Se recabaran 120 expedientes de pacientes con edades comprendidas entre 13 y 85 años, a las cuales se les haya realizado tratamiento en cuello del utero, ya sea con crioterapia o con escisión con asa diatérmica, previo diagnóstico citológico y/o colposcópico de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y confirmado por medio de estudio histopatológico de la biopsia de cervix, que cuenten con control citológico a 4 meses posteriores al tratamiento para poder evaluar la recurrencia de la lesión con uno u otro tratamiento

6. GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes de entre 13 y 85 años de edad
2. Pacientes con Citología positiva para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
3. Pacientes con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado por colposcopia.
4. Pacientes con diagnóstico histológico (biopsia cervical) de Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
5. Que asistan a la consulta externa de Clínica de Displasias de entre Julio 2008 a Julio 2009
6. Pacientes con antecedentes de tratamiento cervical con crioterapia
7. Pacientes con antecedentes de tratamiento cervical con escisión quirúrgica con asa Diatérmica

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes con diagnóstico citológico de Lesión escamosa intraepitelial de alto grado o lesiones de mayor grado.
2. Pacientes con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado o cáncer o cualquier otro grado de lesión por colposcopia.
3. Pacientes con diagnóstico histológico (biopsia cervical) de lesión de alto grado o neoplasia
4. Pacientes embarazadas, uso de esteroides, enfermedades del colágeno.
5. Pacientes de difícil seguimiento.
6. Pacientes con estenosis cervical.

7. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El protocolo del estudio respeto los preceptos éticos y contó con aprobación institucional; por ser un estudio basado en registros clínicos no se requirió consentimiento informado de las pacientes y se protegió la confidencialidad de las pacientes incluidas en este estudio

8. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

a) RECURSOS HUMANOS

Personal de biblioteca para ayuda en la búsqueda de información bibliográfica
 Personal de archivo clínico para la búsqueda de expedientes clínicos
 Personal médico (investigador y asesor) para la captura de datos y el procesamiento de la información capturada.

b) RECURSOS FISICOS

Expedientes clínicos
 Computadora personal Laptop
 Discos
 Impresora y papelería para la información escrita

c) RECURSOS FINANCIEROS

Consulta externa	\$ 632
Consulta subsecuente	\$ 390
Papanicolaou y colposcopia	\$ 400
Biopsia de cervix	\$ 670
Crioterapia	\$ 4,120
Electrocirugía con asa diatérmica	\$ 3,330
Reporte histopatológico	\$ 250

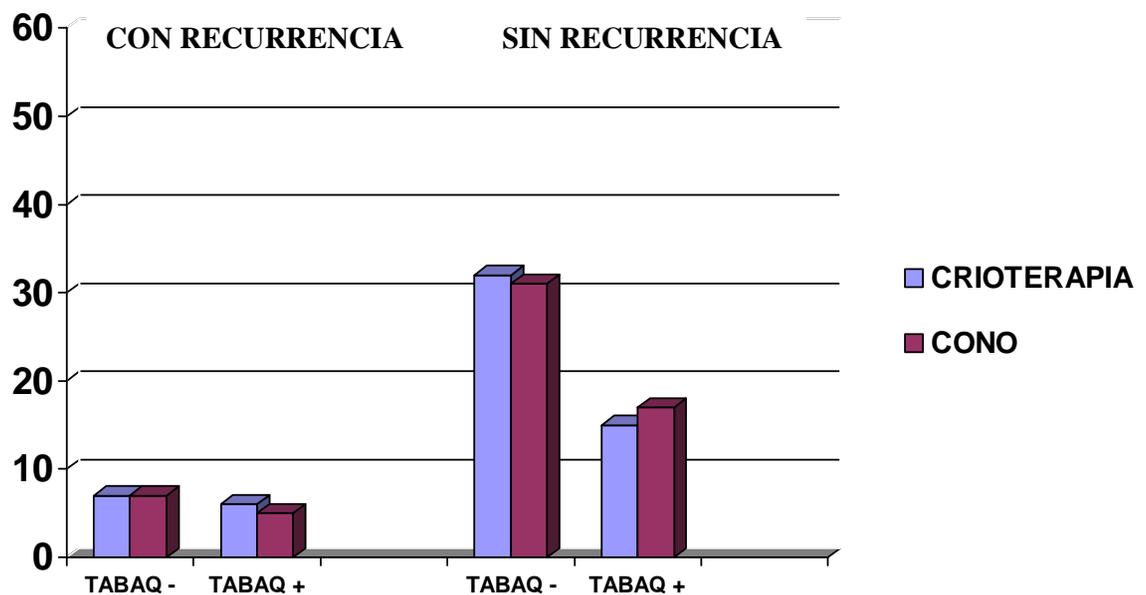
Costo por paciente tratada con **Crioterapia** es de **\$ 6462.00** por primer tratamiento, sin recurrencias.

Costo por paciente tratada con **Electrocirugía con asa diatérmica** es de **\$ 5672.00** por primer tratamiento, sin recurrencias.

RESULTADOS

RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA Y ELECTROCIRUGIA CON ASA DIATERMICA CON ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

	CRIOTERAPIA		CONIZACION	
	CON RECURRENC IA	SIN RECURREN CIA	CON RECURREN CIA	SIN RECURRENC IA
TABAQUISMO NEGADO	7 (11.6 %)	32 (53.3 %)	7 (11.6 %)	31 (51.6 %)
TABAQUISMO POSITIVO	6 (10 %)	15 (25 %)	5 (8.3 %)	17 (28.6 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



Del grupo de pacientes con crioterapia, 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizo HTA por VPH recurrente.

Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizo posteriormente electrocirugia con asa diatérmica por VPH recurrente.

En este grupo encontramos que 7 pacientes no fumadoras (11.6 %) tuvieron mayor recurrencia, que las pacientes con antecedente de tabaquismo, de estas recurriendo solo 6 pacientes (10 %).

