



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE EDUCACION CONTINUA E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL EN LA
CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE
INGUARAN DURANTE 2006 A 2010. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
ALBA ISUI GONZALEZ GUERRA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR JOSE MANUEL CHONG RODRIGUEZ**

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL EN LA
CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE
INGUARAN DURANTE 2006 A 2010. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”**

AUTOR: ALBA ISUI GONZALEZ GUERRA

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri

**Profesor Titular del Curso Universitario de
Especialización en Ginecología y Obstetricia**

**Vo.Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret**

Director de Educación e Investigación

**“FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL EN LA
CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE
INGUARAN DURANTE 2006 A 2010. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”**

AUTOR: ALBA ISUI GONZALEZ GUERRA

Vo. Bo.

Dr José Manuel Chong Rodríguez

**Director de Tesis
Jefe de la Clínica de Colposcopía del
HMI Inguarán**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y permitirme llegar hasta este momento

A mi familia por siempre contar con su apoyo incondicional

A César por siempre darme la fortaleza para seguir adelante

A todos mis asesores por apoyarme

A todos mis maestros por su paciencia para compartir sus conocimientos

INDICE

Página

RESUMEN

I.	INTRODUCCION	1
II.	MATERIAL Y METODOS	9
III.	RESULTADOS	13
IV.	DISCUSION	21
V.	CONCLUSIONES	23
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
VII.	ANEXOS	27

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue realizar una búsqueda de los factores de riesgo mencionados previamente en la población de estudio, asociados al desarrollo de Neoplasia Intraepitelial Vaginal con el objetivo de ofrecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. Se realizó un estudio comparativo – analítico, observacional, transversal, retrospectivo de casos y controles. Se estudiaron 45 expedientes de pacientes que acudieron a la clínica de Colposcopia del Hospital Materno Infantil Inguarán en el periodo 2006-2010 y que fueron diagnosticadas con neoplasia intraepitelial vaginal a través del formulario de recolección de datos (anexo). El análisis estadístico descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Y con medidas de resumen para las cualitativas. La determinación de los factores de riesgo se realizó con el cálculo de la razón de momios. Se concluye con la correlación encontrada en este estudio y lo reportado en la literatura mundial.

Palabras Clave: neoplasia vaginal intraepitelial, factores de riesgo de neoplasia vaginal.

I. INTRODUCCION.-

La neoplasia vaginal intraepitelial es definida como la presencia de atipia de células escamosas sin invasión. También se puede definir como el espectro de cambios intraepiteliales, comenzando generalmente como una neoplasia bien diferenciada, clasificada tradicionalmente como displasia moderada, y con término en carcinoma invasivo. Estos cambios, confinados al epitelio escamoso cerca de la membrana basal, incluyen pleomorfismo nuclear, pérdida de polaridad, mitosis anormales y pérdidas de la diferenciación celular progresivamente desde la membrana basal hasta la superficie del epitelio.

La neoplasia vaginal primaria invasiva o pre invasiva es la menos frecuente (menos de 1%) de las neoplasias intraepiteliales en el tracto genital. La verdadera incidencia de la neoplasia vaginal es desconocida, pero es estimada en 0.2 a 0.3 casos por 100 000 mujeres en los Estados Unidos. El promedio de la edad de las pacientes es de 43 y 60 años de edad. (1, 6)

Se realizó un estudio de series de casos, a fin de evaluar la epidemiología de la neoplasia vaginal; en un grupo de 76 pacientes, la ocurrencia de NIVA grado 1 fue de 53%, grado 2 de 19% y grado 3 de 29%. Hubo una diferencia de 15 años entre mujeres con NIVA 1 a 3, encontrando mujeres con NIVA 1, NIVA2 y NIVA3 con 44.5, 47.8 y 61.8 años de edad, respectivamente. (2) Mujeres inmunocomprometidas con neoplasia intraepitelial vaginal fue de 18 años más jóvenes que las mujeres inmunocompetentes. (4)

Aunque múltiples factores de riesgo han sido implicados en la génesis de neoplasias del tracto genital, la infección del virus del papiloma humano tiene una asociación frecuente. (1, 3, 6)

La neoplasia vaginal es consistentemente asociada con una neoplasia previa o actual del tracto genital. En la mayoría de estudios del 50 al 90% de pacientes con neoplasia vaginal han tenido o tienen otra neoplasia o carcinoma del cérvix o vulva (4,7). Townsed mencionó que en el 1 al 3 % de las pacientes con neoplasia cervical se identifica neoplasia vaginal coexistente, o bien ésta se desarrollaba entre 2 a 17 años después. (19) Aproximadamente del 1 al 7 % de pacientes a quienes se les realizó histerectomía por neoplasia cervical desarrolló neoplasia vaginal unos meses a varios años después de la cirugía.(1, 2) Con base en un estudio realizado, Wiener et al estimó que la incidencia acumulada de neoplasia vaginal después de una histerectomía fue de 0% a los 10 años, 0.8% a los 15 años y 2.0% a los 20 años. (3)

Hay evidencia de que algunos altos grados de neoplasia intraepitelial vulvar y vaginal son una lesión monoclonal derivada de enfermedades cervicales de alto grado o malignas.(14)

Asimismo, existen datos que sugieren un riesgo mayor de neoplasia vaginal 2/3 de alto riesgo de presentar virus del papiloma positivo en mujeres fumadoras, a diferencia de las no fumadoras.(1)

En mujeres que se han sido sometidas a radioterapia como tratamiento de cáncer cervical, el epitelio de la vagina puede sensibilizarse a causa de una baja dosis de radiación, con el desarrollo posterior de una neoplasia que puede aparecer entre 10 a 15 años después de la radioterapia inicial. (17)

También una baja educación y un bajo nivel socioeconómico se ha asociado a la presencia de neoplasia vaginal (18)

