



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

---

---

## FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios De Postgrado e Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CORRELACIÓN COLPOHISTOPATOLOGICA DE LESIONES POR  
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES  
CLIMATERICAS EN EL SERVICIO DE DISPLASIAS DEL EN EL  
HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

Trabajo de Investigación que presenta el:

DRA. GABRIELA VÁZQUEZ GÓMEZ

Para Obtener el Diploma de la Especialidad en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor de Tesis:

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS



ISSSTE

México, D.F. 2012



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.

## RESUMEN

---

**Antecedentes:** En la menopausia ocurren cambios a nivel del epitelio del cuello uterino que lo hacen más propenso a procesos inflamatorios e infecciosos. El 75% de las mujeres ha adquirido al menos una infección por VPH para la edad de 50 años. Un grupo de VPH es casi siempre asociado con las lesiones NIC de bajo grado que tienen un bajo riesgo de progresar a cáncer de cuello uterino. Un segundo grupo de virus es encontrado más comúnmente en NIC2 y NIC3 y tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer invasivo y las cuales están incrementando recientemente en nuestro medio en pacientes de 20 a 60 años. El cérvix es una estructura de fácil acceso a través de la exploración ginecológica, lo que ha contribuido al desarrollo de técnicas para su estudio. La colposcopia desempeña un papel fundamental en el procedimiento diagnóstico de éstas pacientes y resulta indispensable para dirigir las biopsias y permite precisar la topografía de las alteraciones, así como definir los límites y la situación de la zona de transformación del cuello. Las mujeres con citología cervical anormal, son evaluadas por colposcopia y se realiza una toma de biopsia y/o como diagnóstico de las zonas anormales del epitelio cervical, sin embargo, el diagnóstico incorrecto por citología, colposcopia e igualmente por biopsia y como diagnóstico son frecuentemente encontrados. El estándar de oro para diagnóstico de cáncer cervicouterino es el estudio histopatológico; esta técnica debe tener un alto y estricto control de calidad ya que califica los resultados del programa en su totalidad.

**Objetivo:** Determinar la diferencia entre los resultados de la colposcopia y los histopatológicos en pacientes climatéricas con infección por virus del papiloma humano.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, abierto, retrospectivo y transversal de marzo del 2011 a marzo del 2012, realizado a pacientes de 40 a 55 años de edad que acudieron a la consulta de displasias en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, recolectando los datos de los expedientes clínicos. Criterios de inclusión fueron todas las pacientes en el grupo de edad mencionado y a las que se les realizó colposcopia con lesiones sugestivas de VPH, conización por asa diatérmica secundaria a imágenes colposcópicas compatibles con IVPH y lesiones intraepiteliales

de bajo y alto grado, así como pacientes con citología con lesión de bajo o alto grado sin correlación colposcópica a quienes se les realizó asa diagnóstica. Criterios de exclusión fueron aquellos casos en los que no se encontraron los expedientes y/o en los que no se encontraron resultados histopatológicos. Para el estudio se utilizaron medidas de tendencia central.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se registraron 695 piezas quirúrgicas clasificadas como conización o equivalente de las que se excluyeron 10 por falta de datos, de los 685 casos evaluados, 620 (90.52%) correspondieron a intervenciones practicadas con asa diatérmica (conización) y 65 (9.48%) con `pinza Kevorkian para biopsia. Hubo una coincidencia diagnóstica del 83.7% entre los resultados histopatológicos y los estudios colposcópicos. 205 resultados colposcópicos fueron identificados como IVPH de los cuales, 180 fueron corroborados en el reporte histopatológico (87.8% de coincidencia), 105 como LEIBG y 90 corroborados (85.7% de coincidencia), 125 como LEIAG y 100 corroborados (80% de coincidencia), 7 como Ca. Epidermoide y 3 corroborados (42.8% de coincidencia), 13 como adenocarcinoma y 8 corroborados (61.5% de coincidencia).

**Conclusiones:** La coincidencia diagnóstica con los resultados histopatológicos fue de más del 80% que resulta ser el índice esperado para éste estudio, sin embargo en cuanto a la detección de lesiones por CaCu, se obtuvo una coincidencia de menos del 60%, aún así, al tener una correlación diagnóstica de las lesiones premalignas en más del 80%, podemos llegar a una detección oportuna del cáncer cervicouterino en pacientes climatéricas en quienes el seguimiento es más difícil.