Del grupo de pacientes con electrocirugía con asa diatérmica, 12 (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizo un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente. 1 paciente (1.6 %) se le realizo una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

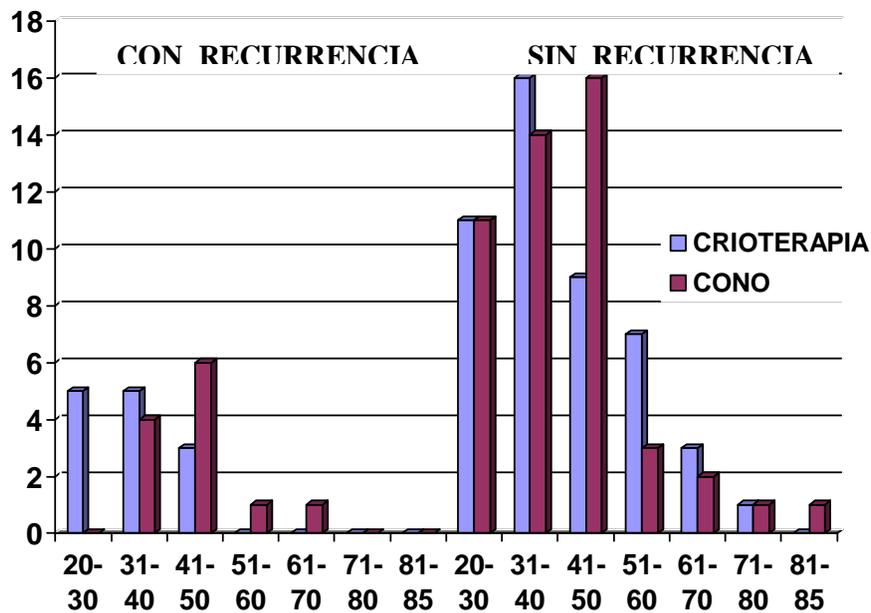
5 pacientes (8.3 %) se le realizo HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada.

En este grupo encontramos que 7 pacientes no fumadoras (11.6 %) tuvieron mayor recurrencia, que las pacientes con antecedente de tabaquismo, de estas recurriendo solo 5 pacientes (8.3 %).

En este grupo de pacientes no se pueden sacar las medidas de tendencia central ya que el tabaquismo no es una variable cuantitativa, solo la medimos como la presencia o la ausencia de la variable.

**RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON
CRIOTERAPIA Y CONIZACION DE ACUERDO A GRUPOS DE
EDAD**

GRUPOS DE EDAD	CRIOTERAPIA		CONIZACION	
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA
20 – 30	5 (8.3 %)	11 (18.3 %)	0 %	11 (18.3 %)
31 – 40	5 (8.3 %)	16 (26.6 %)	4 (6.6 %)	14 (23.3 %)
41 - 50	3 (5 %)	9 (15 %)	6 (10 %)	16 (26.5 %)
51 – 60	0 %	7 (11.6 %)	1 (1.6 %)	3 (5 %)
61 - 70	0 %	3 (5 %)	1 (1.6 %)	2 (3.3 %)
71 – 80	0 %	1 (1.6 %)	0 %	1 (1.6 %)
81 - 85	0 %	0 %	0 %	1 (1.6 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



Del grupo de crioterapia, 13 pacientes (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente de 32 años de edad (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente de 44 años de edad, (1.6 %) se le realizó HTA por VPH recurrente. Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizó posteriormente electrocirugía con asa diatérmica por VPH recurrente.

En este grupo encontramos que la edad promedio o media fue de 33 años.

La mediana se encontró a los 32 años.

La moda se encontró en 29 años.

Podemos observar que la mayoría de pacientes con recurrencia se encontró en los grupos de 20 a 40 años, tal y como lo menciona la bibliografía para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

Del grupo de electrocirugía con asa diatérmica, 12 pacientes (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizó un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente, siendo la edad promedio de 41 años. 1 paciente (1.6 %) de 38 años de edad, se le realizó una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

5 pacientes (8.3 %) se le realizó HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu con edad promedio de 52 años y 1 (1.6 %) de 42 años de edad, por progresión a Displasia Moderada.

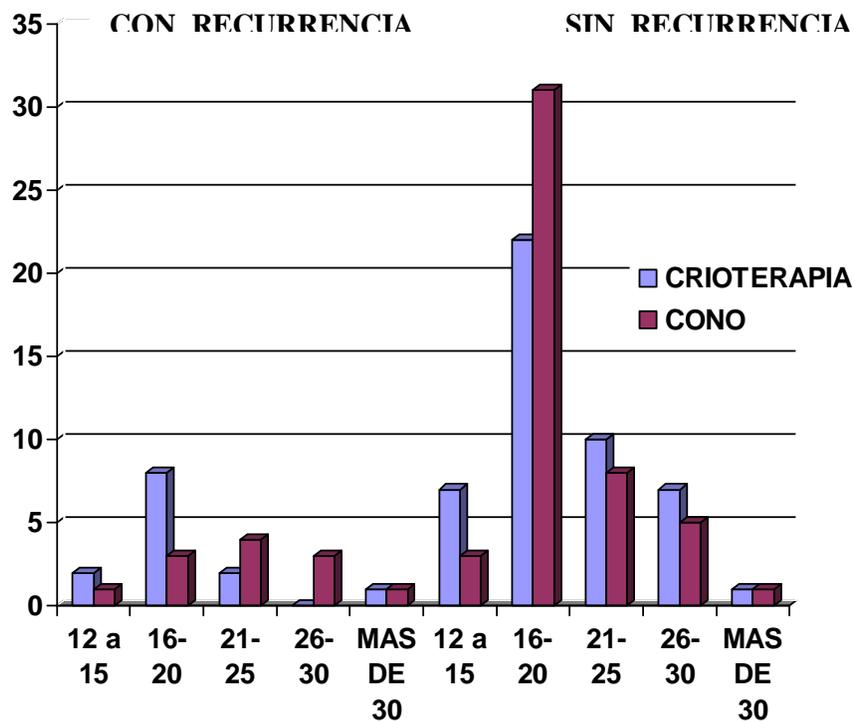
En este grupo encontramos que la edad promedio o media fue de 44 años.

La mediana se encontró a los 42 años.

La moda se encontró en 50 años.

**RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON
CRIPTERAPIA Y CONIZACION CERVICAL DE ACUERDO A
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL**

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	CRIPTERAPIA		CONIZACION	
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA
12 – 15	2 (3.3 %)	7 (11.6 %)	1 (1.6 %)	3 (5 %)
16 - 20	8 (13.3 %)	22 (36.6 %)	3 (5 %)	31 (51.6 %)
21 - 25	2 (3.3 %)	10 (16.6 %)	4 (6.6 %)	8 (13.3 %)
26 – 30	0 %	7 (11.6 %)	3 (5 %)	5 (8.3 %)
MAS DE 30	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)	1 (1.6 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



De las pacientes del grupo de crioterapia, 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizo HTA por VPH recurrente.

Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizo posteriormente electrocirugia con asa diatérmica por VPH recurrente.

La edad promedio de Inicio de Relaciones sexuales o media fue de 19 años.

La mediana y la moda se encontraron a los 17 años.

Del grupo de pacientes de conización cervical, 12 (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizo un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente.

1 paciente (1.6 %) se le realizo una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

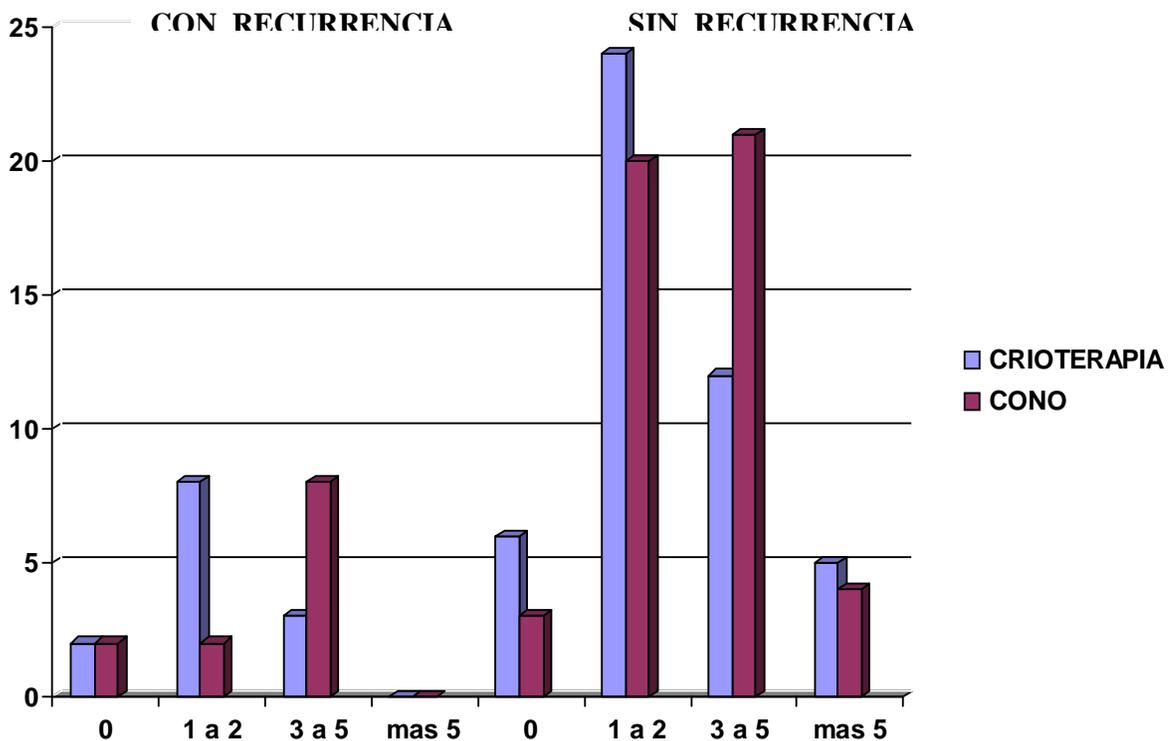
5 pacientes (8.3 %) se le realizo HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada.

En este grupo encontramos que la recurrencia de acuerdo a la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio de 22 años.

La mediana y la moda se encontraron a los 23 años.

**RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON
CRIOTERAPIA Y CONIZACION CERVICAL DE ACUERDO AL
NUMERO DE GESTACIONES**

NUMERO DE GESTAS	CRIOTERAPIA		CONIZACION	
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA
0	2 (3.3 %)	6 (10 %)	2 (3.3 %)	3 (5 %)
1 - 2	8 (13.3 %)	24 (40 %)	2 (3.3 %)	20 (33.3 %)
3 - 5	3 (5 %)	12 (20 %)	8 (13.3 %)	21 (35 %)
MAS DE 5	0 %	5 (8.3 %)	0 %	4 (6.6 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



Del grupo de pacientes de crioterapia, 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, la cuál era nuligesta, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizo HTA por VPH recurrente, la cual tenia antecedente de 2 gestaciones.

Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizo posteriormente electrocirugia con asa diatérmica por VPH recurrente.

El numero de gestaciones promedio o media se encuentra en 1.8 gestaciones. La mediana y moda se encontraron en 2 gestaciones.

Del grupo de pacientes con conización cervical, 12 (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizo un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente;(x= 1.8 gestas).

1 paciente (1.6 %) se le realizo una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical. (x = 3 gestas)

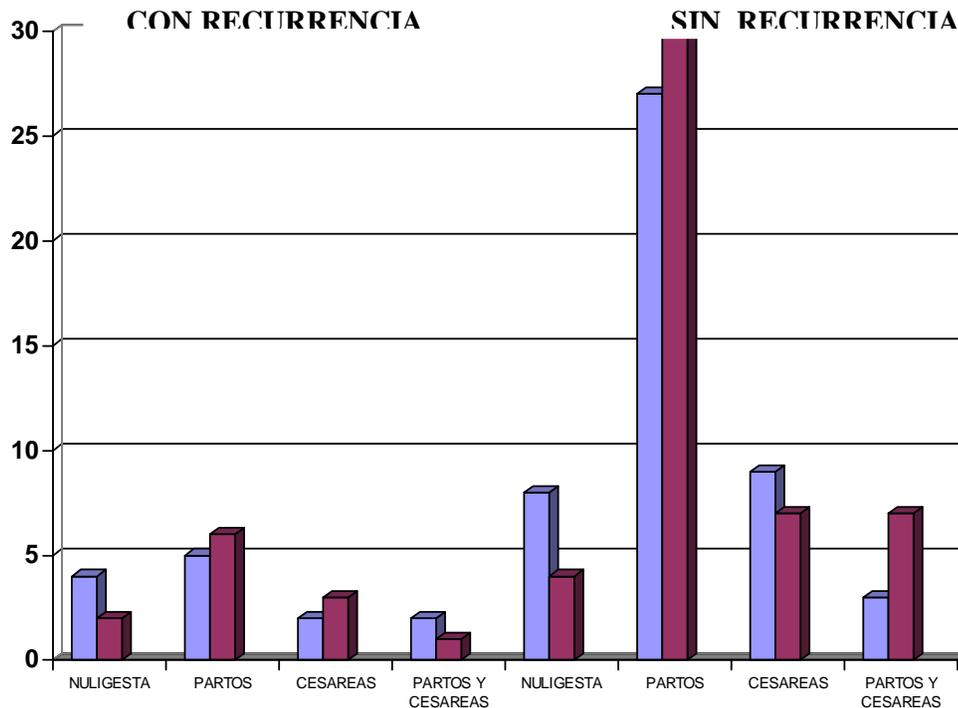
5 pacientes (8.3 %) se le realizo HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu (x= 3 gestas) y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada. (x= 1 gesta).

