

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA  
Coordinador del Servicio de Ginecología y  
Obstetricia del Hospital Regional  
10. de Octubre. ISSSTE

DR. ALFREDO CARAZA PEREGRINA  
Jefe de Ginecología y Coordinador de  
Enseñanza de Ginecología y Obstetricia  
del Hospital 10. de Octubre. ISSSTE  
Asesor de Tesis

DR. MARIO RIOS CHIQUETE  
Jefe de enseñanza e investigación del  
Hospital Regional 10. de Octubre.  
ISSSTE

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION MEDICA  
NOV 20 1993  
HOSP. G. 10. DE OCTUBRE  
CATEDRA DE ENSEÑANZA  
INVESTIGACION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 está 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

Se llevó a cabo un estudio, que incluyó 50 pacientes con vida sexual activa, las cuales fueron enviadas a la clínica de Colposcopia en un periodo comprendido de Marzo de 1989 a Octubre de 1990, por citología sugerente de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) a las cuales se les realizó citología con técnica de citobrush; colposcopia la cual fué valorada con Índice colposcópico combinado de Reid y biopsia dirigida de las zonas acetoblancas. Se llevó un seguimiento y control cada 3 meses con nueva citología y colposcopia, y biopsia unicamente en aquellos casos en que se presente lesión recidivante post-tratamiento. La correlación entre los hallazgos citológicos Negativo II y colposcópicos de NIC I-II fueron concluyentes e histológicamente se mostró infección por condiloma ordinario y papilomavirus humano (VPH).

Palabras clave: Neoplasia Intraepitelial Cervical, Colposcopia, Histología.

## SUMMARY

The present study was carry out en 50 subjects with active sexual life, the patients was patients was present to the Colposcopic Clinic, between March 1989 and October 1990, Was realized citologic study by citobrush techique because the cervical citology suggest cervical intraepitelial neoplastic (CIN).

The colposcopic study was asses with colposcopic Reid index and biopsy an acetowhites zones. The patients were follow up and controlled every 3 months with new citology and colposcopic studies requiring biopsy only in case recidive in spite of treatment.

The correlation between citologic Neg. II colposcopic CIN I-II was conclude and histologic findings showed the presence of infection by ordinary condilomatosis and virus papiloma human.

Key words: cervical intraepithelial neplasia, colposcopic, histologic.

## INTRODUCCION

Un informe anormal del frotis de Papanicolau facilita la distinción entre proliferación verrucosa de bajo grado, neoplasia intraepitelial de todo grosor y cáncer invasor.

Por lo que el presente estudio muestra una correlación citológica, histológica y colposcópica en el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, para conocer cual es el método más confiable, accesible y menos costoso para diagnóstico de este tipo de lesiones con el propósito de llevarlo a cabo en forma rutinaria y así disminuir la morbi-mortalidad para cáncer cervicouterino en nuestro medio.

La frecuencia de displasia cervical es de 1.2 a 3.8% varía con la edad y presencia de factores de riesgo, la incidencia máxima ocurre -- dentro de los 25-35 años antes que el carcinoma cervicouterino se -- diagnostican 13,000 casos nuevos de carcinoma cervicouterino cada año.

La supervivencia a 5 años para el carcinoma cervicouterino localizado es del 90% mientras que para el invasor es del 40%. La incidencia de carcinoma invasor ha disminuido significativamente gracias a los programas de detección oportuna de Cáncer, la progresión de displasia a cáncer invasor es del 50% a 10 años, (2).

El NIC I permanece estacionario a 10 años en 50% de los casos (4), el NIC II tan solo en un 10-20%, conforme avanza su extensión. - Con factores de riesgo para la displasia cervical el haber iniciado vida sexual activa antes de los 21 años, el primer embarazo a edad -- temprana, la multiparidad, el tener múltiples compañeros sexuales y -- el portar enfermedades de transmisión sexual en particular infección por Herpes virus 2, Papilomavirus (tipos 16-18).

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio ofrece una correlación en 50 pacientes con citología positiva a neoplasia intraepitelial cervical, colposcopia y biopsia dirigida.