## ANTECEDENTES

---

El endocervix se extiende desde el istmo hasta el ectocervix y contiene el canal endocervical. Está recubierto por un epitelio cilíndrico secretor de moco que forma pliegues y se proyecta dentro del tejido conectivo subyacente formando complejas glándulas o criptas.

El ectocervix se extiende desde la unión escamocolumnar hasta los fórnicos vaginales y está recubierto de epitelio plano estratificado no queratinizado que es sensible a los cambios hormonales.

La unión escamocolumnar está localizada en el punto donde el epitelio cilíndrico y el epitelio plano se encuentran. La localización de este punto varía durante la vida como resultado de cambios metaplásicos en el epitelio cilíndrico del cuello uterino, después de la menopausia ésta unión se encuentra usualmente en el canal endocervical.

La Zona de Transformación incorpora el área de cambio metaplásico del cuello uterino. Es importante en vista del hecho que las células de la zona de transformación son extremadamente susceptibles a carcinógenos y la mayoría de cánceres se originan en ella.

La superficie luminal del canal endocervical y las criptas está recubierta por una capa única de epitelio cilíndrico. En este recubrimiento se pueden identificar tres tipos de células: cilíndricas secretoras, cilíndricas ciliadas y células de reserva.

El epitelio plano original que recubre el ectocervix mide 0.5mm de grosor y proporciona una cubierta protectora para la porción vaginal del cuello uterino. Su grosor varía con la edad y con el ciclo menstrual haciéndose completamente maduro bajo la influencia del estrógeno pero solo semi-maduro bajo la influencia de la progesterona. En ausencia de estas hormonas, el grosor del epitelio se reduce de manera importante como sucede en la etapa de climaterio.

Se había dicho ya que bajo la influencia de la progesterona, el epitelio se torna semi-maduro conteniendo 10-18 capas de grosor, también sucede así cuando se está bajo terapia hormonal de reemplazo. Las células de la superficie tienen un pequeño núcleo vesicular abierto de cerca de 5  $\mu\text{m}$  de diámetro y pueden contener gránulos de glucógeno.

Dicho todo lo anterior, podemos entender que en la menopausia el cuello uterino reduce de volumen y el epitelio plano se hace atrófico, más delgado y la estratificación y la glucogenación que son características del epitelio normal antes de la menopausia, desaparecen, agregando a esto que la infección es aún más común debido a que el epitelio es tan delgado.

Aquí es importante destacar el hecho de que debido al proceso de cambio de epitelio y su influencia hormonal en las diferentes etapas, así como a la respuesta a la irritación crónica de cualquier tipo, se presenta una metaplasia, nombre dado al proceso por el cual un tipo de epitelio completamente diferenciado se transforma en otro y el cual pasa por tres etapas histológicas que han sido identificadas:

- Etapa 1: Hiperplasia de células de reserva que empiezan a dividirse en el epitelio endocervical.
- Etapa 2: Metaplasia plana inmadura donde las células de reserva proliferan para formar múltiples capas de células indiferenciadas y una capa superficial de células cilíndricas mucinosas se puede ver frecuentemente en la superficie.
- Etapa 3: Metaplasia plana madura donde las células indiferenciadas se diferencian en epitelio plano maduro que es casi indistinguible del epitelio plano original.

El cambio metaplásico es reversible y teóricamente el epitelio transformado puede revertir al epitelio original después que el estímulo ha desaparecido, pero esto no siempre ocurre.

En el cuello uterino, el área de epitelio que ha sufrido cambio metaplástico se le llama zona de transformación. Numerosos estudios han demostrado que las células epiteliales metaplásicas inmaduras son susceptibles a carcinógenos, y muchos, si no todos los cánceres de cuello cervical se originan en esta área. Los cánceres son más comúnmente

diagnosticados en mujeres de 45 - 65 años sin embargo, las mujeres con cáncer invasivo de cuello uterino son frecuentemente asintomáticas en las etapas tempranas de la enfermedad.

