



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER

SECRETARIA DE SALUD

**“EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES DE BAJO GRADO DE CÉRVIX A BASE DE
CRIOCIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, PERIODO 2013”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

SENYASET FIERRO CÍNTORA

ASESORES

DR.ARTURO ESCOBEDO GARCÍA

DR.EDGAR ALEJANDRO GOMÉZ VILLA



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.

DRA. MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZUÑIGA

DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. JOSÉ JESÚS PRADO ALCAZAR

JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ARTURO ESCOBEDO GARCÍA

ASESOR

DR. EDGAR ALEJANDRO GÓMEZ VILLA

ASESOR

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Mi padre, Dr. Reynol Fierro Gómez.

Mi madre, Dra. Ma. Irma Cíntora Zamudio.

Mi hermano, Isrraeli Fierro Cíntora y a su familia, Damaris Selene Ibarra y Reynol Fierro Ibarra.

Les agradezco por ser los mejores padres que Dios me dio, por los valores y enseñanzas de vida que compartieron conmigo, por jalarme las riendas cuando sentía que no podía, por su amor incondicional, los amo.

A mi hermano que en su afán de ser médico me ayudo a entender el esfuerzo que debía poner en cada paciente, el aprendizaje que tenía que tener para ser mejor cada día y por ser el mejor hermano.

A mi cuñada y mi sobrino por el amor que me dan, por estar en mi familia.

Les agradezco a ellos el apoyo incondicional que me extendieron, la confianza y la seguridad que me dieron para continuar mi camino en la medicina.

El esfuerzo que hicieron para que fuera médico y continuar con una especialidad, la fortaleza, las palabra de aliento, los desvelos por estar conmigo y a mi lado en cada decisión y momento difícil.

A Jonathan García Osnaya, por estar a mi lado en cada lágrima, por aguantar mis enojos y darme la mano siempre que perdía el camino.

A mis maestros del Hospital de la Mujer, por darme el conocimiento, sabiduría, experiencia, paciencia y habilidad para mi especialidad y una parte de sus coronarias.

Gracias a Dios por esta vida y por las oportunidades que me ha dado.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes históricos	3
1.2 Clasificación	5
1.3 Epidemiología	7
1.4 Diagnóstico	7
1.4.1 Colposcopia	7
1.4.2 Eficacia de la colposcopia	9
1.4.3 Indicaciones	9
1.5 Conducta frente al NIC	11
1.6 Tratamiento	14
1.6.1 Crioterapia	14
1.6.2 Barreras de aplicación	16
II. JUSTIFICACIÓN	19
III. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	20
IV. HIPÓTESIS	21
V. OBJETIVOS	22
5.1 Objetivo general	22
5.2 Objetivos específicos	22
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	23
6.1 Criterios de inclusión	23

ÍNDICE

6.2 Criterios de exclusión	23
6.3 Variables de estudio	23
VII. RESULTADOS	24
VIII. DISCUSIÓN	29
IX. CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres.^{4,5,6}

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad.³

Las lesiones intraepiteliales del cuello uterino pueden tratarse mediante técnicas ablativas o destructivos. Independientemente la técnica seleccionada, los principios físicos que se deben aplicar son los mismos: la lesión y toda la zona de transformación deben destruirse o resecarse con la suficiente profundidad en ambos casos, para garantizar la destrucción del cérvix (mínimo 6 mm), invadido por el proceso neoplásico.^{8,9}

En la última década, el tratamiento de las lesiones preinvasoras (NIC) ha gravitado hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios. Debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia; un mayor conocimiento de la historia natural de NIC; y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo, como la criocirugía y el procedimiento de excisión con electrocirugía.^{8,9}

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, analítico, durante el mes de enero del a Diciembre 2013, de pacientes con tratamiento a base de criocirugía con diagnóstico de lesión de bajo grado, revisando la tasa de efectividad de dicho tratamiento

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Historia

Las lesiones intraepiteliales de bajo grado conforman un aspecto de anormalidades consideradas como precursoras del cáncer cervicouterino.¹

El reconocimiento de dichas lesiones data de 1886, cuando Sir Jhon Williams refirió los cambios observados en el epitelio adyacente a los carcinomas escamoso invasores del cérvix, mismos que fueron descritos detalladamente en 1900 por Cullen, por otro lado, en 1929 Pemberton y Smith reportaron que las pacientes diagnosticadas con carcinoma in situ desarrollaron cáncer invasor algunos meses o años después.¹

Posteriormente, en 1956, Reagan y Hamonic usaron el vocablo displasia para nombrar todo el espectro de anomalías citológicas situadas entre el carcinoma in situ y el epitelio cervical normal. Al terminar la década de 1960 Richart introdujo el termino neoplasia intraepitelial cervical, basado en el e concepto de que todas la lesiones precursoras del carcinoma escamoso representan diferentes fases de una misma enfermedad; a través de estudios subsecuentes se demostró que tanto la displasia como el carcinoma in situ son proliferaciones monoclonales de células escamosas anormales, con contenido ADN aneuploide.¹

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados de acuerdo al daño al estrato del epitelio cervical.³