En este grupo encontramos que el promedio de gestaciones fue de 2.25 gestas para la recurrencia de acuerdo al número de gestaciones.

La mediana y moda se encontraron en 3 gestaciones.

**RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON
CRIOterapiA Y CONIZACION CERVICAL DE ACUERDO A LA
RESOLUCION OBSTETRICA**

RESOLUCION OBSTETRICA	CRIOterapiA		CONIZACION	
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA
NULIGESTA	4 (6.6 %)	8 (13.3 %)	2 (3.3 %)	4 (6.6 %)
PARTOS	5 (8.3 %)	27 (45 %)	6 (10 %)	30 (50 %)
CESAREAS	2 (3.3 %)	9 (15 %)	3 (5 %)	7 (11.6 %)
PARTOS Y CESAREAS	2 (3.3 %)	3 (5 %)	1 (1.6 %)	7 (11.6 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



Del grupo de pacientes de crioterapia, 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, la cuál era nuligesta, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizo HTA por VPH recurrente, la cual tenia antecedente de 2 gestaciones.

Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizo posteriormente electrocirugia con asa diatérmica por VPH recurrente.

Del grupo de pacientes de conización cervical, 12 (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizo un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente; ($x = 1.8$ gestas).

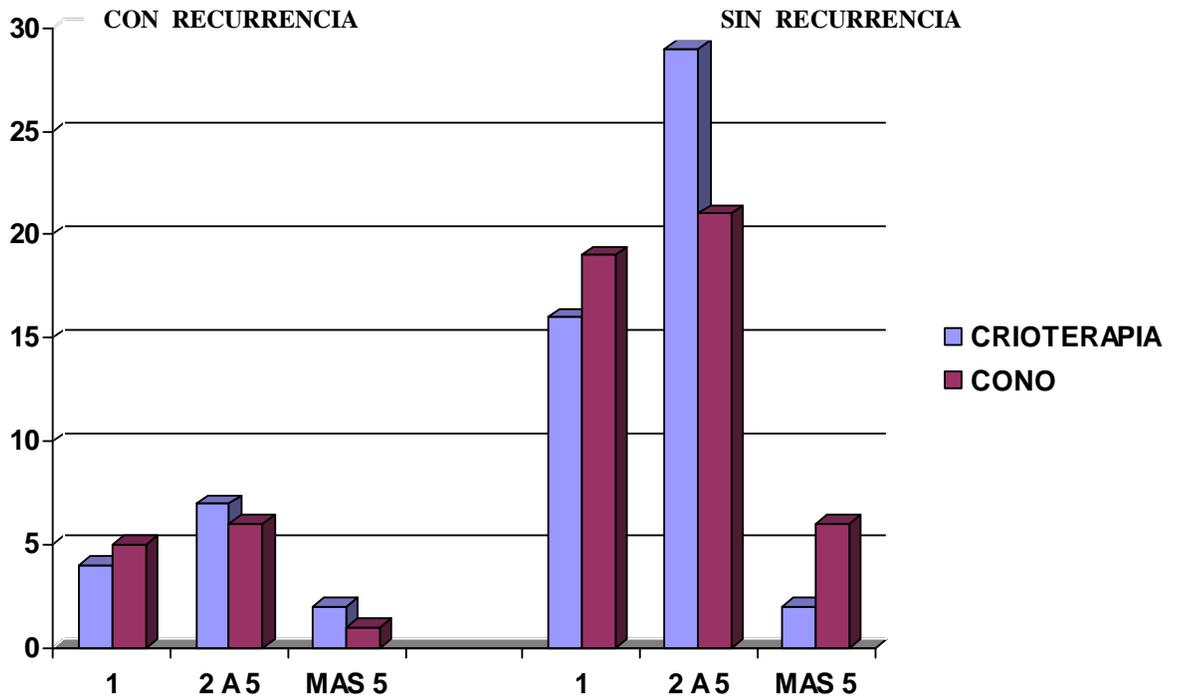
1 paciente (1.6 %) se le realizo una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

5 pacientes (8.3 %) se le realizo HTA. 4 (6.6 %) por Ca Cu y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada.

En este grupo de pacientes no se pueden sacar las medidas de tendencia central ya que la variable es cualitativa (el antecedente de nuligesta, tener partos, cesáreas o partos y cesáreas).

**RECURRENCIA DE PACIENTES POSTRATAMIENTO CON
CRIPTERAPIA Y CONIZACION CERVICAL DE ACUERDO AL
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES**

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	CRIPTERAPIA		CONIZACION	
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA
1	4 (6.6 %)	16 (26.6 %)	5 (8.3 %)	19 (31.6 %)
2-5	7 (11.6 %)	29 (48.3 %)	6 (10 %)	21 (35 %)
MAS DE 5	2 (3.3 %)	2 (3.3 %)	1 (1.6 %)	6 (10 %)
TOTAL	13 (21.6 %)	47 (78.3 %)	12 (20 %)	48 (80 %)



Del grupo de pacientes de crioterapia, 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, la cuál tenía antecedente de 7 parejas sexuales, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizó HTA por VPH recurrente, la cual tenía antecedente de 3 parejas sexuales.
Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizó posteriormente electrocirugía con asa diatérmica por VPH recurrente.

En este grupo encontramos que el número de parejas sexuales promedio o media se encontró en 3
La mediana se encontró en 2 parejas sexuales
La moda se encontró en 1 pareja sexual.

Del grupo de pacientes de conización cervical, 12 (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizó un segundo tratamiento con conización cervical por VPH recurrente; (x= 3 parejas sexuales).