Infección por el Virus del Papiloma Humano.-

Las lesiones asociadas con el virus del papiloma humano son multifocales y multicéntricas. Una revisión publicada de 232 casos de neoplasia vaginal, reporta una alta prevalencia de virus del papiloma humano en estas lesiones detectadas por reacción en cadena de polimerasa o captura de híbridos: 92.6 % en neoplasia vaginal grado 2/3, y 98.5% en neoplasia vaginal grado 1. (1)

Muchos subtipos virales son asociados con neoplasia intraepitelial vaginal, con VPH 16 y 18, siendo estos los tipos más prevalentes. En un estudio se encontró NIVA 1 asociado con 9% a virus del papiloma de alto riesgo 16 y 18, NIVA 2 con un 7% de asociación y NIVA 3 con 67% asociado con los mismos subtipos virales. (1, 15) La prevalencia de subtipos de virus del papiloma humano oncogénicos en la vagina es similar en mujeres que han o no sido sometidas a histerectomía. Así, la presencia de cérvix parece no ser necesaria para el desarrollo de estos virus oncogénicos.(1)

Clasificación.-

Richart acuñó el término de neoplasia intraepitelial vaginal (NIC) e ideó un sistema de graduación para NIC en 1960, posteriormente, esta terminología fue aplicada a la neoplasia vaginal. La neoplasia vaginal es clasificada de acuerdo a la profundidad de la atipia celular escamosa en: NIVA 1 y NIVA 2 ocupan el tercio bajo y los dos tercios, respectivamente, del epitelio y NIVA 3 abarca más de las dos terceras partes del epitelio. NIVA grado 2/3 es usualmente reportado como de alto grado de acuerdo a sistema Carcinoma in situ, que abarca todo el epitelio, esta incluido en NIVA grado 3. (1, 2, 16) Bethesda. (2) A efectos prácticos, sólo se consideran verdaderamente precancerosos los grados superiores de neoplasia vaginal (2 y 3). (17) La displasia intraepitelial de origen glandular, o adenosis vaginal atípica es una entidad separada. (1)

Etiología.-

Dos etiologías han sido propuestas para explicar la fuerte asociación entre neoplasia intravaginal epitelial y otras neoplasias del tracto genital. Una posibilidad es que la mujer quien desarrolla neoplasia vaginal rápidamente después de una cirugía por neoplasia intraepitelial cervical, puede simplemente haber sido una extensión de la patología cervical que no fue detectada y tratada. Sin embargo, la neoplasia vaginal es frecuentemente multifocal, puede ocurrir varios años después de una histerectomía por neoplasia, independientemente de la cantidad de vagina extirpada, y es frecuentemente observada *de novo* en la ausencia de patología cervical. Una segunda teoría es que las neoplasias del tracto genital comparten factores etiológicos comunes; esto se fundamenta en el principio de que los tejidos tienen un

origen embriológico común, siendo susceptibles a neoplasias con similar estímulo carcinogénico. (1,4,5)

Pronóstico.-

El curso natural de la neoplasia vaginal no ha sido completamente caracterizado. En diversas investigaciones retrospectivas se han descrito casos de progresión de la neoplasia vaginal a carcinoma vaginal invasivo. (1,4). En general, la neoplasia intraepitelial vaginal debe considerarse como un proceso con potencial maligno. De acuerdo con Punnonen y cols, tanto el carcinoma de células escamosas invasivo vaginal como la neoplasia intraepitelial vaginal presentan similitudes morfológicas que sugieren que se encuentran relacionados biológicamente. De hecho, en la neoplasia intraepitelial vaginal y el carcinoma de células escamosas invasivo vaginal se pone de manifiesto una elevada incidencia de líneas aneuploides de ADN y una alta fracción de fase S. Además, en ambos se identifican factores de riesgo similares: historia de verrugas vaginales, irritación vaginal y falta de higiene, bajo nivel educativo y escasos ingresos familiares. (17)

La mayoría de las lesiones regresan después del tratamiento inicial; sin embargo, en ocasiones recurre, se repite y raramente puede progresar a cáncer invasivo. La enfermedad grado 3, lesiones multifocales y neoplasia intraepitelial vaginal asociada con neoplasia en otros sitios anogenitales y pacientes inmunocomprometidos recurren más frecuentemente. Las lesiones múltiples o extensas tienen una tendencia mayor de reincidir, debido a que estas lesiones tienen más dificultad para

ser visualizadas y tratadas completamente, a diferencia de las lesiones focales pequeñas. (1,4)

El manejo de estas lesiones requiere un seguimiento a largo plazo. En un estudio multicéntrico de displasias que incluyó neoplasia intraepitelial cervical con neoplasia intraepitelial vaginal y/o neoplasia vulvar, se reportó un particular incremento de lesiones residuales (55 %) y recurrencia (44%) en estas pacientes. (1) En otro estudio de 74 pacientes se documentó una remisión del 70.3 % (52 /74) posterior a un tratamiento único; persistencia o remisión después de tratamientos adicionales del 24.3% (18/74), progresión a invasión del 5.4% (4/74). (4)

El seguimiento con citología vaginal cada 6 meses y posteriormente cada año es razonable ya que la neoplasia intraepitelial vaginal que acompaña o es seguida de cáncer cervical y neoplasia intraepitelial, debe ser prevenible o detectable en estadios tempranos. Medidas preventivas incluyen inspección cuidadosa, incluyendo colposcopia de vagina después de histerectomía por neoplasia cervical, así como también el frotis de Papanicolaou. Un estudio ha reportado que el riesgo de citologías anormales en estas pacientes es del 1.3% en 10 años.(11)

Dado que hay una alta prevalencia de virus del papiloma humano, puede haber un papel para la prueba de detección del VPH en el seguimiento postratamiento de pacientes con NIVA similar al observado por el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. En un estudio de 44 mujeres con NIVA postratamiento, el examen de VPH tuvo una sensibilidad del 90% y una especificidad del 78%. (1)

El diagnóstico de neoplasia vaginal se ha incrementado continuamente con respecto a décadas pasadas, como resultado de una mayor conciencia, incremento en el tamiz citológico, y el uso discrecional de la colposcopia.