Si la displasia está confinada al tercio inferior del epitelio estamos en presencia de una NIC I también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG); si implica los dos tercios inferiores se denomina NIC II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio están en presencia de una NIC III. Estas dos últimas denominaciones en conjunto se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI-AG).³

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix. Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de NIC, de NIV y carcinomas invasores de la vulva y del pene.²

Se ha demostrado que, tanto el cáncer y las lesiones preinvasoras de cérvix, están asociadas a un elevado porcentaje con el virus del papiloma humano (VPH). La infección de este virus se resuelve sin tratamiento y espontáneo en la mayoría de los casos (> 90%). Y llegando a la persistencia del VPH en un 5 % de las mujeres.⁷

En 1989 se propuso el sistema Bethesda para describir las alteraciones citológicas y se incluyen nuevos conceptos sobre infección por el VPH, además se asocian los simples cambios producidos por el VPH con el NIC I.⁷

1.2 Clasificación

Se introduce el término lesión escamosa intraepitelial (LIE), con dos categorías: bajo grado y alto grado, en donde hay un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), y progresa en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio (alto grado).⁷

En el informe de Broadstock para la New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA) se recogen los siguientes datos:⁷

NIC I: regresan 60 %, persisten 30 %, progresan 10 %, carcinoma invasor 1 %.

NIC II: regresan 40 %, carcinoma invasivo 5 %.

NIC III: regresan 33 %, carcinoma invasivo 12 %.⁷

La primera nomenclatura descrita en la historia de la Ginecología fue la propuesta por Papanicolaou en 1928, después en 1967 Richart y otros describieron la clasificación que se conoce como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). En diciembre de 1988, se reunieron diferentes sociedades de patólogos-ginecólogos y acordaron una nueva nomenclatura conocida como Sistema Bethesda.⁷ **(Tabla1).**

Tabla 1. Nomenclatura en citología cervical

Sistema PAP		Richart	Bethesda
Clase I	Normal		
Clase II	Normal		
	Displasia leve	NIC I	HPV
Clase III	Displasia moderada	NIC II	Bajo grado
	Displasia severa	NIC III	Alto
		y/o	Grado
Clase IV	Cáncer in situ	Ca in situ	
Clase V	Cáncer invasor		
Sistema Bethesda			
Bajo grado HPV, NIC I + HPV, NIC I sin HPV			
Alto grado NIC II, NIC III, Ca in Situ ⁷			

1.3 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300 000 muertes al año. ⁶

El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo ⁵ y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 493 243 y de estos, 273 505 fueron decesos. En México, en el año 2002, se presentaron 12 512 nuevos casos de cáncer cérvicouterino, de los cuales 5 777, el 46% de los casos, fueron decesos ⁶.

Esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres. La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cérvicouterino.⁴

1.4 Diagnóstico

1.4.1 Colposcopia

La colposcopia es la visualización magnificada de los epitelios del tracto genital inferior, por medio de un instrumento llamado colposcopio el cual contiene una visión estereoscópica.^{8,9}

La colposcopia junto con la biopsia dirigida, es el primer método después de un resultado con una citología anormal.^{8,9}

De acuerdo a los hallazgos colposcópicos encontrados, se normara el procedimiento a seguir.^{8,9}

Durante el examen colposcópico se procede a la aplicación en el cérvix con una solución de ácido acético (15% hospital de la Mujer clínica de Displasias). Los cambios en la coloración del epitelio y vasculares del cérvix inducida por el ácido acético, localiza el área más sospechosa para obtener una biopsia directa, excluye la invasión y determina la extensión de la lesión preinvasiva.^{8,9}

Cuando la unión escamo-cilíndrica se visualiza en su totalidad, el examen es considerado satisfactorio.^{8,9}

Test de Schiller: Consiste en aplicar en el cérvix uterino con una solución yodoyodurada de lugol al 1-2%, de manera que obtendremos imágenes yodo negativas (no fijan el lugol), yodo positivas o yodo débiles (fijan el lugol). Fijan el yodo el epitelio maduro, que contienen glucógeno, razón por la que el epitelio maligno o atípico es yodo negativo.^{8,9}

Aunque algunos autores consideran innecesario realizar el test de Schiller durante el examen colposcópico por su poca especificidad, se pueden visualizar con esta solución los límites de la lesión.^{8,9}

1.4.2 Eficacia de la colposcopia

La colposcopia tiene como objetivo en el cribado de cáncer de cérvix a demanda aumentar la sensibilidad de la citología. El empleo conjunto de ambas técnicas tiene un valor predictivo negativo prácticamente del 100% para detectar NIC 2-3 o cáncer invasor ^{10 .11}. La elevada sensibilidad de esta técnica requiere una buena preparación y experiencia, para evitar el riesgo de un sobrediagnóstico y/o sobretratamiento.¹²

La reciente revisión Cochrane basada en la evidencia actualmente disponible sobre el empleo de la colposcopia, concluye que es un método excelente para el estudio de mujeres con citología anormal, pero sin utilidad como test de cribado primario ni como sustituto de la evaluación histológica.¹²

Confirma su eficacia en establecer la topografía de las lesiones cervicales y localizar las áreas más sospechosas para dirigir la biopsia, lo que mejora la exactitud de la histología. Se confirma, asimismo, su eficacia en la planificación individual de la terapia más efectiva.¹²