1 paciente (1.6 %) se le realizó una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical. (x = 1 pareja sexual)

5 pacientes (8.3 %) se le realizó HTA. 4 pacientes (6.6 %) por Ca Cu (x= 2.5 parejas sexuales) y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada. (x= 1 pareja sexual).

NOTA: Este dato no fue encontrado en el expediente de dos de las pacientes; sin embargo, no se altera el resultado, ya que se trataba de pacientes sin recurrencia. Por lo que en la tabla sin recurrencia solo aparece el resultado de 46 pacientes.

En este grupo encontramos que el promedio de parejas sexuales o media fue de 2.5 para la recurrencia de acuerdo al número de parejas sexuales.
La mediana se encontró en 2 parejas sexuales
La moda se encontró en 1 pareja sexual.

ANALISIS Y DISCUSION

La patología cervical, especialmente la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, es un problema muy frecuente en la consulta ginecológica; de allí la importancia de la citología como prueba de tamizaje para su diagnóstico precoz. Es importante resaltar que la aparición de Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado se da en mujeres más jóvenes, probablemente debido a que el inicio de las relaciones sexuales se da cada vez a edades más tempranas.

En cuanto al tabaquismo el riesgo de padecer cáncer de cervix se incrementa de 5 a 10 veces en la paciente fumadora, independientemente de su conducta sexual.

En nuestro estudio, los hábitos tabaquicos están presentes en 18.3 % de las pacientes con recurrencia, 10% para el grupo de crioterapia y 8.3 % para el de conización; sin embargo las pacientes con recurrencia sin antecedentes de tabaquismo se encuentra en 23.2 %; 11.6 % para cada uno de los grupos, por lo que para este factor de riesgo no se apego a la bibliografía, teniendo mayor porcentaje de recurrencia las pacientes sin hábitos de tabaquismo, sin embargo tomando en cuenta el tipo de tratamiento, encontramos mayor recurrencia (21.6 %) para las pacientes con crioterapia y 20 % para la conización.

En nuestra serie de pacientes se encontró una edad promedio para desarrollar recurrencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado de 38 años. De las cuales el grupo de pacientes con tratamiento de crioterapia fue de 33 años, la mediana fue de 32 y la moda en 29 años, y para el grupo de electrocirugía con asa diatérmica la media se encontró en 44 años, la mediana en 42 y la moda en 50 años. Según la bibliografía se encuentra un pico de incidencia entre los 15 y 30 años.

En nuestros dos grupos se observa que no entran en los rangos de referencia, sin embargo por moda (29 años para crioterapia) se cumple la referencia, se observa también que hay 3 pacientes mayores de 40 años, por lo que se encuentran muy por arriba de la edad promedio referida, disparando así la cifra promedio.

En cuanto a las pacientes con tratamiento con electrocirugía todas las pacientes se encuentran por arriba de los 31 años, la mayoría por arriba de los 40, incluso contando con una paciente de 63 años, disparando con esto la cifra promedio por edad.

La edad de inicio de Vida sexual se encontró que es la variable con mayor correlación clínica. El grupo de pacientes de entre 15 y 20 años tenía el doble de incidencia, que quienes iniciaban el coito a los 30 años.

En cuanto al inicio temprano de las relaciones sexuales si fue importante en el grupo de pacientes postratamiento con crioterapia, ya que la mayoría de pacientes (8 equivalente al 13.3 %), tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, lo que sugiere la importancia de iniciar los controles citológicos a edades más tempranas, ya que se tiene esta edad (18 años) como punto de corte para iniciar el control citológico anual.

Para el grupo con crioterapia la edad promedio de Inicio de relaciones sexuales o media fue de 19 años. La mediana y la moda se encontraron a los 17 años.

Siendo las pacientes del grupo de crioterapia las de mayor recurrencia (21.6 %) para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, comparada con las del grupo de conización cervical, esto de acuerdo a tipo de tratamiento.

En contraste con el grupo postratamiento con conización cervical encontramos que la recurrencia para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado fue en promedio de 22 años. La mediana y la moda se encontraron a los 23 años.

Dentro de los factores de riesgo mencionados, al parecer los más importantes para la recurrencia de lesión intraepitelial de bajo grado fueron la multiparidad y la característica de tener partos, cesáreas y/o partos y cesáreas, si fue relevante, ya que se encontró en ambos grupos.

Y basándonos en la bibliografía, es más frecuente en las mujeres que han tenido hijos y que son menores de 50 años y también en las múltiparas que en nulíparas.

El número de gestaciones promedio o media se encuentra en 1.8 gestaciones. La mediana y moda se encontraron en 2 gestaciones para las pacientes con crioterapia; mientras que para las de conización, el número de gestaciones promedio o media se encuentra en 2.2 gestaciones. La mediana y moda se encontraron en 3 gestaciones.

Por lo que para ambos grupos tomamos como punto de corte 2 gestaciones como factor de riesgo para recurrencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; encontrando el mayor porcentaje de pacientes en el grupo de 1-2 gestaciones (8 pacientes, 13.3 %) para el grupo de crioterapia, y para el grupo de conización cervical en el grupo de 3 a 5 gestas, con 8 pacientes (13.3 %)

También en ambos grupos encontramos que las pacientes que habían obtenido sus productos de la gestación vía parto, son las pacientes que se encuentran con mayor recurrencia, ya que del 41.6 % de la recurrencia total, el porcentaje mayor (18.3 %) lo ocupan las pacientes con partos vaginales, 5 pacientes (8.3 %) para el grupo de crioterapia y 6 pacientes (10 %) para las de conización cervical.

En lo que se refiere a las múltiples parejas sexuales esta estrechamente relacionado, pero es difícil cuantificarla por la falta de unificación del criterio de promiscuidad.

También en este grupo de riesgo encontramos que la mayor recurrencia se encuentra en el grupo de 2 a 5 parejas sexuales para ambos grupos, ya que del 21.6 % de la recurrencia total, el porcentaje mayor (21.6 %) lo ocupan las pacientes en el grupo de 2 a 5 parejas sexuales, 7 pacientes (11.6 %) para el grupo de crioterapia y 6 pacientes (10 %) para las de conización cervical.

Para las pacientes de crioterapia encontramos que el número de parejas sexuales promedio o media se encontró en 3 y para el grupo de conización cervical, se encontró que el promedio de parejas sexuales o media fue de 2.5 parejas sexuales.