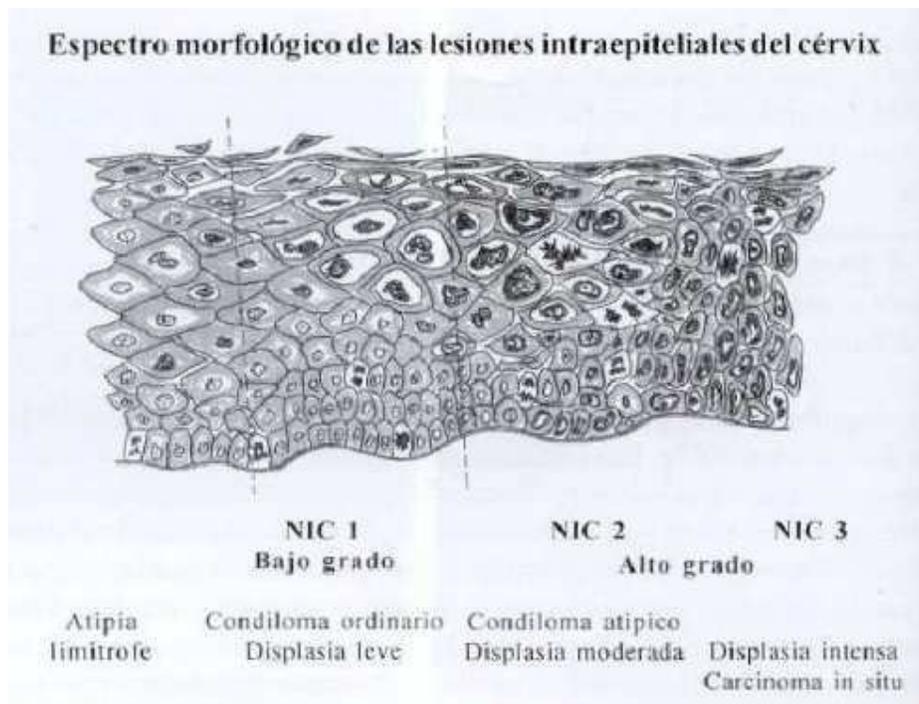
La perspectiva es muy buena para las mujeres con cáncer diagnosticado en los estadios iniciales (Estadio 0 o 1) pero es pobre para las mujeres diagnosticadas con cáncer avanzado. El pronóstico para pacientes diagnosticadas en Estadio 0 es decir estadio preinvasivo, es excelente con menos de un 1% de recurrencia.

Es ampliamente aceptado que la mayoría de cánceres invasivos de células escamosas del cuello uterino son precedidos por una etapa preinvasiva asintomática en la cual, células precancerosas se encuentran confinadas al epitelio del cuello uterino. En esta etapa, el epitelio plano normal del cuello uterino es reemplazado por un epitelio anormal compuesto por células neoplásicas. Esta es la etapa más temprana de la enfermedad, conocida como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Sin diagnóstico y sin tratamiento, numerosos estudios han mostrado que el NIC puede progresar a cáncer invasivo. El tiempo requerido para la progresión de NIC a cáncer invasivo de células escamosas es variable y puede llegar a tomar hasta 15 a 20 años. Hay una fuerte evidencia que el cáncer invasivo puede prevenirse con el diagnóstico y tratamiento del cáncer preinvasivo.

Estudios histológicos del epitelio cervical de mujeres con cáncer de células escamosas del cuello uterino han mostrado que ocasionalmente un estadio intermedio en el desarrollo de cáncer invasivo puede ser identificado. Este es llamado estadio microinvasivo del cáncer de cuello uterino. En este estadio, células neoplásicas individuales o pequeños grupos de ellas pueden verse sobrepasando focalmente la membrana basal que limita las lesiones de NIC. Esto es considerado como la evidencia más temprana de invasión. A medida que el tumor progresa a estadio invasivo, extensiones de células tumorales se prolongan desde el epitelio del cuello uterino hasta las capas subyacentes profundas de tejido conectivo. El tumor puede invadir extensivamente a nivel local pero finalmente invade vasos sanguíneos y canales linfáticos llevando a la diseminación metastásica.

Una etapa preinvasiva de adenocarcinoma es también reconocida histológicamente y se conoce como adenocarcinoma in situ o neoplasia intraepitelial glandular cervical

(CGIN). La etapa microinvasiva de adenocarcinoma, que probablemente exista, no es una entidad histológica claramente definida.