De acuerdo al planteamiento del problema de la tesis ¿Será la edad, escolaridad, número de parejas sexuales, tabaquismo, usos de anticonceptivo hormonal, antecedente de histerectomía previa, presencia de infección vaginal, presencia de enfermedades crónicas coexistentes, factores de riesgo para el desarrollo de neoplasia intravaginal epitelial diagnosticada en la clínica de colposcopia del Hospital Materno Infantil de Inguarán del año 2006 al 2010?

Aunque la incidencia de neoplasia intraepitelial y cáncer vaginal es baja, la morbilidad asociada con el tratamiento es alta, y la sobrevivencia de los pacientes con estadios avanzados de la enfermedad es mínima. Es poco conocida la epidemiología de esta patología.

El cáncer vaginal es una seria enfermedad que podría evitarse con la detección temprana, cuya morbilidad se podría reducir de manera impactante con un tratamiento temprano.

La población de alto riesgo más adecuada para el tamizaje puede ser fácilmente definida. Series clínicas han mostrado un 80% de casos de neoplasia intraepitelial vaginal encontrados en mujeres con neoplasia intraepitelial cervical de manera primaria, concurrente o subsecuente; así, mujeres con estas condiciones aparentan un riesgo mayor de acuerdo al concepto del efecto carcinogénico. Otros factores de riesgo reportados en la literatura son la presencia de una citología cervicovaginal previa anormal, histerectomía previa, tabaquismo, y los asociados a la adquisición de

la infección por el virus del papiloma humano tales como, pacientes con inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales y/o multigestas.

Considerando lo anterior, se pretende realizar una búsqueda de los factores de riesgo mencionados previamente en la población de estudio, asociados al desarrollo de neoplasia Intraepitelial Vaginal con el objetivo de ofrecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

La hipótesis del presente estudio fue: Que los factores de riesgo propuestos son estadísticamente significativos para el desarrollo de la enfermedad. (La OR de cada factor será > 1)

El objetivo general del presente estudio fue Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de Neoplasia Intraepitelial Vaginal en pacientes del Hospital Materno Infantil Inguarán durante el período de 2006 a 2010.

II. MATERIAL Y METODOS.-

Diseño del estudio.-

Se realizó un estudio epidemiológico, comparativo – analítico, observacional, transversal y retrospectivo, de casos y controles.

Tipo de población.-

Pacientes que acudieron a la Clínica de Colposcopia del Hospital Materno Infantil Inguarán en el periodo 2006-2010 y que fueron diagnosticadas con neoplasia intraepitelial vaginal y/o NIC.

Criterios de inclusión

Casos	Controles
Expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de NIVA	Expedientes de Pacientes sin diagnóstico colposcópico de NIVA.
Que tengan historia clínica completa.	Que tengan diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial cervical.
De cualquier edad	De cualquier edad.
	Con historia clínica completa

Criterios de no inclusión

Expedientes de pacientes embarazadas

Expedientes de pacientes puérperas

Expedientes sin historia clínica

Expediente incompletos.

Tamaño de muestra

Se trata de un censo de todos los expedientes clínicos del año 2006 a 2010 de las pacientes que acudieron a la Clínica de Colposcopia del Hospital Materno Infantil Inguarán.

Procedimiento

Se extrajeron los datos solicitados en el formulario, a través del expediente clínico.

Definición operacional de las variables

-Edad. Tiempo cronológico de vida de una persona, determinado desde la fecha del nacimiento hasta el momento de la colposcopia. Variable independiente de tipo cuantitativa discontinua. Se expresa en años.

-Número de gestaciones. Número total de embarazos. Variable independiente de tipo cuantitativa discontinua.

-Enfermedades crónicas concomitantes. Es la presencia de enfermedades crónicas degenerativas concomitantes. Variable de tipo independiente cualitativa nominal. Se expresa como si/no.

-Histerectomía previa. Antecedente de histerectomía registrado en antecedentes quirúrgicos dentro de la historia clínica. Variable de tipo independiente, cualitativa nominal. Se expresa como si/no

-Escolaridad. Es el antecedente de estudios dentro de la historia clínica. Variable de tipo independiente, cualitativa nominal. Se expresa como si/no.

-Presencia de NIC. Es la presencia de neoplasia intraepitelial cervical confirmada por diagnóstico histopatológico, asentado en el expediente clínico. Variable dependiente, cualitativa nominal, se expresa como si/no.

-Número de parejas sexuales. Número de parejas sexuales registrado en la historia clínica. Variable independiente, cuantitativa discontinua.

-Tabaquismo. Antecedente de tabaquismo registrado en la historia clínica. Variable independiente, cualitativa nominal. Se expresa como si/no.

-Edad de inicio de vida sexual activa. Edad cronológica de inicio de actividad sexual, registrada en el expediente clínico. Variable independiente de tipo cuantitativa discontinua. Se expresa en años.

-Uso de anticonceptivo hormonal. Uso de anticonceptivo hormonal previo al diagnóstico, registrado en el expediente clínico. Variable independiente, tipo cualitativo nominal. Se expresa como si/no.

-Infección vaginal. Presencia de infección vaginal al momento de la colposcopia, registrado en el expediente clínico. Variable independiente, tipo cualitativo nominal. Se expresa como si/no.

Análisis estadístico.-

La recolección de datos se realizó mediante revisión documentada del expediente clínico y la técnica de recolección de datos para su tabulación y gráficos fue mediante el programa EPI 6.

Se realizó análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Y con medidas de resumen para las

cualitativas. La determinación de los factores de riesgo se realizó con el cálculo de la razón de momios.