En cuanto al tipo de tratamiento observamos el siguiente comportamiento para las pacientes del grupo de crioterapia: De las 60 pacientes (50 %), 13 (21.6 %) tuvieron recurrencia, de estas 1 paciente (1.6 %) fue enviada a 3er nivel, por ser paciente inmunocomprometida (portadora de VIH-SIDA).

1 paciente (1.6 %) se le realizo HTA por VPH persistente.

Las otras 11 pacientes (18.3 %) se les realizo posteriormente electrocirugia con asa diatérmica por VPH Persistente.

De las 60 pacientes (50 %) del grupo de electrocirugia con asa diatérmica observamos que 12 pacientes (20 %) tuvieron recurrencia, de estas 6 pacientes (10 %) se les realizo un segundo tratamiento con conización cervical por VPH Persistente. 1 paciente (1.6 %) se le realizo una segunda conización cervical por resultado histopatológico de CaCu en biopsia del primer cono cervical.

5 pacientes (8.3 %) se le realizo HTA; 4 (6.6 %) por Ca Cu y 1 (1.6 %) por progresión a Displasia Moderada.

Por lo que observamos mayor recurrencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado en las pacientes postratamiento a 4 meses con crioterapia, incluso teniendo que realizarles a 11 pacientes (18.3 %) electrocirugia con asa diatérmica en un segundo tratamiento por VPH persistente, mientras que en el grupo de pacientes postratamiento a 4 meses con electrocirugia con asa diatérmica, tuvimos recurrencia del 20%, realizando tratamiento en segunda intención con una segunda conización con asa diatérmica solo a 6 pacientes (10 %).

CONCLUSIONES

De nuestro grupo de 120 pacientes en donde la población contaba con las siguientes características: la edad promedio fue 38.5 años, con extremos de 20 y 85. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 20.5 años, el número de gestaciones en promedio fue de 2, la característica de tener partos como vía de resolución del embarazo, el número de parejas sexuales en promedio fue 2,75 y los hábitos tabaquicos estaban presentes al momento del estudio en 18.3 % de las pacientes.

La recurrencia de Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado posterior a conización por electrocirugía fue de 12 de 60 pacientes (20 %)

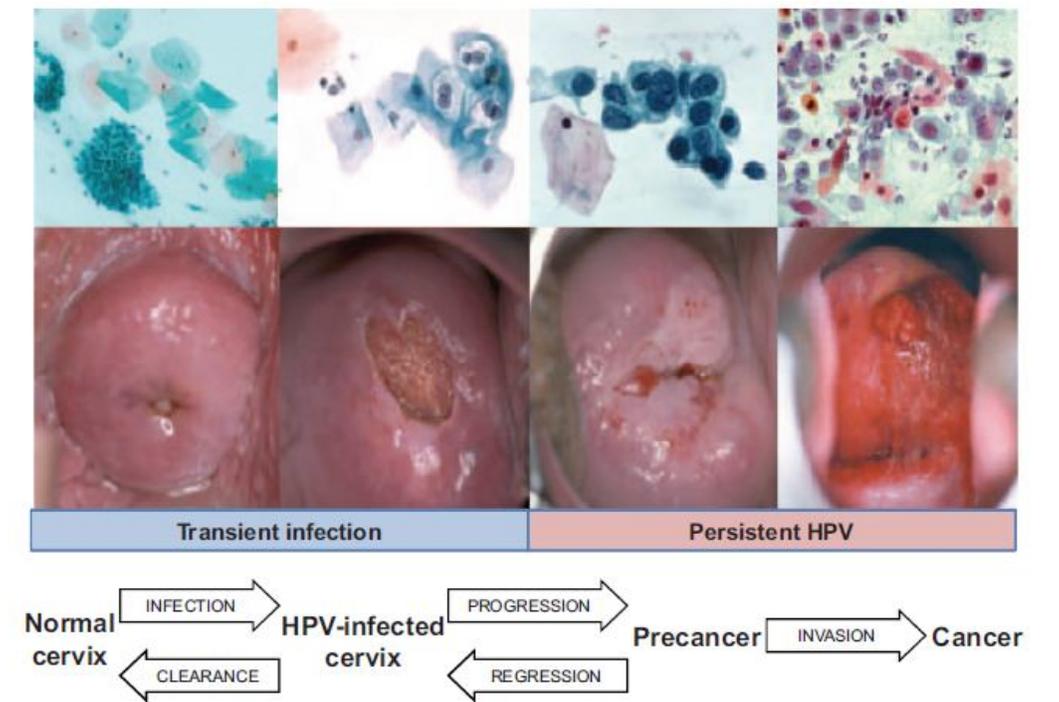
La recurrencia de Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado posterior a la crioterapia fue de 13 de 60 pacientes (21.6 %).

La recurrencia a 4 meses posterior al tratamiento, analizando todos los factores de riesgo fue mayor con la crioterapia, incluso realizándose posteriormente en un segundo tiempo conización cervical como tratamiento, por persistencia de la lesión (11 pacientes, 18.3 %), por lo que sugerimos que este tipo de tratamiento no supere a la conización con asa diatérmica.

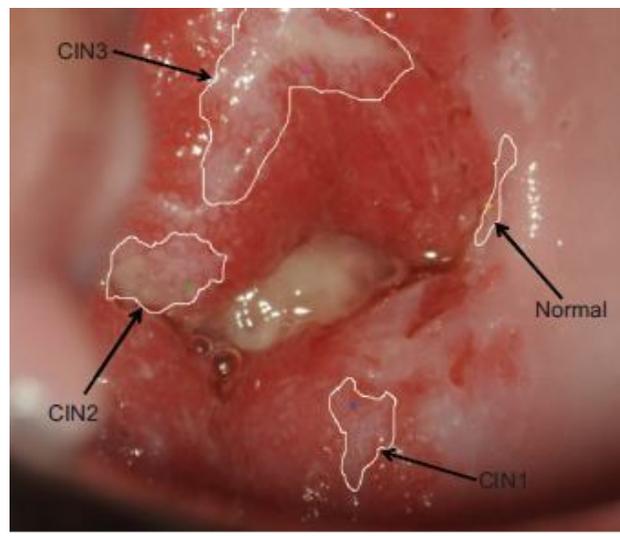
La conización con asa diatérmica es un manejo adecuado para la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, ya que además disminuye los costos, el tiempo quirúrgico, las complicaciones y permite una evaluación más precisa de la pieza y un seguimiento adecuado ya que al escindir la zona de transformación, nos permite confirmar el estado de la enfermedad mediante una biopsia excisional que nos permite conocer la extensión de la lesión, caso contrario con la crioterapia ya que en ésta se destruye el tejido.