A comienzos del siglo veinte cuando Rubin (1910) describió los cambios histológicos en el epitelio cervical que él creía era el precursor del carcinoma invasivo de células escamosas, notó que las células anormales en el epitelio plano del cuello uterino eran similares a las células tumorales encontradas en el cáncer invasivo. Estos cambios fueron subsecuentemente descritos como "carcinoma in situ" para indicar el potencial maligno de estas lesiones. En los siguientes años, patólogos describieron una variada gama de atipia escamosa en el epitelio cervical pero había cierta incertidumbre sobre su potencial maligno. El término "displasia" fue introducido por Reagan et al (1953) para describir grados menores de anormalidad. Las displasias fueron posteriormente clasificadas como leve, moderada y severa de acuerdo con la proporción de epitelio cervical ocupado por las células neoplásicas.

En 1975 la Organización Mundial de la Salud recomendó el uso del término carcinoma in situ para describir aquellas lesiones en las que la totalidad del epitelio era reemplazado por células neoplásicas indiferenciadas. La OMS también recomendó que el término "displasia" se reservara para lesiones neoplásicas del cuello uterino en las que solo una parte del grosor del epitelio es reemplazado por células tumorales

indiferenciadas. Era ampliamente asumido en aquel tiempo que displasia era una condición patológica clínicamente diferente del carcinoma in situ y que no tenía un potencial invasivo, más aún que las displasias no ameritaban tratamiento. Esta suposición fue desafiada por Richart, quien posteriormente introdujo el concepto de displasia leve moderada y severa y carcinoma in situ como un continuo en el cual una anomalía se continúa con la siguiente e introdujo el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como un término descriptivo único que abarca todos los grados de displasia incluyendo carcinoma in situ bajo un solo tipo de enfermedad.

Hoy se reconocen tres grados de NIC: NIC1 que corresponde a displasia leve; NIC2 que corresponde a displasia moderada; y NIC3 que corresponde a displasia severa y carcinoma in situ. Estudios prospectivos indicaron que el riesgo de progresión de NIC a cáncer invasivo aumenta según el grado de la lesión. Así, la probabilidad de progresión es mayor en mujeres con NIC3 y es menor en mujeres con NIC1.

Ambas terminologías, tanto la de la OMS como la de Richard, son usadas actualmente por histopatólogos para describir el carcinoma preinvasivo de células escamosas.



Se han realizado muchos estudios para definir la causa o causas del cáncer de cuello uterino durante los últimos 50 años. Las mujeres son agrupadas por edad, paridad, estatus social entre otros, para identificar el agente o agentes causantes o los cofactores responsables del desarrollo de la neoplasia cervical. A pesar de considerables estudios, ningún factor único ha sido identificado como causa de la enfermedad y es probable que un número de factores actúen en combinación.

Los estudios mas recientes indican que los virus del papiloma humano (VPH) los cuales representan una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y lo más importante, son un agente importante en la etiología del cáncer de cuello uterino y sus precursores, estos son miembros de la familia conocida como Papovavirus y son virus epiteliotróficos que promueven la proliferación. El 75% de las mujeres ha adquirido al menos una infección por VPH para la edad de 50 años. Los virus del papiloma humano son un grupo de más de 150 tipos de virus relacionados, de los cuales más de 40 tipos pueden transmitirse sexualmente.

El VPH entra a través de la capa basal del epitelio (usualmente la zona de transición) donde el virus se replica a medida que las células basales se dividen. El virus puede persistir en la capa basal en forma latente (inactiva) o puede continuar su replicación a medida que las capas basales se diferencian y ascender a través del epitelio donde el efecto citopático puede ser reconocido en cortes histológicos y frotis citológicos como: coilocitos, paraqueratosis y queratinización de células individuales. La infección aguda puede resolverse con una regresión espontánea de las lesiones o puede persistir como infección latente que puede reactivarse en cualquier momento.

Un grupo de VPH es casi siempre asociado con las lesiones NIC de bajo grado que tienen un bajo riesgo de progresar a cáncer de cuello uterino. Un segundo grupo de virus es encontrado más comúnmente en NIC2 y NIC3 y tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer invasivo.

El cérvix es una estructura de fácil acceso a través de la exploración ginecológica, lo que ha contribuido al desarrollo de técnicas para su estudio. Sin embargo, la visión directa a través del espéculo, apartando las paredes de la vagina, no ofrece apenas información, y es necesario el uso del colposcopio para estudiar las características normales y los distintos procesos patológicos.