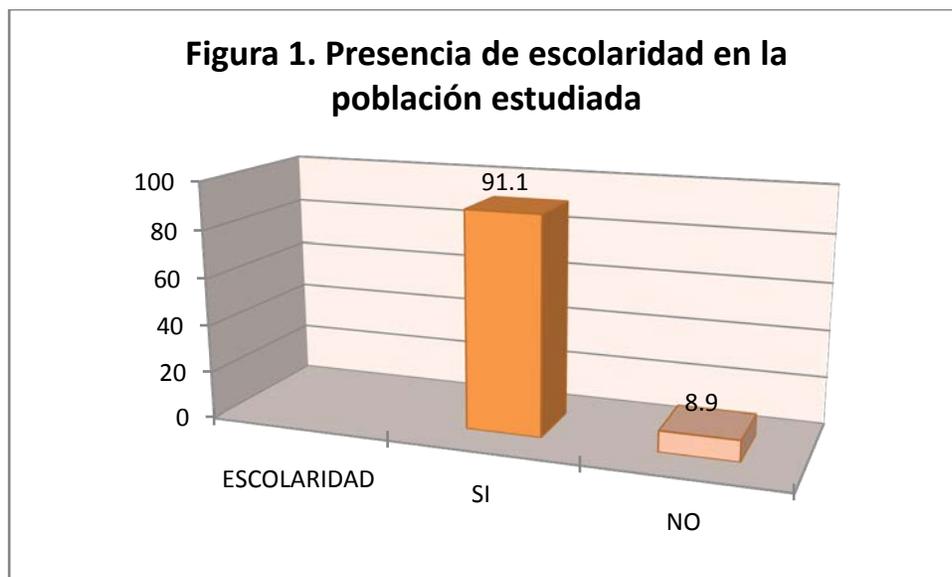
Aspectos éticos.-

Conforme a la Ley General de Salud, se trata de un estudio sin riesgo.

III. RESULTADOS.-

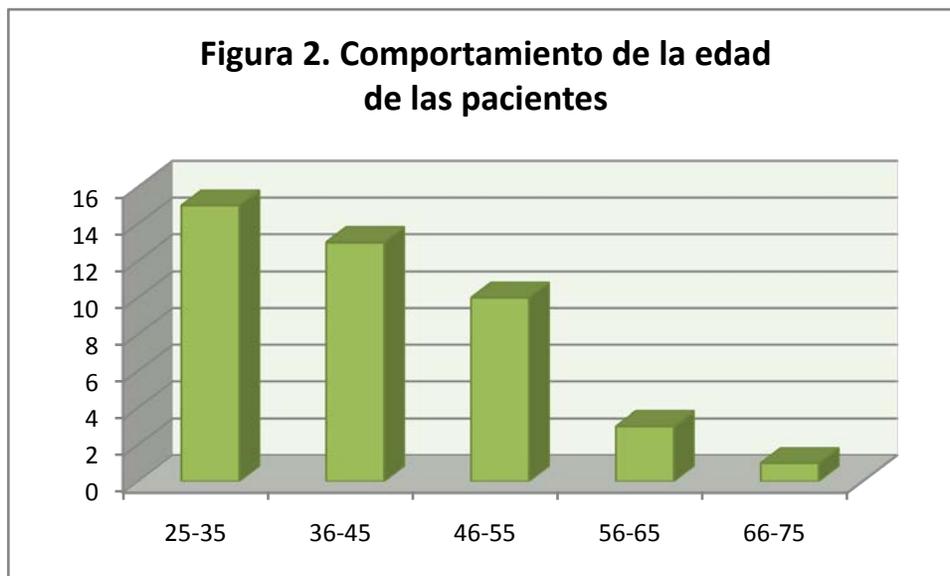
Se realizó la revisión de un total de 45 expedientes de pacientes con diagnóstico de NIVA/NIC durante el periodo 2006-2010, en busca de factores de riesgo asociados.

Se ubica la presencia de escolaridad observada en las pacientes, encontrando que un 91.1 % de ellas si tienen escolaridad y sólo un 8.9% no cuentan con ella, como se observa en la Figura 1.



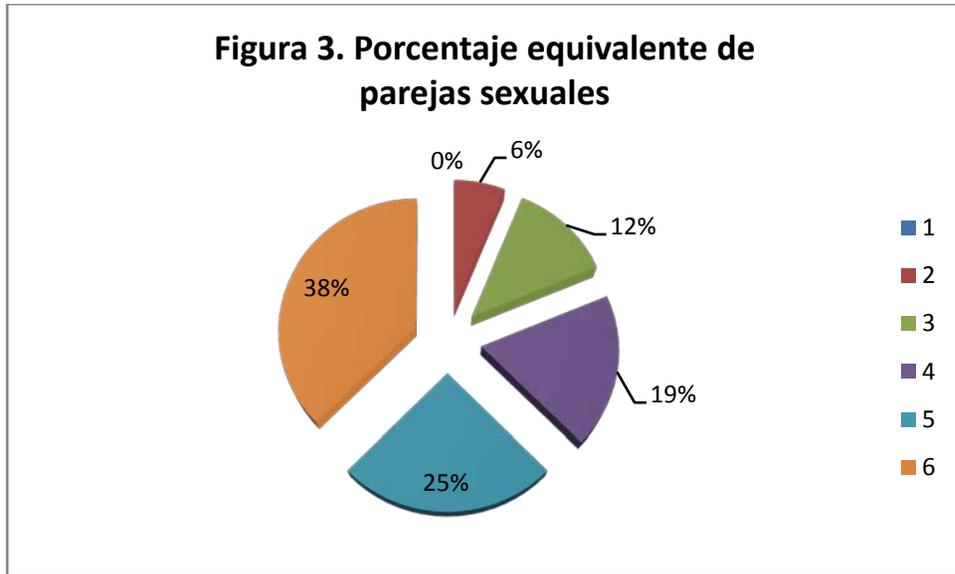
Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

La edad promedio que se observó en las pacientes fue de 41.36+/- 11.18 con una máxima de 74 y una mínima de 25. Destacando que el grupo que presento mayor frecuencia de casos fue el de 25-35 años (Figura 2)



Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

En cuanto al número de parejas sexuales de las pacientes, encontradas en la historia clínica se encontró un promedio de 2 +/- 2. Con un mínimo de parejas sexuales de 1 y un máximo de 6. En la Figura 3 se muestra el porcentaje equivalente en cuanto al número de parejas sexuales.