Por lo que podemos concluir que la electrocirugía con asa diatérmica es el tratamiento definitivo cuando los márgenes del cono están completamente libres después de la evaluación histológica.

ANEXOS



MODELO DE PROGRESION CERVICAL.



LESIONES ACETOBLANCAS POR COLPOSCOPIA DE LAS DIFERENTES NEOPLASIAS

CRIOTERAPIA



CERVIX CONGELADO

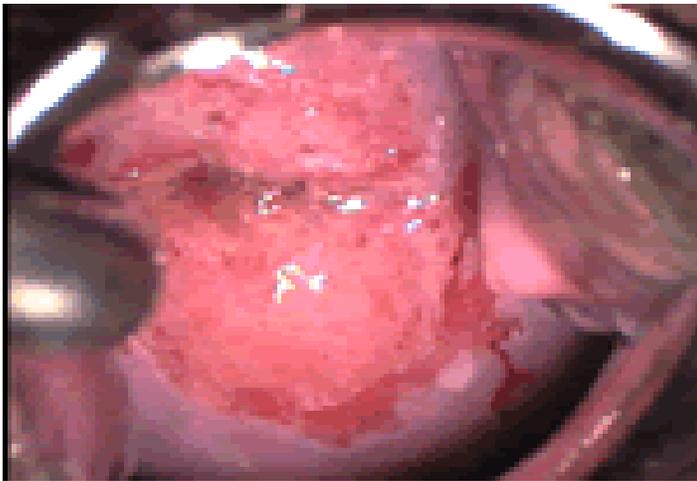


**CERVIX A LOS 5
MINUTOS DEL
TRATAMIENTO**



**CERVIX AL MES
DEL TRATAMIENTO**

ELECTROCIRUGIA CON ASA DIATERMICA



CERVIX CON LEIBG



CONO CON ASA



**UN MES POSTERIOR
AL TRATAMIENTO.
CON EXCELENTES
RESULTADOS**

ABREVIATURAS

Ca Cu: Cáncer Cérvico uterino

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

HTA: Histerectomía Total Abdominal

LEIAG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto grado

LEIBG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo grado

NIC I: Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I

NIC II: Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II

NIC III: Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III

NIE: Neoplasia Intraepitelial Escamosa

VPH: Virus del Papiloma Humano

GLOSARIO

BIOPSIA: Extracción y examen microscópico, de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo, con fines diagnósticos.

CANCER: Tumor maligno en general, es la pérdida del control del crecimiento y división de las células dando como resultado la formación de un tumor.

CITOLOGIA CERVICAL: Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

CLINICA DE DISPLASIAS: Departamento o servicio dentro de un hospital general o centro oncológico con una área física adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración); equipo básico adecuado (colposcopio estereoscópico de alta resolución y una unidad de electrocirugía de alta frecuencia), así como al menos un médico capacitado, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones premalignas y malignas intraepiteliales del cérvix.

COLPOSCOPIA: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, a través del cual se puede observar la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

CONIZACION CERVICAL: Resección de un cono de tejido del cuello del útero.

CRIOCIRUGIA: Aplicación de temperaturas inferiores a 0°C, que alcanzan el punto de congelación de las células, produciendo la muerte celular.

DISPLASIA: Anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

ELECTROCIRUGIA CON ASA DIATERMICA: Empleo quirúrgico de las corrientes eléctricas, especialmente las de alta frecuencia.

HIBRIDACION: Prueba diagnóstica basada en el reconocimiento e identificación de la estructura homóloga del DNA de un organismo celular. (No solamente se utiliza para virus, sino para cualquier estructura en la cual haya DNA o RNA).

HISTERECTOMIA. Operación de extirpar parcial o totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

HISTOPATOLOGIA: Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos en estado de enfermedad.

INCIDENCIA: Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.

INFECCION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: Una de las infecciones venéreas más comunes, afecta alrededor del 80 % de todas las mujeres en algún momento de la vida antes de los 50 años de edad. VPH es el nombre de un grupo de virus que abarca a más de 100 tipos. Cerca del 30 % se transmiten por contacto sexual. La mayoría de ellos son de "bajo riesgo", o sea que no son cancerígenos. Sin embargo, alrededor de una docena son de "alto riesgo", estos pueden evolucionar a cáncer si el sistema inmunológico no los suprime o elimina.

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO: Células ligeramente anormales, también llamadas de NIC-1, diagnosticadas con una colposcopia y a veces con una biopsia. En la mayoría de los casos, estos tipos de células cervicales anormales desaparecen por sí solas sin tratamiento

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO: Displasia de moderada a grave (células cervicales precancerosas), también llamada NIC-2 ó NIC-3, diagnosticada mediante colposcopia y biopsia. Si se confirma con la colposcopia tales cambios celulares pueden evolucionar a cáncer.

MORBILIDAD: Número de personas que enferman en una población y tiempo determinados.

MORTALIDAD: Número de muertes en una población y tiempo determinados.

MULTIPARIDAD: Mujer que ha parido en más de tres ocasiones.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL: Variedad de epitelios escamosos de morfología anormal, en la que se pueden encontrar alteraciones estructurales, y en la maduración, así como la ausencia total de diferenciación; están situados en la superficie o relleno de glándulas, pero aun sin invadir.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO I: Es una displasia leve en el epitelio cervical, las alteraciones celulares afectan aproximadamente el tercio inferior de todo el epitelio.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO II: Es una displasia moderada, puede relacionarse con variación en el tamaño celular y nuclear y con mitosis de aspecto normal por arriba de la capa basal de la mucosa. Hay compromiso de los dos tercios inferiores del epitelio total.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO III: Es la displasia severa, caracterizada por mayor variación en el tamaño de células y núcleos, en orientación desordenada, hiperromasia y mitosis normales o anormales; a veces cerca de la capa superficial la diferenciación de las células superficiales y los cambios coloiticos han desaparecido o se encuentran muy rara vez. La alteración celular se extiende a través de todo el espesor del epitelio.

NULIPARIDAD: Mujer que no ha parido.

ONCOLOGICO: Referente a los tumores.

PERSISTENCIA: Si la enfermedad está presente durante 6 meses a pesar de la aplicación de terapias repetidas, se denomina enfermedad por HPV resistente y persistente.