Las pacientes fueron referidas por tener citología con neoplasia intraepitelial cervical, las cuales reunieron los requisitos de inclusión, se llenó cédula de recolección de datos y se tomó citología endocervical empleando técnica de citobrush colposcopia siendo evaluada con Índice Colposcópico combinado de Reid, y se efectuó biopsia dirigida en las zonas acetoblancas en los casos en que no fue visible la zona de transformación se realizó legrado endocervical.

Las sustancias utilizadas, fueron: solución fisiológica ácido acético al 3%, solución yodurada de lugol y solución hemostática de Mossel. Espéculos de diferentes tamaños, pinzas de Gaylor, portatorundas Colposcopio binocular de Zeiss.

Con la paciente en posición de litotomía, se efectuó exploración ginecológica, colocó espéculo, visión panorámica frontal con aumento de 10%, con solución fisiológica limpieza de cervix y fondos de saco, con filtro verde estudio de los vasos, toma de citología, visualización de zonas de transformación, aplicación de ácido acético y búsqueda de zonas acetoblancas, posteriormente aplicación de solución yodurada y toma de biopsia dirigida de zonas sospechosas. al obtener resultados, se dio tratamiento y llevo control citológico y colposcopico cada 3 meses, únicamente en aquellas pacientes se presentó lesión recidivante se tomó nueva biopsia.

\* Índice colposcópico combinado de Reid, (7).

## RESULTADOS

Los hallazgos de este estudio nos reporta que de acuerdo a la frecuencia de grupos de edad de las pacientes evaluadas (50), predominó el rango de 30-34 años. (30%), seguido del grupo de 40-44 años (24%), - - - 35-39 años (18%), 25-29 años (14%), y una igualdad entre las edades de - 21-24 años, 45-49 años, 60-64 años para un (4%), el último grupo fue ocupado por pacientes de 50-54 años. De acuerdo al número de citologías -- efectuadas (cuadro 1) predominó la clase II de Papanicolau, y observando que en la 2a. citología 5 estudios no se efectuaron, ya que las pacientes no acudieron a su cita.

De acuerdo con las citologías efectuadas por grupos de edad y seguimiento (gráfica 1) encontramos comparativamente que disminuye el número de pacientes de nuestro grupo de predominantes modificaciones por la técnica utilizada y citologías no efectuadas.

Los estudios colposcopicos efectuados y control posterior nos reportó diferencias entre la colposcopia efectuada por primera vez y post tratamiento ver grafica (2), con predominio del 52% para Neoplasia intraepitelial cervical I ó infección subclínica por papilomavirus seguido por NIC I-II (38%) y en un bajo porcentaje para NIC II-III (10%).

Las lesiones encontradas al momento de la valoración (tabla 2) -- lo cual es correlacionado con las calificaciones colposcopicas para NIC En nuestro seguimiento evolutivo citologico, histologico, y colposcopicamente encontramos (grafica 3), 7 de las 50 pacientes no fueron evaluadas; ya que tres pacientes no acudieron a estudio, en 2 pacientes se extraviaron los resultados, a 2 pacientes se les realizó histerectomía total abdominal de las cuales la indicación en una fue por carcinoma in situ y en la segunda por NIC II-III persistente y asociada a miomatosis uterina. La -- colposcopia confirma a la citología en 86.6% para NIC I ó SPI, 93% para NIC I-II y 60% para NIC II-III y la biopsia dirigida confirma a la citología en un 93% y a la colposcopia en un 48% .

Los resultados de evaluación por citología (seguimiento) ver gráfica (4). Una disminución de número de pacientes para la citología -- clase II y clase I y persistió la clase III en 7 pacientes ya que no se realizó el estudio, 3 pacientes no acudieron, a dos pacientes de las -- que se extraviaron los resultados correspondían a (NIC I-II) y 2 pacien-- tes se les realizó histerectomía total abdominal, por carcinoma cervi-- couterino in situ en una y la otra por NIC II-III persistente y rebelde a tratamiento.

A todas las pacientes de estudio, se les efectuó colposcopia al-- gunas ya fueron enviadas con biopsia, sin embargo se les efectuó de nue-- vo, el legrado endocervical únicamente se realizó en un 18% de pacien-- tes en que la zona de transformación no fue visible ó en aquellas en -- que se presentó lesión recidivante, la mayor frecuencia en sitio de le-- sión a nivel del cervix fue en labio anterior, y se confirmó que dentro de los factores infecciosos asociados a la NIC fue condiloma ordinario-- y virus del papiloma humano, en donde se presentó este último hubo más-- resistencia al tratamiento, el más utilizado en nuestro medio fue la -- crioterapia.