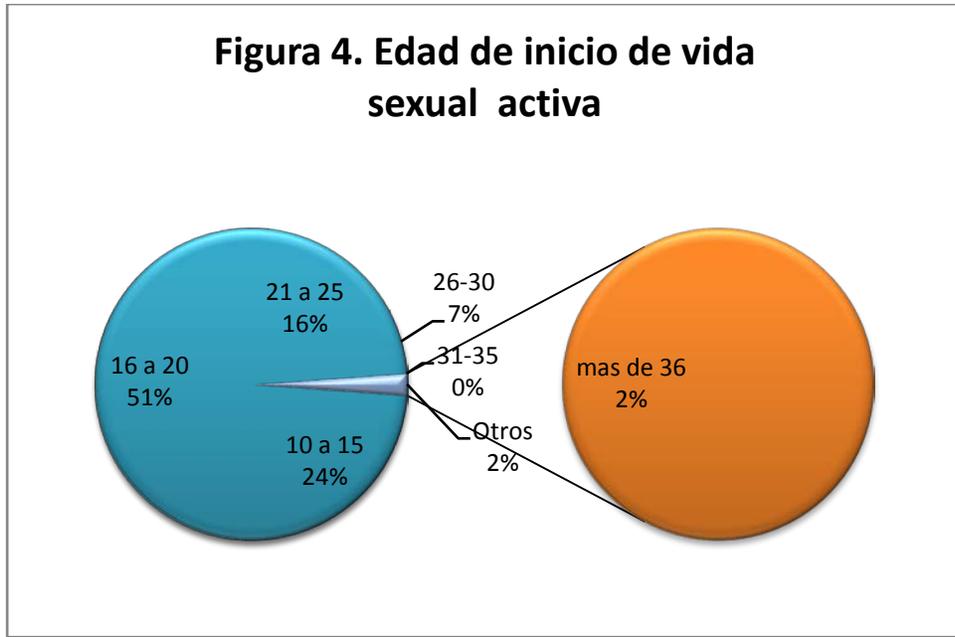


Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

Con relación a la edad de inicio de vida sexual activa, se encontró que la edad mínima fue de 11 años equivalente a un 2.2% y la máxima fue de 48 años equivalente a un 2.2% de la población estudiada.

El grupo de edades con mayor porcentaje fue el encontrado en un rango de 16 a 20 años de edad, equivalente a un 51% de la población.(Figura 4)

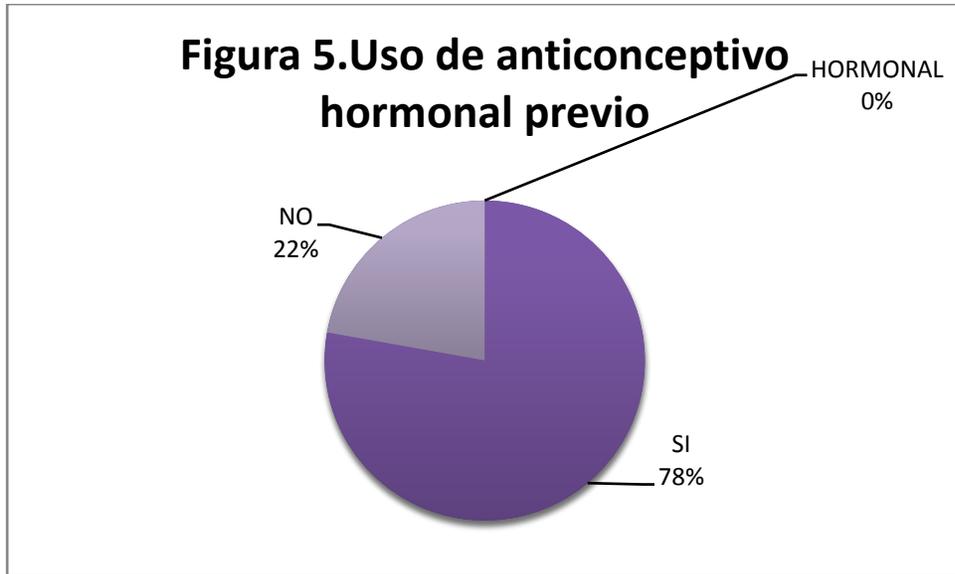
Figura 4. Edad de inicio de vida sexual activa



Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

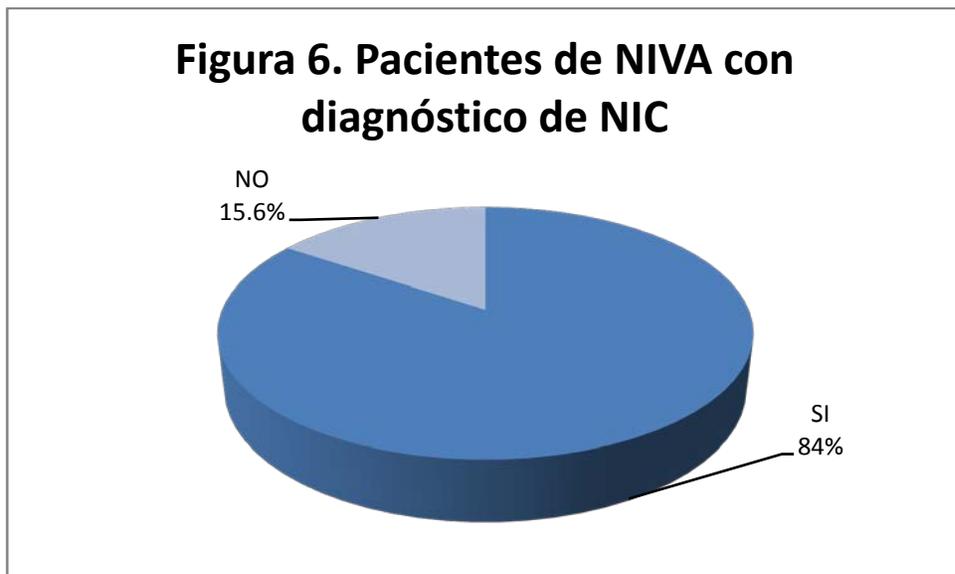
Como antecedente de uso de anticonceptivo hormonal previo, se encontró que 35 pacientes, equivalentes a un 77.8% de la población del estudio, no lo habían utilizado, mientras que 10 de ellas, es decir, un 22.2 % tenían antecedente de uso previo.