El colposcopio, introducido por Hinselman en 1925, es una lupa binocular provista de luz potente, que proporciona visión con aumento variable. Hacer una colposcopia es realizar una exploración dinámica, con una sistemática sencilla para aprovechar al máximo sus posibilidades.

Los virus del papiloma humano son un grupo de más de 150 tipos de virus relacionados, de los cuales más de 40 tipos pueden transmitirse sexualmente. Algunos, llamados VPH de alto riesgo u oncogénicos, pueden causar cáncer. Las infecciones genitales por VPH son muy comunes, pero la mayoría de estas infecciones se presentan sin síntomas y desaparecen sin tratamiento alguno después de unos años. Algunas veces, las infecciones por VPH pueden durar muchos años. Infecciones persistentes por VPH de alto riesgo son la causa principal de cáncer cervical.

La colposcopia desempeña un papel fundamental en el procedimiento diagnóstico de las pacientes que presentan citología anormal. Resulta indispensable para dirigir las biopsias y permite precisar la topografía de las alteraciones, así como definir los límites y la situación de la zona de transformación del cuello. Asociada a la citología y al examen histológico, contribuye a la elección del tratamiento.

El cáncer cervicouterino es de las neoplasias malignas la más común por topografía en mujeres en México.

La neoplasia cervical temprana incluye la neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma in situ, éstas están incrementando recientemente en nuestro medio en pacientes de 20 a 60 años de edad. Las actividades para combatir el cáncer cervicouterino y sus lesiones precursoras están contenidas en la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994,4 que exige calidad óptima para cada proceso (prevención, detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica) para, de esta manera, cumplir con el compromiso gubernamental, académico y ético de reducir la morbilidad y mortalidad debida a este padecimiento, enfermedad que sigue siendo un problema de salud pública en México.

Las mujeres con citología cervical anormal, son evaluadas por colposcopia y se realiza una toma de biopsia y/o como diagnóstico de las zonas anormales del epitelio cervical, sin embargo, el diagnóstico incorrecto por citología, colposcopia e igualmente por biopsia y como diagnóstico son frecuentemente encontrados. El estándar de oro para diagnóstico de cáncer cervicouterino es el estudio histopatológico; esta técnica debe tener un alto y estricto control de calidad ya que califica los resultados del programa en su totalidad. Los instrumentos de procesos intermedios (citología para la detección, colposcopia para el diagnóstico y algunas formas de tratamiento) se valoran aisladamente y en cada uno se evalúan las actividades cotidianas.

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Observar la correlación entre la colposcopia y los resultados histopatológicos en pacientes climatéricas con infección por virus del papiloma humano.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Dar tratamiento y seguimiento oportuno a las lesiones detectadas

Detectar lesiones de alto grado y cáncer cervicouterino

Corroborar que los hallazgos colposcópicos concuerden con el estudio histopatológico para evitar sobretratamientos.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Existe correlación entre los hallazgos colposcópicos e histopatológicos en lesiones por virus del papiloma humano?

### **HIPÓTESIS:**

La correlación colposcópica-histopatológica tendrá como consecuencia el diagnóstico oportuno de lesiones por IVPH de bajo y alto grado y por lo tanto la detección oportuna del cáncer cervicouterino en pacientes climatéricas en quienes el seguimiento es más difícil.

### **JUSTIFICACIÓN**

En el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, se cuenta con una clínica de climaterio en la cual parte del protocolo, es un estudio colposcópico de control, realizado en medio institucional, privado o en otras unidades algunas ya detectadas con virus del papiloma, por lo cual tenemos un grupo considerable de pacientes dentro de la etapa de climaterio a las cuales se les debe de dar seguimiento, sin embargo conocemos que los cambios hormonales modifican las características clínicas del cérvix lo cual

puede tener como consecuencia una incongruencia entre el estudio colposcópico , citológico y el histopatológico pudiendo no haber congruencia entre estas por lo que puede pasar desapercibido un diagnóstico de una lesión de alto grado.

## **DISEÑO**

Este es un estudio observacional, descriptivo, abierto, retrospectivo y transversal de marzo del 2011 a marzo del 2012, realizado a pacientes de 40 a 55 años de edad que acudieron a la consulta de displasias en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, recolectando los datos de los expedientes clínicos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Pacientes de 40 a 55 años que acudieron al servicio de displasias del hospital regional general Ignacio Zaragoza.