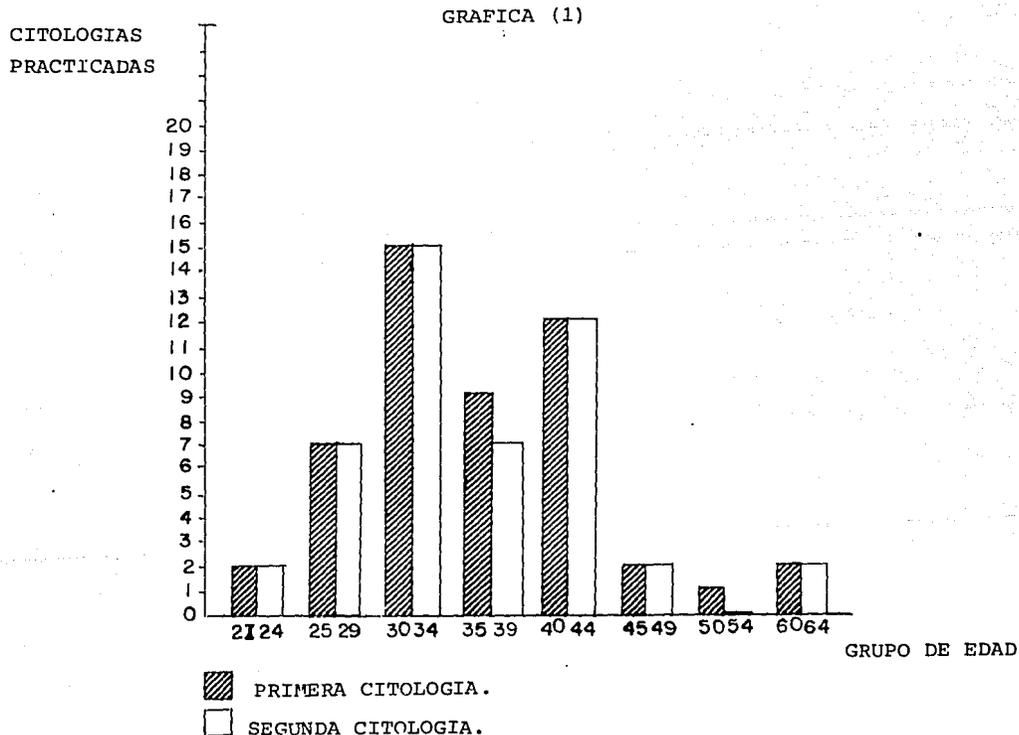
NUMERO DE CITOLOGIAS EFECTUADAS Y RESULTADOS  
PERIODO MARZO 1989-OCTUBRE 1990

CUADRO 1

RESULTADO CLASE	PRIMERA CITOLOGIA	SEGUNDA CITOLOGIA
I	4	3
II	37	40
III	7	2
IV	2	0
V	0	0
-----		
ESTUDIOS NO EFECTUADOS	-	5
-----		
TOTAL CASOS	50	50

# CITOLOGIAS PRACTICADAS Y SEGUIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD

PERIODO MARZO 1989 - OCTUBRE 1990



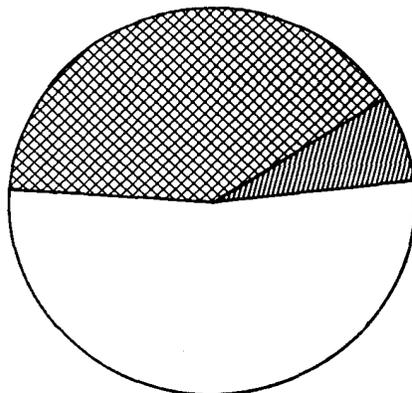
TIPO DE LESION ENCONTRADA DE ACUERDO AL MOMENTO  
DE LA VALORACION. MARZO DE 1989-OCTUBRE DE 1990.