Lo anterior se ejemplifica gráficamente en la Figura 5.



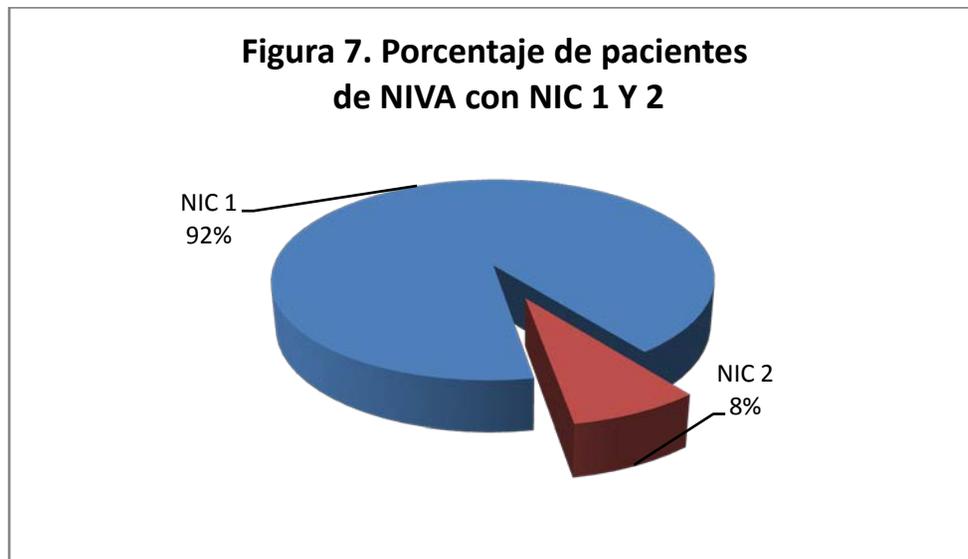
Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

En las pacientes del estudio, se buscó la presencia de neoplasia cervical, encontrando que 7 de ellas, equivalentes al 15.6%, no contaban con dicho diagnóstico y en 38 pacientes, 84.4% si estaba presente.(Figura 6)



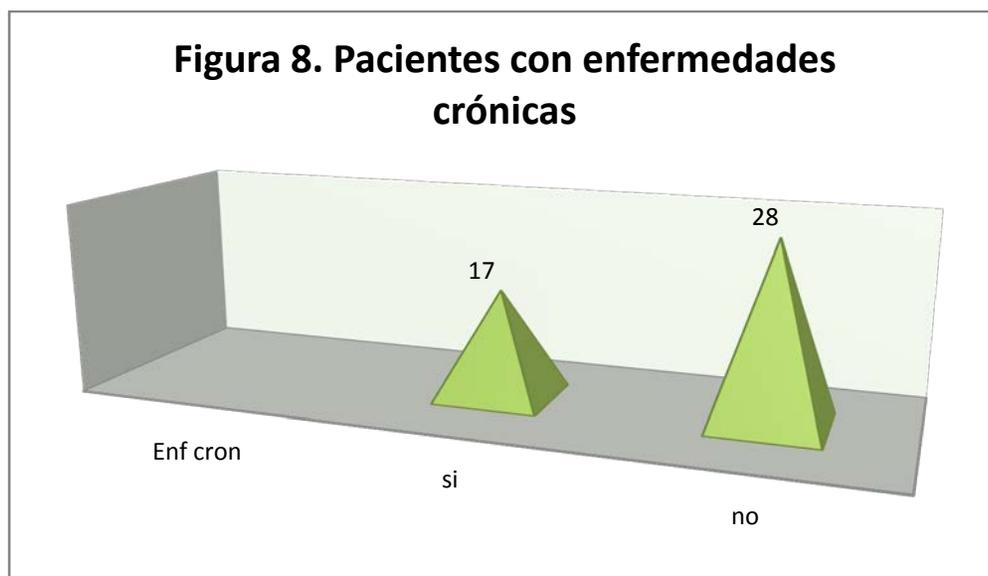
Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguaran.

De estas pacientes con diagnóstico de NIC, se encontró una frecuencia de 35 (92%) de ellas con NIC-1 y 3 pacientes (8%) con NIC-2. (Figura 7)