1.4.3 Indicaciones

Las indicaciones para realizar una colposcopia pueden derivar de los hallazgos citológicos o clínicos. No existe ninguna indicación como método de cribado poblacional.¹³

a) Indicaciones citológicas:

- citología ASC-US repetido
- citología ASC-US con test VPH positivo
- citología LSIL, repetida 2 veces en mujeres menores de 25 años
- citología LSIL en mujeres mayores de 25 a., ASC-H, HSIL o cáncer
- citología AGC, AGC-N, AIS o adenocarcinoma
- citología repetidamente inflamatoria.

b) indicaciones clínicas:

Clasificación de los hallazgos colposcópicos:

En el Congreso de Barcelona de 2002 de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC), el Comité de Nomenclatura ratifica la terminología vigente.¹³

En el apartado de hallazgos colposcópicos anormales, las imágenes catalogadas como cambios menores suelen correlacionarse con metaplasia o NIC I y las catalogadas como cambios mayores como NIC II-III o cáncer.¹³

La digitalización sistemática de las colposcopias realizadas en el estudio ALTS ha permitido de una extensa base de imágenes que actualmente está en estudio para conocer la topografía y evolución de las lesiones intraepiteliales. Los primeros

resultados confirman la diferente distribución de las lesiones cervicales según su grado histológico. El 41% de las biopsias se localizan en el labio anterior (12 h), el 28 % en el labio posterior(6h) y el 16 y 19% en ambas comisuras. ¹³

1.5 Conducta frente a la NIC

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda igualmente la conducta conservadora, repetir el frotis cuando existe citología anormal, si la anormalidad está presente nuevamente en la citología, aconseja referir a la paciente a colposcopia. ^{8,9}

Otra alternativa es realizar tipificación viral para VPH, y si ésta resulta de alto riesgo, derivar a la paciente a colposcopia, de no encontrarse virus de alto riesgo, se recomienda repetir la citología en 12 meses. ^{8,9}

En la última década, el tratamiento de las lesiones preinvasoras (NIC) ha gravitado hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios. Esto se ha debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia; un mayor conocimiento de la historia natural de la NIC; y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo, como la criocirugía y el procedimiento de excisión electroquirúrgica con electrodos cerrados (LEEP). ^{8,9}

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (VPH), el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al

carcinoma in situ (CIS), puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente, sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de éstas debe estar garantizado.^{7,14}

De todos los métodos que existen para el tratamiento ambulatorio de la NIC, la crioterapia y el LEEP son los más prometedores para países en desarrollo, debido a su eficacia, a la casi ausencia de efectos secundarios y a su sencillez y bajo costo. Las tasas de curación varían de 80 a 95 %, según el método usado y la gravedad de las lesiones.^{7,14}

El tamaño de las lesiones ejerce más influencia en los resultados que su gravedad. La mayoría de los investigadores consideran que la crioterapia es apropiada para tratar la NIC III, siempre y cuando las pacientes se ciñan a un plan de seguimiento riguroso.^{7,14}

La valoración individual de cada paciente, en las que se toman en cuenta la edad, paridad, deseos o no de más descendencia y otros factores serían determinantes frente al carcinoma in situ, para decidir otro tipo de conducta terapéutica, como serían la conización, la amputación baja de cuello o la histerectomía total, respetando los ovarios.^{7,14}

El tratamiento ideal de la NIC, sería aquel método que sea de muy fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.^{7,14}

Al aplicar estos requisitos es importante considerar la edad, paridad, tipo y localización de la lesión.^{7,14}

a) Requisitos para el tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical:^{7,14}

- Colposcopista experto.
- Colposcopia satisfactoria.
- Correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida.
- Legrado endocervical (LEC) negativo.
- Seguimiento con citología cada 3 meses el primer año, y posteriormente cada año.

b) El manejo o tratamiento de estas lesiones dependerá:^{7,14}

- Del grado de lesión que vamos a tratar.
- Del tamaño y localización.
- De los medicamentos citoquímicos que tengamos al alcance en el país.
- De los equipos disponibles donde estemos laborando.

c) De acuerdo con esto el tratamiento será:^{7,14}

- Expectante
- Criocirugía
- Asa diatérmica
- Láser
- Conización
- Amputación baja de cuello
- Histerectomía total, respetando los ovarios.^{7.}

1.6 Tratamiento

1.6.1 Crioterapia

La crioterapia se lleva usando desde hace más de 40 años como método efectivo y seguro de destruir lesiones (ablación) NIC del cuello uterino congelando el tejido epitelial del cuello uterino.¹⁴

La crionecrosis ocurre en células que están a una temperatura de -20° durante un minuto o más.¹⁴

Tras la visualización de la cérvix usando un espéculo, se aplica una sonda criogénica con una punta metálica de unos 2 cm de diámetro al cuello uterino y un gas refrigerante (óxido de nitrógeno o dióxido de carbono) pasa por la sonda, enfriando la punta metálica. Controlado por un temporizador o un reloj, el tejido

afectado se congela durante tres minutos, se descongela durante cinco minutos y se vuelve a congelar durante otros tres minutos.¹⁴