TABLA 2

LESION	BIOPSIA PREVIA	BIOPSIA COMPARATIVA
Polipo endocervical	1	2
Displasia	3	3
Condiloma	2	11
Atrofia	1	3
Hiperplasia	1	3
Virus papiloma humano	1	8
Inflamación	1	6
Metaplasia	-	10
Verruga vulgar	-	1
Ca. in situ	1	-
Sin lesión aparente	1	2
No reportaron hallazgos	-	1
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>12</b>	<b>50</b>

# ESTUDIOS COLPOSCOPICOS EFECTUADOS Y DIAGNOSTICO ESTABLECIDO\*

GRAFICA (2)



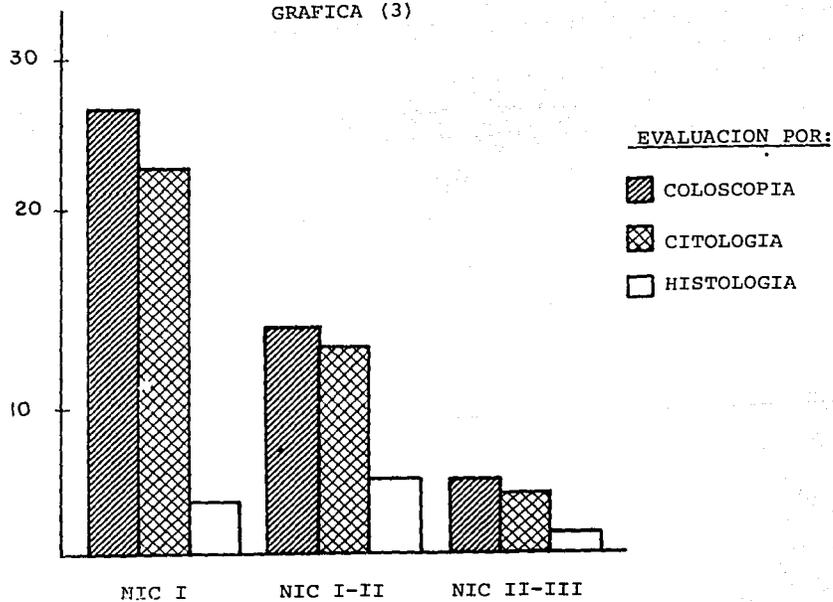
	NIC I OSPPI	52%	.
	NIC I-II	38%	.
	NIC II-III	10%	.

\*INDICE COLPOSCOPICO COMBINADO DE REID.  
SPI O NIC I (0-2 PUNTOS )  
NIC I-II (3-5 PUNTOS )  
NIC II-III (6-8 PUNTOS).

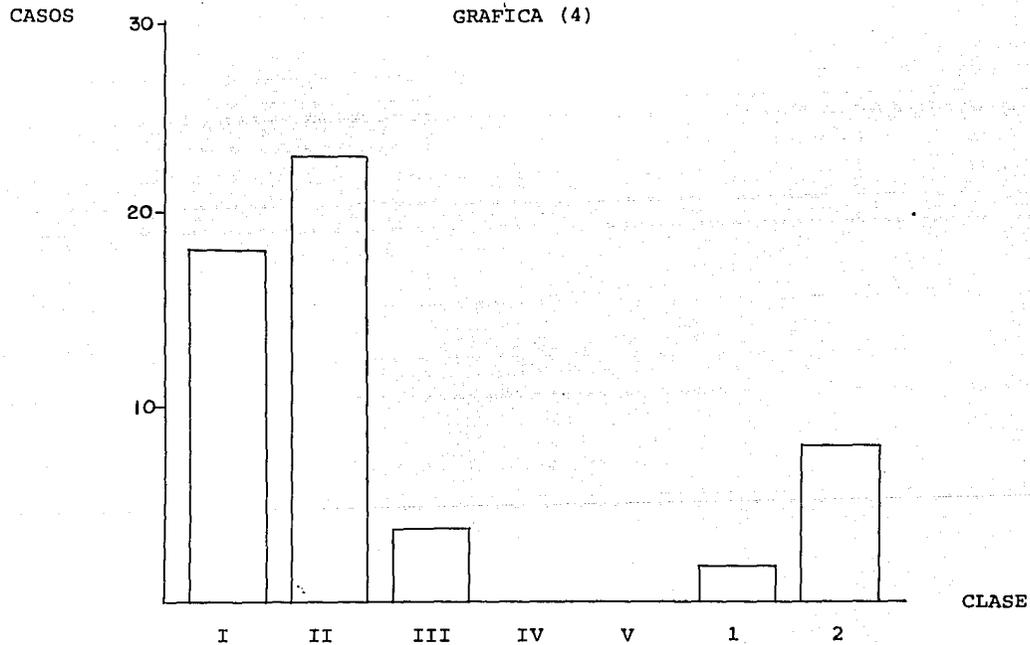
## EVALUACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA

CASOS

GRAFICA (3)



## EVALUACION POR CITOLOGIA Y RESULTADOS DIAGNOSTICOS



1.-SIN RESULTADO DIAGNOSTICO.