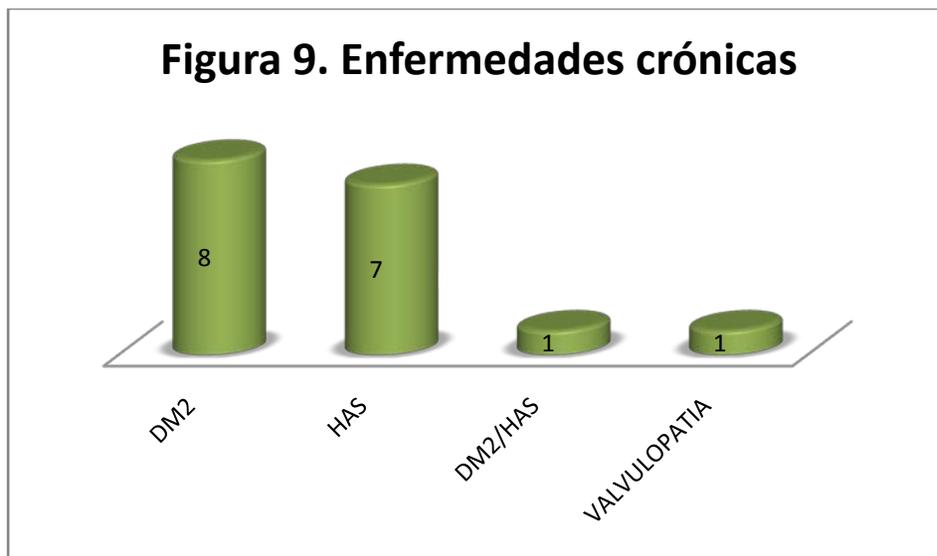
Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguarán.

Se realizó la búsqueda de enfermedades crónicas asociadas, encontrando que en 28 pacientes no había antecedente de alguna enfermedad y en 17 había enfermedad.(Figura 8)



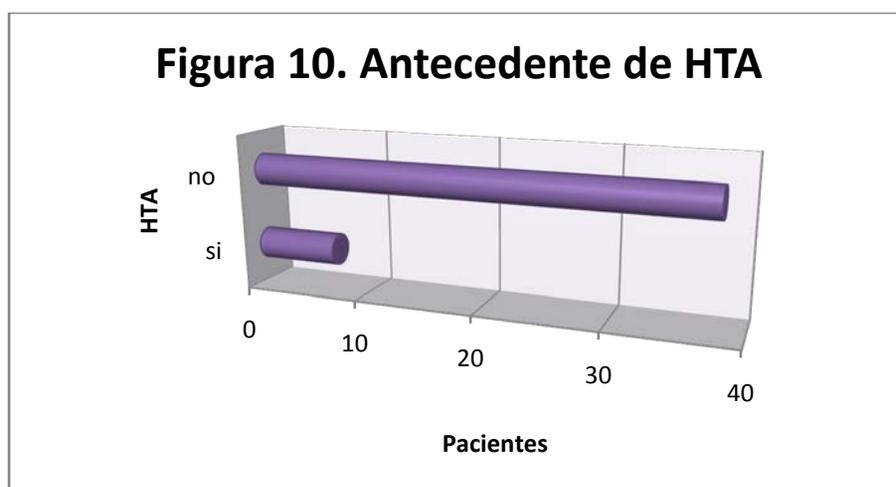
Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguarán.

Dentro del grupo de pacientes con enfermedades crónicas, se encontró que las más frecuentes fueron diabetes mellitus (47%) e hipertensión arterial crónica (41.1%), representado en la Figura 9.



Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguarán.

De las pacientes en estudio se buscó en la historia clínica el antecedente de histerectomía, encontrando que en 7 (equivalente al 15.6%) pacientes había dicho antecedente y en 38 (equivalente a 84.4%) pacientes no existía antecedente. (Figura 10)



Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguarán.

A fin de identificar los factores de riesgo para desarrollar NIVA, se calculó la prueba de razón de momios, lo que se presenta en el Cuadro I, siendo de mayor relevancia las enfermedades crónicas (diabetes mellitus e Hipertensión arterial) y las histerectomías previas.

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO DE NIVA

FACTOR DE RIESGO	OR	LIMITE DE CONFIANZA
Enfermedad crónica	4.03	0.93<OR<19.17
Histerectomía previa	3.27	0.50<OR<22.98
Escolaridad	1.56	0.12<OR<42.71
Infección vaginal	1.38	0.14<OR<12.27
Tabaquismo	0.85	0.17<OR<4.08
Anticonceptivo hormonal	0.10	0.48<OR<13.31

Fuente.-Formato para recolección de datos de expedientes 2012. HMI Inguarán.

IV. DISCUSION.-

Se encontró que el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 35 años; con una media de 41.3 años encontrando como máximo de edad 74 años, lo cual coincide con lo reportado en la literatura referida, donde se reporta un rango promedio de 43 a 60 años de edad, según los estudios de Wei-WeiWee y Sugase M, Matsukura.

Con relación a los factores de riesgo asociados, en el antecedente de histerectomía previa se encontró la presencia de dicho factor en un 15.6%, más elevado a lo reportado en la literatura, calculado aproximadamente del 1 al 7 % de pacientes a quienes se les realizó histerectomía, de acuerdo al estudio de Gagné et al.

Además, en este factor se obtuvo una razón de momios de 3.27, lo cual nos indica un alto grado de asociación con la presencia de neoplasia intraepitelial vaginal.

Se ha reportado en la literatura mundial asociación de neoplasia vaginal con neoplasia cervical. De los 45 expedientes revisados, se encontró un alto porcentaje de pacientes de neoplasia intraepitelial vaginal con coexistencia de neoplasia intraepitelial cervical en un 84.4%. De este porcentaje el 92% corresponde a pacientes con presencia de NIC-I y el 8% a NIC-2.

Hay datos que sugieren un riesgo mayor de neoplasia vaginal en mujeres fumadoras que en no fumadoras, en este estudio se reportó una OR de 0.85, lo cual no coincide con la literatura mundial.

Se reporta en la literatura que también una baja educación se ha asociado a la presencia de neoplasia vaginal, en este estudio se confirma dicha asociación con una razón de momios de 1.56.

En cuanto al uso de hormonal previo se encontró una OR de 0.8 lo cual no nos indica una asociación causal, a pesar de lo reportado en la literatura mundial, donde se reporta su asociación con neoplasia vaginal y epitelial.

Tampoco la infección vaginal presenta una asociación causal al encontrarse una OR de 1.38.