La crioterapia es idónea para entornos de pocos recursos, no requiere anestesia ni electricidad, el equipo es portátil, el coste de los consumibles y el equipo es menor que los métodos electroquirúrgicos y, con la formación y la supervisión adecuadas, los profesionales sanitarios de atención primaria pueden llevarla a cabo.¹⁵

Hay un índice de curación del 90%.El 85% de las mujeres encontraron que era un procedimiento seguro y altamente aceptable.¹⁵

Los efectos secundarios comunes incluyen desmayos durante el procedimiento, secreción de flujo vaginal, calambres y manchas de sangre durante el primer mes, pero no tienen un impacto significativo sobre la aceptación o la seguridad del procedimiento.¹⁵

Hay estudios recientes de países en vías de desarrollo que, con seguimiento activo, muestran que las complicaciones como la cervicitis (1%) y enfermedad pélvica inflamatoria <1% son poco usuales.^{16,17}

Las secuelas a largo plazo como la estenosis cervical o la infertilidad son raras.¹⁵ Se aconseja a las mujeres que se abstengan de mantener relaciones sexuales durante al menos un mes tras el tratamiento, e igualmente, hacer uso de

preservativos. La orientación psicológica es muy importante para la aceptación y comprensión de los efectos secundarios y el reconocimiento de las posibles complicaciones.⁵

1.6.2 Barreras de aplicación

a) Contraindicaciones médicas

- Relativas: generalmente no se recomienda para: mujeres embarazadas; lesiones de más de tres cuadrantes cervicales; durante la menstruación.
- Absolutas: sospecha de cáncer invasivo; lesiones que se extiendan al canal endocervical o la vagina; si hay un margen de más de 2 mm de lesión no cubiertos por la criosonda; presencia de enfermedad pélvica inflamatoria o cervicitis; diátesis hemorrágica; prolapso de la pared vaginal que no permita la visualización de la cérvix o el contacto de la sonda con la vagina; intolerancia del procedimiento física o emocionalmente; Las mujeres con lesiones no resueltas tras dos sesiones de crioterapia deben recurrir al tratamiento quirúrgico.⁵

b) Barreras físicas

Tras su uso, la punta metálica de la criosonda debe ser descontaminada de manera adecuada, según la recomendación del fabricante (solución de lejía al 10% o alcohol etílico al 70%), lavarla con detergente y agua usando guantes y procesada por esterilización o un proceso desinfectante antes de volver a usarla

para prevenir la propagación de la infección entre pacientes. El almacenaje del equipo es simple (preferiblemente cubierto) y la facilidad de reparación varía según el tipo de pieza y la disponibilidad de piezas de repuesto o servicio técnico.⁵

c) Barreras formativas

La técnica de la crioterapia es más simple que otros métodos de tratamiento y la formación solo requiere unos pocos días para la mayoría de los profesionales sanitarios con las aptitudes y el conocimiento necesarios. Una supervisión y un seguimiento periódicos son necesarios para mantener el nivel de las habilidades de los profesionales sanitarios.⁵

d) Barreras económicas

Además de los costes directos a los centros médicos, del personal y de dos visitas de seguimiento (al mes o los dos meses y una prueba al año), el coste del tratamiento depende del refrigerante usado y el tamaño del tanque (normalmente, los tanques más grandes generan menos coste por tratamiento). El dióxido de carbono industrial es aproximadamente 3-5 veces más barato que el óxido de nitrógeno. El coste de un equipo crioterapéutico varía desde los 40000 para equipos fiables fabricados en países en vías de desarrollo a los 120000 para equipos fabricados en Europa o Estados Unidos.⁵

e) Barreras políticas

La crioterapia está recomendada como una práctica rentable, segura y de gran aceptación, y hoy en día está permitida en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Era más común en el mundo desarrollado hasta que otras técnicas, como LEEP, fueron adoptadas en su lugar. Ya que muchos países permiten que, tras ser formados y con una supervisión adecuada, las enfermeras y el personal paramédico realicen la crioterapia, en teoría elimina la barrera de limitar el procedimiento a los médicos.⁵

II. JUSTIFICACION

Se sabe que el cáncer cervicouterino se encuentra en la 2a causa de muerte a nivel internacional y que como parte de la identificación de las lesiones precursoras como son la infección por VPH y NIC I, existen métodos accesibles y fáciles de realizar para la población en general. Y en la actualidad los avances en los tratamientos conservadores han demostrado tasas elevadas de éxito en la efectividad de erradicación de lesiones de bajo grado de cérvix.

Conociendo los conceptos introducidos por Richart en 1973 sobre la neoplasia intraepitelial cervical y su posible progresión a carcinoma invasor, y el aumento en la incidencia de pacientes jóvenes y nulíparas, sobresale la necesidad del uso de un tratamiento conservador.

Es la criocirugía un procedimiento conservador, ambulatorio capaz de destruir las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérvix en el 80-90 % de los casos en el transcurso de 1 año y observando curación a las 6 semanas tras su aplicación, accesible en costos, presenta menos complicaciones y resultados satisfactorios.