Todas las pacientes de 40 a 55 años que asistieron al servicio de displasias del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

## **CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

- Observacional
- Descriptivo
- Abierto
- Retrospectivo
- Transversal

## **GRUPO DE ESTUDIO:**

Pacientes de 40 a 55 años de edad que acudieron a la consulta de displasias en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el periodo comprendido de marzo de 2011 a marzo de 2012.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de 40 a 55 años atendidas en el servicio de displasias
- Pacientes a las que se les realizó colposcopia con lesiones sugestivas de VPH pacientes con realización de conización por asa diatérmica secundaria a imágenes colposcópicas compatibles con infección por virus del papiloma humano.
- Pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.
- Pacientes con citología con lesión de bajo o alto grado sin correlación colposcópica a quienes se les realizo asa diagnóstica.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes sin expediente clínico y aquellas en las que no se encontró el resultado histopatológico dentro del expediente.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes con histerectomía total

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Estudio observacional, descriptivo, abierto, retrospectivo y transversal de marzo del 2011 a marzo del 2012, realizado a pacientes de 40 a 55 años de edad que acudieron a la consulta de displasias en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, recolectando los datos de los expedientes clínicos y en quienes se les detectó colposcópicamente una lesión de bajo o alto grado y que se les tomó biopsia de cérvix así como la comparación de ambos resultados, tanto colposcópico como histopatológico posterior al tratamiento o al cono diagnóstico.

## **CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

NOMBRE	CÉDULA	EDAD	RESULTADO DE ESTUDIO COLPOSCÓPICO	RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

EDAD	Cuantitativo
RESULTADO DE ESTUDIO COLPOSCÓPICO	Cualitativo (DEPENDIENTES)
RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	Cualitativo (INDEPENDIENTES)

**RESULTADOS DE ESTUDIO COLPOSCÓPICO:**

SIN ALTERACIONES	No hay cambios en el epitelio (Cualitativa)
ALTERACIONES INFLAMATORIAS	Cualquier otro cambio en el epitelio cervical (hormonal, infeccioso, traumático, degenerativo, etc.) (Cualitativa)
VPH	Infección viral por papiloma humano (Cualitativo)
LESIÓN DE BAJO GRADO	NIC I (Cualitativa)
LESIÓN DE ALTO GRADO	NIC II / NIC III (Cualitativa)
CANCER CERVICOUTERINO	Transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio cervical (Cualitativo)

**RESULTADOS DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO:**

SIN ALTERACIONES	No existen cambios en el tejido (Cualitativa)
IVPH	Identificación del virus del papiloma humano (Cualitativa)
LESIÓN DE BAJO GRADO	NIC I (Cualitativa)
LESIÓN DE ALTO GRADO	NIC II / NIC III (Cualitativa)
CA EPIDERMÓIDE	Cambios celulares neoplásicos confinados a las células epiteliales del cuello uterino. (Cualitativa)
ADENOCARCINOMA	Cambios celulares neoplásicos confinados a las células glandulares del cuello uterino. (Cualitativa)
OTROS	Cambios inflamatorios (Cualitativa)

**ANÁLISIS DE DATOS:**

Los datos de las pacientes se obtuvieron de los expedientes clínicos, los hallazgos del estudio colposcópico realizado durante la consulta y los reportes histopatológicos de las muestras tomadas. Con los datos obtenidos se evaluaron los siguientes indicadores: edad de las pacientes, diagnóstico colposcópico, diagnóstico histopatológico y correlación diagnóstica colpohistopatológica.

Los resultados se presentaron en porcentajes y, para algunas evaluaciones estadísticas se utilizaron medidas de tendencia central y Chi cuadrada. Para correlacionar los resultados de ambos estudios se utilizó la clasificación de Reagan, Richard y Bethesda.

**RECURSOS:**

Los proporciona el hospital.

**Recurso humano:**

Personal médico especializado y diplomado en colposcopia

**Recursos físicos:**

Colposcopio, ácido acético al 15%, equipo de asa diatérmica, laboratorio de histopatología.