RECURRENCIA: Se define como un fallo de la terapia para tratar todas las áreas afectadas, resistencia de los virus o re-infección.
La mayoría de las recurrencias ocurren en un plazo de 3 a 6 meses a partir de la fecha de la terapia.

DEFINICION CONCEPTUAL

1. TABAQUISMO

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades. Considerada hoy en día como una adicción y enfermedad

DEFINICION OPERACIONAL: Se expresará en afirmativo o negativo en cada dimensión según la declaración del sujeto investigado

TIPO DE VARIABLE: Independiente cualitativa

ESCALA DE MEDICION: Presencia o Ausencia según la declaración de cada paciente

2. EDAD

DEFINICION CONCEPTUAL. Tiempo que una persona ha vivido, desde el momento en que nace hasta que muere, cuantificado en meses, días o años.

DEFINICION OPERACIONAL: Años cumplidos de una persona

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa continua

ESCALA DE MEDICION: En años

3. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

DEFINICION CONCEPTUAL. Tiempo en años a la que se mantuvo el primer contacto sexual.

DEFINICION OPERACIONAL: Edad en años cumplidos de inicio de las relaciones sexuales.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa continua

ESCALA DE MEDICION: En años

4. GESTAS

DEFINICION CONCEPTUAL: Numero de embarazos desde el momento de la concepción.

DEFINICION OPERACIONAL: Es el número de embarazos que ha tenido una paciente, incluyendo partos, cesareas y abortos.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa ordinal.

ESCALA DE MEDICION: En números progresivos.

5. PARIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL: Cantidad de partos que ha tenido una paciente

DEFINICION OPERACIONAL: Número de hijos obtenido por parto vaginal eutócico o distócico.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa Independiente

ESCALA DE MEDICION: Nuligesta, Partos, Cesareas, Partos y Cesáreas

6. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

DEFINICION CONCEPTUAL: Cantidad de personas con las que se a mantenido un encuentro sexual.

DEFINICION OPERACIONAL: Número de Parejas sexuales, desde su primera pareja.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa continua

ESCALA DE MEDICION: En números progresivos

BIBLIOGRAFIA

1. Schiffman M., Wentzensen N. From Human Papillomavirus to Cervical Cancer. *Obstet Gynecol.* 2010; 116 (1):177-185
2. Moscicki AB., Hills N., Shiboski S., et al. Risks for Incident Human Papillomavirus Infection and Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females. *JAMA.* 2001; 285 (23): 2995 – 3002
3. Daley EM., Marhefka SL., Buhi ER., et al. Human Papillomavirus Vaccine Intentions Among Men Participating in a Human Papillomavirus Natural History Study Versus a Comparison Sample. *Sexually Transmitted Diseases.* 2010; XX (X): 1-9
4. Castle P.E., Fetterman B., Thomas C., et al. The Age-Specific Relationships of Abnormal Cytology and Human Papillomavirus DNA Results to the Risk of Cervical Precancer and Cancer. *Obstet Gynecol.* 2010;116 (1):76 - 84
5. Cheng WF., Huang CY., You SL., et al. Clinical Significance of Cytologic Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. *Obstet Gynecol.* 2009; 113 (4): 888 – 894.
6. Park JY., Kim DY., Kim JH., et al. Human Papillomavirus Test After Conization in Predicting Residual Disease in Subsequent Hysterectomy Specimens. *Obstet Gynecol.* 2009; 114 (1) : 87 – 92.
7. Trottier H., Mahmud SM., Lindsay L., et al. Persistence of an Incident Human Papillomavirus Infection and Timing of Cervical Lesions in Previously Unexposed Young Women. *Cancer Epid Biomark.* 2009; 18(3): 854 – 862.
8. Koshiol J., Lindsay L., Pimenta JM., et al. Persistent Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Epid.* 2008;168: 123–137.
9. Limpvanuspong B., Tangjitgamol S., Manusirivithaya S., et al. Prevalence of high grade squamous Intraepithelial lesions (hsil) and invasive cervical Cancer in patients with atypical squamous cells Of undetermined significance (ascus) from Cervical pap smears. *J Obstet Gynecol.* 2008; 39 (4): 737 – 744.
10. Power P., Gregoire J., Duggan M., et al. Low-Grade Pap Smears Containing Occasional High-Grade Cells as a Predictor of High Grade Dysplasia. *J Obstet Gynecol.* 2006; 28 (10): 884 – 887.
11. Ho C.M., Cheng W.F., Chu T.Y., et al. Human papillomaviral load changes in low-grade squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix. *Brit J Can.* 2006; 95:1384 – 1389.

12. González LM., Rosado LI., Valadez GN. et al. Human papillomavirus DNA in women having low-grade squamous Intraepithelial lesión. Rev Col Obstet Ginecol. 2006; 57 (1) 31-35.
13. Lau S., Franco E., Management of low-grade cervical lesions in young women. CMAJ. 2005; 173 (7): 771 – 774
14. Agorastos T., Miliaras D., Lambropoulos A., et al. Detection and typing of human papillomavirus DNA in uterine cervixes with coexistent grade I and grade III intraepithelial neoplasia: biologic progression or independent lesions?. EJ Obstet Gynecol Rep Biol. 2005; 121: 99–103.
15. Soto WV., Samuelson R., McLellan R., Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion, and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstet Gynecol. 2005; 48 (1): 147–159.
16. Cecchini S., Carozzi F., Confortini M., et al. Persistent Human Papilloma Virus Infection as an Indicator of Risk of Recurrence Of High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia Treated By The Loop Electrosurgical Excision Procedure. Tumori. 2004; 90: 225 -228.
17. Scheungraber C., Kleekamp N., Schneider A., Management of low-grade squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix. BJ Cancer. 2004; 90: 975– 978.
18. Saw HS., Lee JK., Lee HL., et al. Natural History of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion. Obstet Gynecol S. 2002; 57(3): 153-154.
19. Muñoz R. Prevencion del Cancer cervico uterino. Boletin de Practica medica efectiva. 2007: 1-6
20. Norma Oficial Mexicana Nom-014-Ssa2-1994, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De Cáncer Del Cuello Del Útero En La Atención Primaria.
21. Masatsugu U., Ueki K., Masanori K., et al. Diagnostic and Therapeutic Laser Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia. Gynecol Oncol. 2006;101: 513 - 514