En nuestro Hospital se cuenta con criocirugía como tratamiento conservador de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Se realiza un seguimiento sobre la evolución de las pacientes tratadas por este método.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las técnicas en el tratamiento de las lesiones intraepiteliales de bajo grado han evolucionado, desde el cauterio utilizado por Celsius para tratar las lesiones ulceradas del cuello y por Jobert de Lamballe en las cervicitis crónicas, hasta la criocirugía, el láser y el asa de radiofrecuencia en los tiempos más recientes.

El tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial, con los diversos métodos reportados en la literatura como la criocirugía utilizada desde 1883 por Open Chowiki, intenta mantener la capacidad reproductiva en las mujeres jóvenes, una mejor calidad de vida y, así evitar las complicaciones y secuelas de otras conductas más radicales.

Por lo anterior se trata de demostrar que la criocirugía es uno de los tratamientos efectivos, conservadores y accesibles en el manejo de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino como son lesiones de bajo grado de cérvix.

IV. HIPOTESIS

Desde la implementación de la clínica de Displasias en el Hospital de la Mujer, se han observado resultados satisfactorios en el diagnóstico y tratamiento temprano de las lesiones intraepiteliales de bajo grado. Es la criocirugía una terapia aplicada como manejo conservador en pacientes jóvenes y nulíparas, con resultados satisfactorios.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la experiencia en el tratamiento de lesiones de bajo grado del cérvix con criocirugía en la clínica de Displasias del Hospital de la Mujer.

5.2 Objetivos específicos

- a) Correlacionar la detección de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en etapas tempranas con la colposcopia y estudio histopatológico.
- b) Determinar si la criocirugía es un procedimiento terapéutico eficaz en pacientes jóvenes y nulíparas.
- c) Observar el seguimiento evolutivo de los casos diagnosticados y tratados con criocirugía con oxido nitroso.
- d) Identificar el manejo realizado en el hospital del la mujer en el diagnostico, tratamiento y seguimiento de las lesiones de bajo grado.

VI. MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de expedientes de la clínica de Displasias del Hospital de la Mujer, del periodo comprendido del 1° de Enero de 2013 al 31 de Diciembre del 2013, de pacientes con tratamiento a base de criocirugía con oxido nitroso y diagnósticos de lesiones debajo grado de cérvix.

6.1 Criterios de inclusión

- Pacientes tratadas con criocirugía.
- Lesiones intraepiteliales de bajo grado del cérvix.

6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuenten con diagnostico histopatológico.
- Lesiones intraepiteliales de alto grado en diagnóstico histopatológico.

6.3 Variables del estudio

- Edad.
- Número de gestas.
- Diagnóstico colposcópico.
- Diagnóstico citológico.
- Diagnóstico Histológico
- Seguimiento a los 2, 6,9,12 y 18 meses.

VII. RESULTADOS

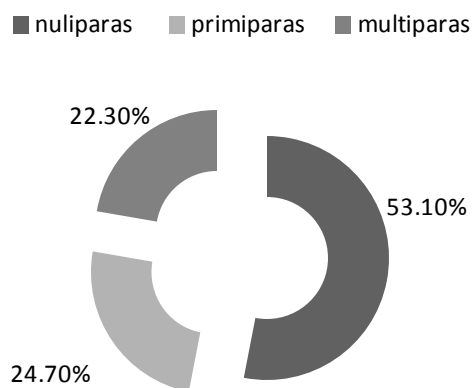
Se obtuvo una muestra de 81 pacientes a las cuales se les realizó colposcopia.

Media de edad 24.4 ± 3.9 años, rango 17-33 años.

Nulíparas 53.1% (n=43), primíparas 24.7% (n=20), multíparas 22.3%(n=18).

(Figura 1)

Figura 1. RELACION DE GESTAS CON TRATAMIENTO A BASE DE CRIOCIRUGIA

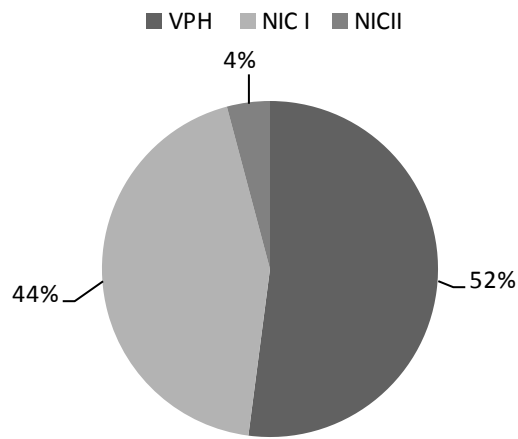


Resultados de la colposcopia:

Se diagnosticó VPH en el 77.7%(n=63), NIC I: 65.43% (n=53), NIC II: 6.17% (n=5).

(Figura 2).