**FINANCIAMIENTO:**

**Costo de la investigación:**

Ninguno

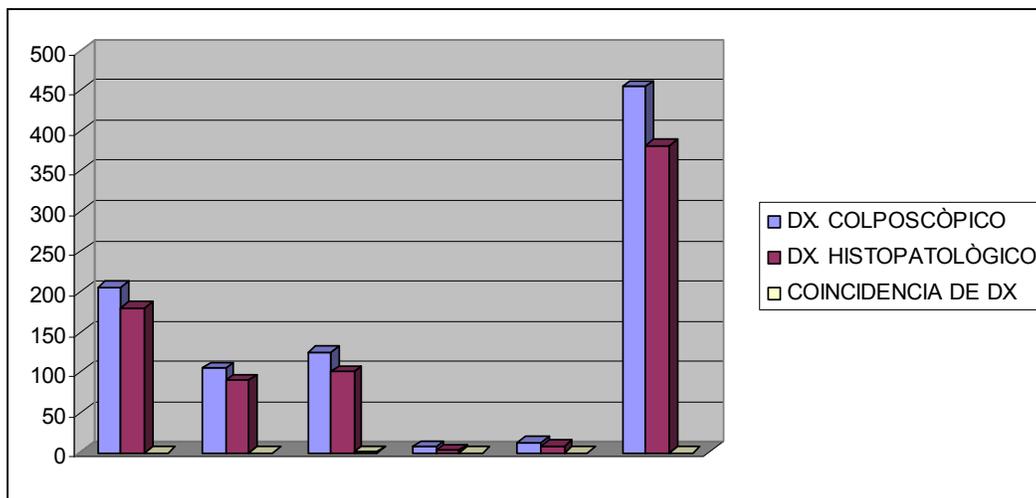
## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 695 piezas quirúrgicas clasificadas como conización o equivalente de las que se excluyeron 10 por falta de datos, de los 685 casos evaluados, 620 (90.52%) correspondieron a intervenciones practicadas con asa diatérmica (conización) y 65 (9.48%) con pinza Kevorkian para biopsia. Hubo una coincidencia diagnóstica del 83.7% entre los resultados histopatológicos y los estudios colposcòpicos (*cuadro 1*).

Cuadro 1. CORRELACIÓN COLPOSCOPIA-HISTOPATOLOGIA

	DX. COLPOSCÒPICO	DX. HISTOPATOLÒGICO	COINCIDENCIA DE DX
IVPH	205	180	87.8%
LEIBG	105	90	85.7%
LEIAG	125	100	80%
CA EPIDERMOIDE	7	3	42.8%
ADENOCARCINOMA	13	8	61.5%
TOTAL	455	381	83.7%

CORRELACIÓN COLPOSCOPIA-HISTOPATOLOGIA

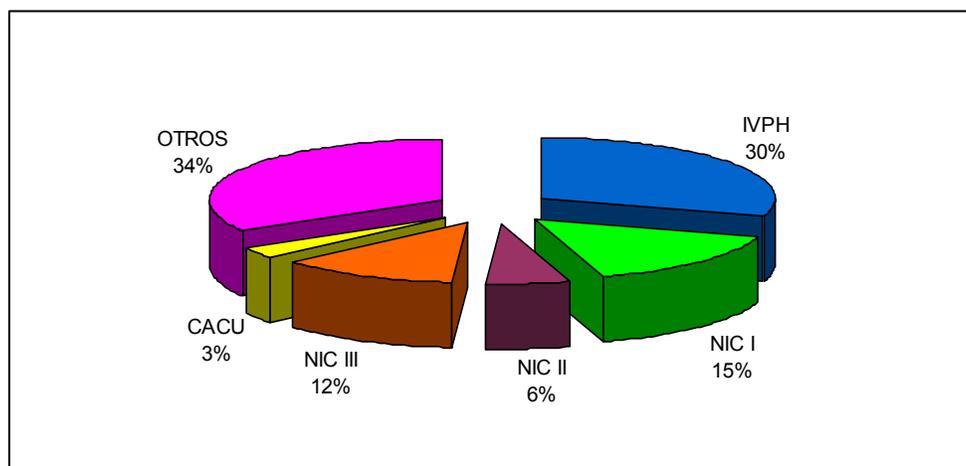


205 resultados colposc6picos fueron identificados como IVPH de los cuales, 180 fueron corroborados en el reporte histopatol6gico (87.8% de coincidencia), 105 como LEIBG y 90 corroborados (85.7% de coincidencia), 125 como LEIAG y 100 corroborados (80% de coincidencia), 7 como Ca. Epidermoide y 3 corroborados (42.8% de coincidencia), 13 como adenocarcinoma y 8 corroborados (61.5% de coincidencia). (Cuadro 2 y 3).