2.-NO REALIZADO.

## DISCUSION

La citología cervical reúne los requisitos de sencillez, bajo costo, resultado confiable, y aplicabilidad general, su sensibilidad y especificidad es alta y se reporta un amplio margen de falsas positivas de 8% y falsas negativas de 5%.

A simple vista no es posible reconocer la zona de transformación, ni distinguir entre una metaplasia, un proceso inflamatorio, una NIC ó un carcinoma microinvasor, la colposcopia permite observar la zona de transformación, excepto en ciertas pacientes y delimita la zona donde se debe tomar la biopsia, en el presente estudio de colposcopia confirma a la citología en un 86.6% para NIC I ó SPI, 93% para NIC I-II y 60% para NIC II-III y la biopsia dirigida confirma a la citología en un 93% y la colposcopia en un 48%.

Se realizó legrado endocervical en aquellas pacientes en que la zona de transformación no fue visible y se reporta 98% correlacionado.

## CONCLUSIONES

La citología, se recomienda realizarla al iniciar la vida sexual activa ó al cumplir 18 años de edad, que incluye detención oportuna de cáncer de mamas, ovarios y genitales externos y suspenderla a los 65 años, si las citologías previas fueron negativas.

La mejor manera de hacer el diagnóstico precoz de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es el seguimiento con citología cervicovaginal, con técnica apropiada interpretación e informe de la citología y la utilización cuando este indicado, de la colposcopia y biopsia dirigida, con una evaluación anual en la mayoría de las pacientes (3).

La combinación de una prueba citológica y la colposcopia aumenta la seguridad de la detención de cáncer precoz hasta en un 99%. La colposcopia no puede usar seguimiento a larga escala por dos razones principales. Primero el colposcopio es un instrumento caro y no todos los médicos se puede equipar con él. Segundo y aun más importante es que no hay bastantes personas expertas bien entrenadas en colposcopia.

Aun deben dirigirse los programas de tratamiento a la educación para la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. RONALD W. NAECKERLIN, MD NANCY J. POTTER AND COLS.  
"Correlation of cytologic-colposcopic, and histologic studies--with immunohistochemical studies of human papillomavirus structural antigens in an unselected patient population". Am J Obstet Gynecol 1988; 158:1394-402.
2. MICHELE M. FOLLEN, RICHARD U LECINE, MD. ELLEN CARRILLO AND COLS  
"Colposcopic correlates of cervical papillomavirus infection". Am J Obstet Gynecol 1987; 809-4.
3. CHRISTINE BERGERON, MD. ALEX FERENCZY, MD. AND COLS.  
"Multicentric human papillomavirus infection of the female genital tract correlation of viral types with abnormal mitotic figures, -colposcopic presentation, and location". Am. J Obstet Gynecol 1987; 69:736
4. GREGORY L DAVIS, MD. ENRIQUE HERNANDEZ, MD AND COLS.  
"Atypical squamous cells in papanicolaou smears". Am J Obstet Gynecol 1987; 69-73
5. PAUL TSEG, MD. VERDA HUNTER, MD. AND COLS.  
"Microcolposcopy compared with colposcopy in evaluation of abnormal cervical cytology". Am J Gynecol Oncol 1989;10:27-33
6. HANS B KREBS, MD, JHONNY B WHEELLOCK AND COLS.  
"Positive endocervical curettage in patient with satisfactory and insatisfactory colposcopic clinical implications". Am J obstet Gynecol 1987:69-71.
7. REID B. STANHOPE CR. HERSCHMAN BR, ET AL: "Genital warts and cervical cancer, V.A. colposcopic index for differentiating subclinical papilloma. Am J Obstet Gynecol 1989; 149:815-823.