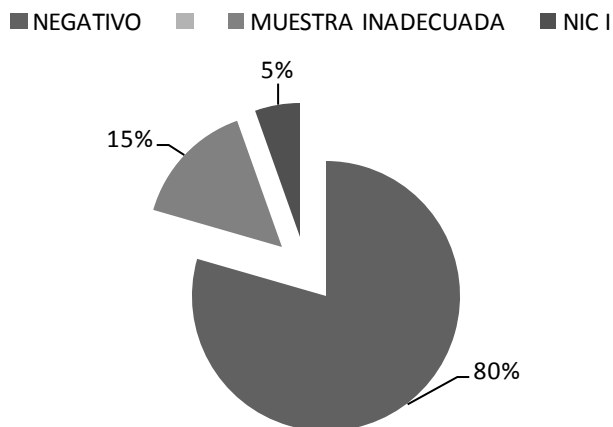
Figura 2. RESULTADOS DE COLPOSCOPIA



Hallazgos citológicos (Papanicolaou):

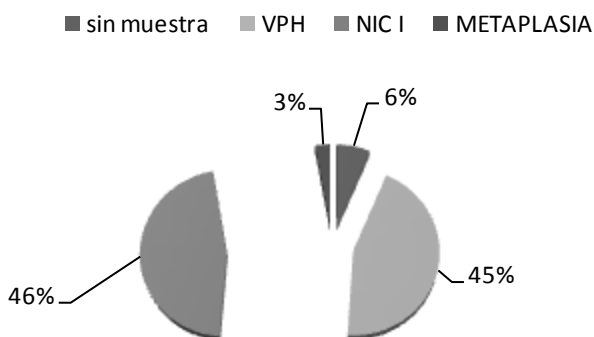
Negativo a células malignas 71.6% (n=58), muestra inadecuada 13.6% (n=11), 9.9% (n=8), NIC I: 4.9% (n=4). **(Figura 3)**

Figura 3. RESULTADOS CITOLOGICOS



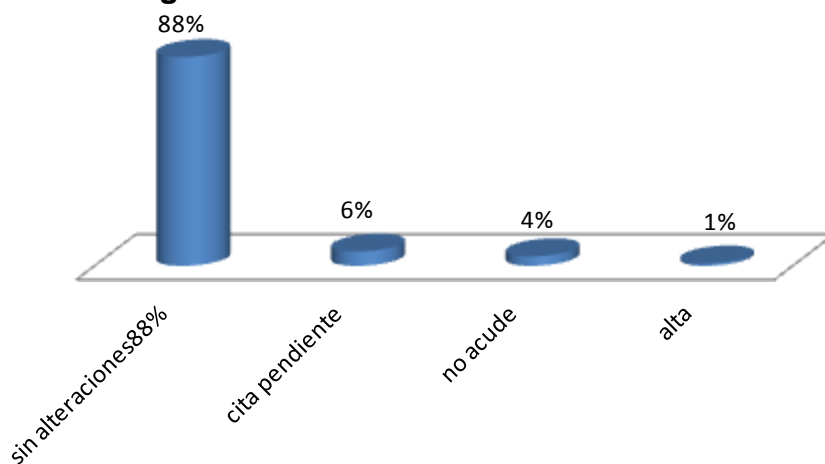
Hallazgos histológicos: sin resultado 11.1% (n=9), VPH 76.5% (n=62), NIC I: 79.01% (n=64), metaplasia 4.93% (n=4). **(Figura 4)**

Figura 4. RESULTADOS HISTOLOGICOS



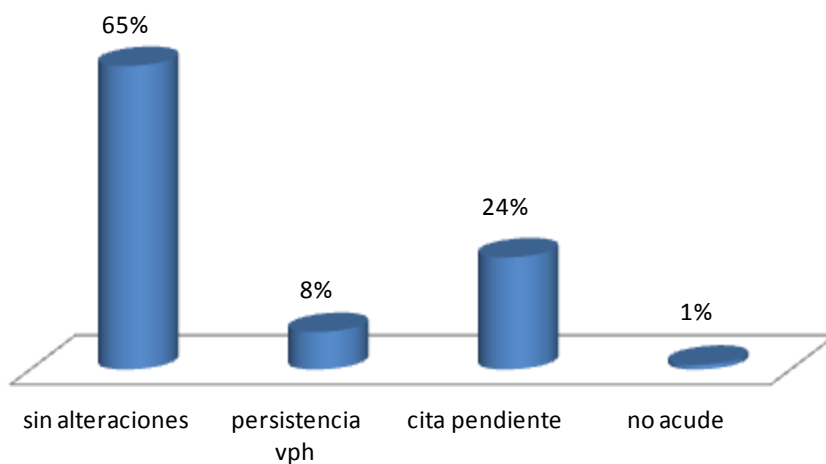
Revisión a los dos meses: Sin alteraciones 88.7% (n=71), cita pendiente 6.2% (n=5), no acudió a revisión 4.9% (n=4), alta del servicio 1.2% (n=1). **(Figura 5)**

Figura 5. REVISIÓN A LOS 2 MESES



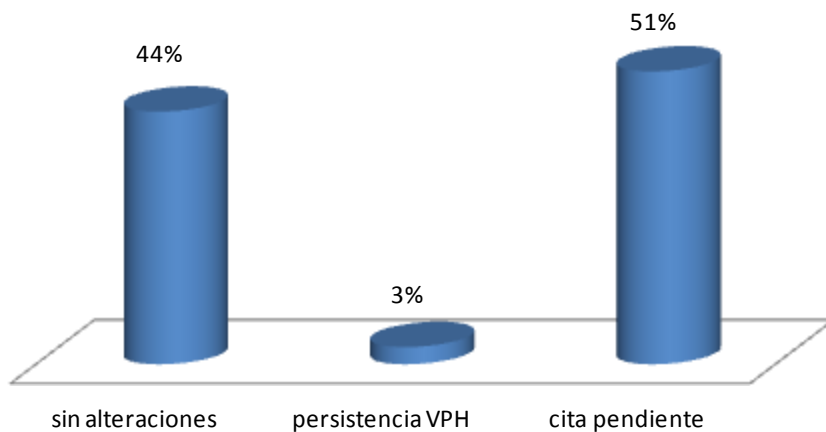
Revisión a los 6 meses: sin alteraciones 65.4% (n=53), persistencia del VPH 8.6% (n=7), cita pendiente 24.7 (n=20), no acudió a revisión 1.2% (n=1)(Figura 6)