Cuadro 2. RESULTADOS COLPOSC6PICOS

COLPOSCOPIA	Nº casos
IVPH	205 (29.9%)
NIC I	105 (15.3%)
NIC II	40 (5.8%)
NIC III	85 (12.4%)
CACU	20 (2.9%)
OTROS	230 (33.5%)
TOTAL	685

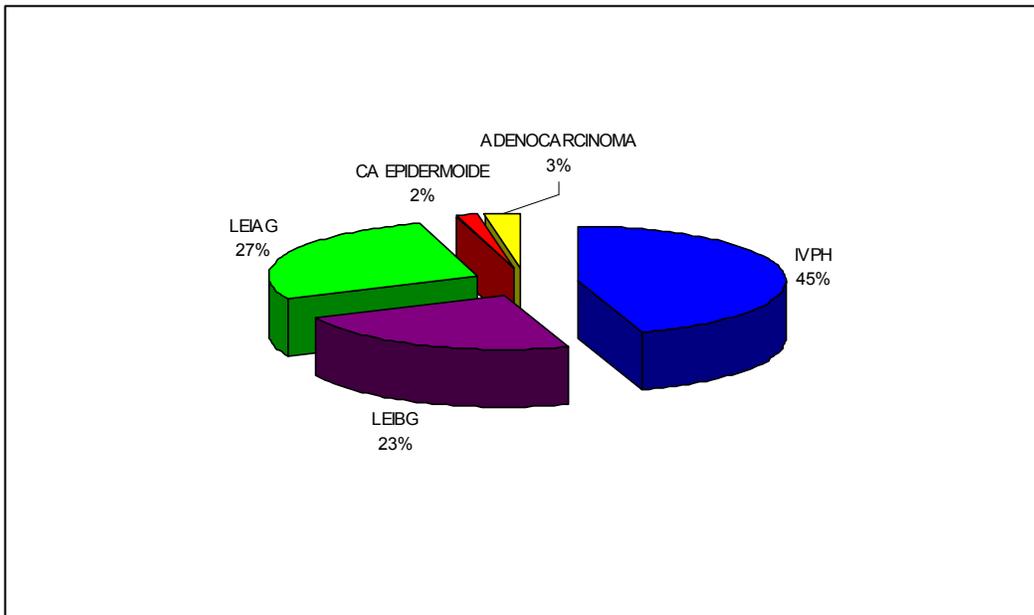
RESULTADOS COLPOSC6PICOS



Cuadro 3. RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS

HISTOPATOLOGÍA	Nº de casos
IVPH	180 (26.2%)
LEIBG	90 (13.13%)
LEIAG	100 (14.5%)
CA EPIDERMOIDE	3 (0.43%)
ADENOCARCINOMA	8 (1.16%)
OTROS	304 (44.3%)
TOTAL	685

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS



## **DISCUSIÓN**

## BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) Baldauf. JJ., et.al. *Neoplasias intraepiteliales del cuello uterino*. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, París), Gynécologie, 597-A-10, 2003, 20p.
- (2) Cuzick J, Szarewski A, et.al. *Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study*. Lancet. Dec 6;362(9399):1871-6. 2003
- (3) *Management of abnormal cervical cytology and histology*. ACOG Practice Bulletin No. 99. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008; 112: 1419-44.
- (4) Norström A et.al. *Problemas de detección precoz de los cánceres del cuello uterino*. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París, Gynécologie, 605-A-20, 2002, 76p.
- (5) Sasco AJ., *Epidemiología del cáncer cervicouterino*. Elsevier SAS, París, Gynécologie, 605-A-20, 2002, 6p.
- (6) Ruiz-Moreno JA. et.al. *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana, 2005; pp:175-8.
- (7) Wright TC Jr, et.al. *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests*. Am J Obstet Gynecol. Oct;197(4):346-55. 2007.
- (8) Z. De Guglielmo, et.al. *Métodos utilizados en la identificación del virus de papiloma humano*. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (1): 71-77.