El antecedente de enfermedades crónicas es un factor aun no reportado como tal en la literatura, sin embargo se encontró en este estudio que tienen una alta asociación con una OR de 4.03.

Así mismo se corrobora la asociación de neoplasia vaginal con neoplasia cervical.

V. CONCLUSIONES

De la población estudiada mediante los expedientes clínicos en la Clínica de Colposcopia del Hospital Materno infantil Inguarán, durante el periodo de análisis, se concluye que la edad promedio de desarrollo de neoplasia intraepitelial vaginal es de 41 años.

Que el antecedente de histerectomía previa sí es un factor de riesgo asociado al desarrollo de neoplasia vaginal.

El factor de riesgo de tabaquismo no pudo ser asociado al desarrollo de neoplasia vaginal como lo reporta la literatura mundial.

Se confirma la asociación de baja escolaridad y desarrollo de neoplasia vaginal.

El uso de hormonal previo y de infección vaginal no se pudo confirmar.

Un nuevo factor de riesgo que podría ser línea de investigación, conmuestras más numerosas, es la asociación de enfermedades crónico degenerativas con el desarrollo de NIVA sobre todo la hipertensión arterial y la DM2.

Por todo lo anterior es recomendable continuar con este estudio para identificar otros factores de riesgo asociados con el desarrollo de neoplasia vaginal en pacientes diagnosticadas mediante histopatología.

Se debe dar mayor importancia a la detección de pacientes con alto riesgo de desarrollo de neoplasia vaginal, inicialmente mediante la sospecha a través de los factores de riesgo descritos, y detectados en el momento de realizar su historia clínica.

Finalmente, es necesario hacer énfasis en la revisión sistemática de la región vaginal durante el uso de la colposcopia, para así diagnosticar no solo las neoplasias cervicales.

La colposcopia vaginal es relativamente fácil para detectar, y debería ser parte de la revisión colposcópica integral, y de ser detectadas alteraciones en ésta, enviar a la paciente inmediatamente a estudio histopatológico y de ser necesario, dar manejo oportuno.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. Wei-Wei Wee a, Yin N. Chia b, Philip K.-L. Yam. Diagnosis and treatment of vaginal intraepithelial neoplasia, *Int J Gynecol Obstet*, 2011; doi:10.1016/j.ijgo.2011.10.033
2. Gagné, Hélène, Colposcopy of the vagina and Vulva . *Obstet Gynecol Clin N Am*. 35: (659-669). 2008.
3. Schockaert S, Poppe W, Arbyn M, et al. Incidence of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective study. *Am J Obstet Gynecol*, 2008; 199:113. e1.
4. Sillman FH, Fruchter RG, Chen YS, et al. Vaginal intraepithelial neoplasia: risk factors for persistence, recurrence, and invasion and its management. *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 176:93.
5. Aho M, Vesterinen E, Meyer B, et al. Natural history of vaginal intraepithelial neoplasia. *Cancer*, 1991; 68:195.
6. Sugase M, Matsukura T. Distinct manifestations of human papilloma viruses in the vagina. *Int J Cancer*, 1997; 72:412.
7. Cheng D, Ngan HY, Wong LC. Wide local excision for vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN). *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:648.
8. Berek, Jonathan. *Ginecología de Novak*, McGraw Gill, 2008, (602-605).
9. Davis GD. Colposcopic examination of the vagina. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1993; 20 (1):217-29.
10. Fraser IS, Lahtenmaki P, Elomaa K, et al. Variations in vaginal epithelial surface appearance determined by colposcopic inspection in healthy, sexually active women. *Human Rep* 1999; 14 (8): 1974-8.
11. Piscitelli JT, Bastian LA, Wilkes A, Simel DL. Cytologic screening after hysterectomy for benign disease. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:424-32.
12. Von Gruenigen VE, Gibbons HE, Gibbins K, et al. Surgical treatments for vulvar and vaginal dysplasia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109:942
13. Watson M, Saraiya M u X. Update of HPV-associated female genital cancers United States, 1999-2004. *J Women Health (Larchmt)* 2009; 18:1731.

14. Vinokurova S, Wentzensen N, Einekel J, et al. Clonal history of papilloma virus induced dysplasia in the female lower genital tract. *J Nat Cancer Inst*, 2005; 97: 1816.
15. Insinga RP, et al. A Systematic Review of the Prevalence and Attribution of Human Papillomavirus Types Among Cervical, Vaginal and Vulvar Precancers and Cancers in the United States, *Nat Inst Health*, 2008; 17(7): 1611–1622.
16. Wharton JT, Tortolero-Luna G, Linares AC, et al. Vaginal Intraepithelial neoplasia and vaginal cáncer. *ObstetGynecol*, 1996; 23:325.
17. De Palo, G. et al. *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*, 2007, 177-181.
18. Indermaur, Megan D , Martino MA, Fiorica JV, et al . Upper vaginectomy for the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia. *Am J ObstetGynecol*, 2005; 193, 577-81.
19. Von Gruenigen VE, Gibbons HE, Gibbins K, et al. Surgical treatments for vulvar and vaginal dysplasia: a randomized controlled trial. *ObstetGynecol* 2007; 109:942.

<p>2.3 Asma</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>8. No hay registro</p>	<p> ____ </p>	<p>2.4 Edad de Inicio de vida sexual activa</p>	<p> ____ </p>
<p>2.5 Tabaquismo</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>8. No hay registro</p>	<p> ____ </p>	<p>2.6 Numero de parejas sexuales</p>	<p> ____ </p>
<p>2.7 Histerectomía</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>8. No hay registro</p>	<p> ____ </p>	<p>2.8 Uso de anticonceptivo hormonal</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<p> ____ </p>
<p>2.9 Diagnóstico de NIC</p> <p>1.Si</p> <p>2. No</p> <p>3. No hay registro</p>	<p> ____ </p>	<p>2.10 Infección vaginal durante la colposcopia</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. No hay registro</p>	<p> ____ </p>