Figura 6. REVISION A LOS 6 MESES



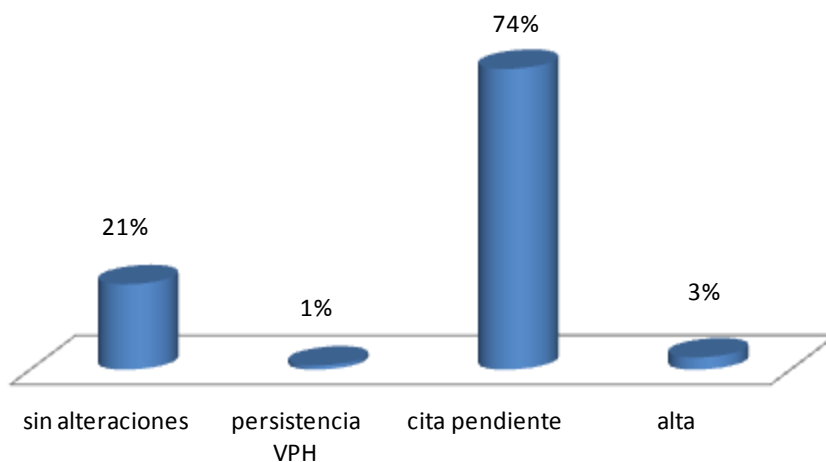
Revisión a los 9 meses: sin alteraciones 44.4% (n=36), persistencia de VPH 3.7% (n=3), cita pendiente 51.9% (n=42).(Figura 7)

Figura 7. REVISION A LOS 9 MESES



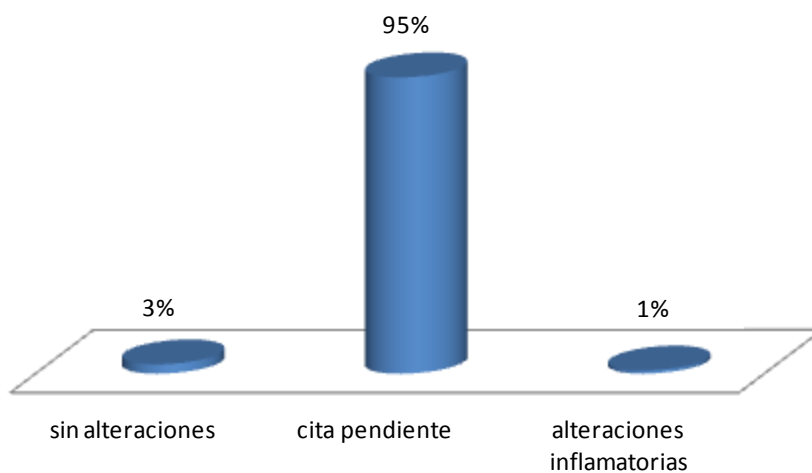
Revisión a los 12 meses: sin alteraciones 21.0 (n=17), persistencia del VPH 1.2% (n=1), cita pendiente 74.1 (n=60), alta 3.7% (n=3).**(Figura 8)**

Figura 8. REVISIÓN A LOS 12 MESES



Revisión a los 18 meses: sin alteraciones 3.7% (n=3), cita pendiente 95.1% (n=77), alteraciones inflamatorias 1.2% (n=1).**(Figura 9)**

Figura 9. REVISIÓN A LOS 18 MESES



VIII. DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos se observó que la tendencia de edad de inicio de las relaciones sexuales es menor, lo que favorece, un aumento en la incidencia de la infección por VPH y de lesiones intraepiteliales de bajo grado, las cuales son más frecuentes en pacientes jóvenes y nulíparas, de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Por ello, se hace hincapié que el tratamiento con criocirugía como una opción adecuada para este tipo de pacientes, ya que es conservador y eficaz, con un nivel de evidencia A. Se ha observado que la criocirugía es un procedimiento eficaz y conservador, útil en pacientes jóvenes que desean conservar su fertilidad.

El inicio de relaciones sexuales a menor edad favorece mayor riesgo de presentar lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), las pacientes adolescentes sexualmente activas presentan una incidencia de VPH del 70% de las cuales el 25% evolucionan a NIC. En nuestro estudio la media de edad de inicio de vida sexual activa fue de 24 años.

El estudio colposcópico es un método de detección de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino muy útil en el diagnóstico temprano de las lesiones de bajo grado así como de alto grado. Sin embargo, en el estudio se observó que el porcentaje diagnóstico del Papanicolaou fue bajo. Ello no favorece la detección de

lesiones intraepiteliales de bajo grado. Como consecuencia, el Papanicolaou no se considera un método diagnóstico eficaz para proponer a la paciente un tratamiento conservador.

Los resultados de los estudios histológicos son el estándar de oro para el diagnóstico definitivo de VPH que evolucionan a una NIC, y presentan una mayor correlación con el estudio colposcópico en la detección de las lesiones intraepiteliales de bajo grado producidas por virus del papiloma humano (VPH); lo que nos ayuda a realizar un tratamiento adecuado para la paciente, de acuerdo a la edad y paridad, basado en el diagnóstico, acorde a la NOM-014-SSA2-1994.

Las pacientes con un seguimiento de 1 a 2 años posterior al diagnóstico y tratamiento con criocirugía en el Hospital de la Mujer tuvo como resultados a los 2 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses y 18 meses; un diagnóstico y tratamiento satisfactorio, sin presencia de VPH o lesiones intraepiteliales de bajo grado, lo que hace de la criocirugía un tratamiento eficaz en pacientes jóvenes y nulíparas, ayudando a conservar su fertilidad. En el estudio realizado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O) en el 2009, se observó una erradicación de VPH en 80% a 90% de las pacientes tratadas. Con un nivel de evidencia A. Se correlaciona el porcentaje de curación en el VPH del 80% a 90% y en NIC I del 87% similar a lo observado en nuestros resultados. De acuerdo a la NOM-014-SSA2-1994 el seguimiento es adecuado por 2 años.

La criocirugía es una opción de tratamiento conservador en pacientes nulíparas que ofrece conservar la fertilidad, además de ser un procedimiento accesible y costo-efectivo. Presenta menos complicaciones y no amerita un quirófano para su realización, (F.I.G.O; 2009)

Este procedimiento ha mostrado resultados satisfactorios en el tratamiento de las lesiones intraepiteliales de bajo riesgo.

Cabe mencionar que la mayoría de nuestras pacientes no tienen control anual de Papanicolaou, al igual que no cuentan con tipificación viral, y son pacientes que no acuden de manera regular a sus controles posterior al tratamiento.

IX. CONCLUSIONES

1. La incidencia de la presentación de lesiones intraepiteliales de bajo grado en cérvix se ha incrementado en pacientes jóvenes y nulíparas.
2. El estudio histológico es el estándar de oro para el diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado y fundamenta el tratamiento conservador.
4. La colposcopia y el estudio histológico son métodos de detección útiles en el diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado del cérvix.
3. La criocirugía es un tratamiento eficaz para pacientes jóvenes y nulíparas que presentan lesiones intraepiteliales de bajo grado.
4. La criocirugía es un procedimiento costo-efectivo de fácil acceso, conservador de la fertilidad y que presenta menos complicaciones.
5. Los resultados son satisfactorios hasta el momento., según la experiencia observada en la Clínica de Displasias del Hospital de la Mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernandez AL. (2005). Cancer cervicouterino. México, D.F. Panamericana:67.
2. Ault AK. Epidemiology and Natural History of Human Papillomavirus infections in the Female Genital Tract Infect Dis. Obsteticia- Gynecol. 2006; (40470):1-5.
3. Concha RM. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. Rev ChillInfect. 2007; 24(3):209-214.
4. López AS, Lizano MS. Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano. Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer. UNAM INCan.2007;(14080):31-35.
5. Castro WM, Gage JM, Gaffikin LD, Ferreccio CM.(2003). Eficacia, Seguridad y Aceptabilidad de la Crioterapia. Seattle, Washington.Panamericana:8-58
6. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.iarc cancer base. 2004;5(2):115-135.
7. Cabezas EC. Conducta frente a la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.1998;24(3):156-60.
8. Gallegos GV,Gallegos GM, Velázquez. Cancer cervicouterino. Causas de citología no útil.Mar 20012;59(1):23-27.
9. Wright TC, et al.(1998). Electrosurgery for HPV. Related diseases for the lower genital tract. A practical hand-book for diagnosis and treatment of electroexcision and fulguration procedures.New York.Igaku-Shoin Medical Pub:25-23.

10. Puig LM, Andia DO.(2005).Manual de colposcopia básica Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Barcelona.Pulso Ediciones SL:17-30.
11. Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology. Eur. J Gynaecol Oncol. 2002; 23:269-277.
12. Kyrgiou M, Tsoumpou I, Vrekoussis T, et al. The up-to- date evidence on colposcopy practice and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: The cochrane colposcopy & cervical cytopathology collaborative group (C5 group)approach. Cancer Treat Rev. 2006;32:516-523.
13. Walker P, Dexeus S, De Palo G, et al. por el Nomenclature Committee of the IFCCP. International Terminology of Colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. Obstetia-Gynecol. 2003;101: 175-177.
14. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CI, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, et al. 2006 consensusguidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. J Low Genit Tract Dis 2007;11(4):223-39.

15. Cox JT. Management of cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet*. 1999;353(9156):57-9.

16. Ward BG, Broe SJ. Outpatient management of abnormal smears. *Aust NZ J Obstet Gynecol*. 2003 ;43(1):50-3.

17. Prendiville W. The treatment of CIN: What are the risks *Cytopathology* 2009;20(3):145-53.