

11217
42
2aj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

CORRELACION ENTRE CITOLOGIA EXFOLIATIVA Y
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO EN LAS DISPLASIAS
CERVICALES

TESIS DE POSGRADO
Que para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

Dra. Lucía del C. de M. Fernández Bandini



ISSSTE

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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.

I N D I C E

Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Introducción.....	12
Material y Métodos.....	14
Resultados.....	15
Discusión.....	28
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33

CORRELACION ENTRE CITOLOGIA EXFOLIATIVA Y ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO EN LAS DISPLASIAS CERVICALES

Se realizó un estudio en la Clínica de Displasia del Hospital Regional 20 de Noviembre de abril a octubre de 1990 para correlacionar la neoplasia intraepitelial del cervicec (NIC) II y III entre la citología exfoliativa y el estudio histopatológico. De 42 pacientes con NIC II por citología solo el 52.4% correlacionó con el estudio histopatológico, y de 31 pacientes con NIC III por estudio citológico solo 41.3% correlacionó con el estudio histopatológico. Los factores de riesgo para la NIC (paridad y vida sexual temprana) tuvieron entre las pacientes con NIC mayor incidencia aunque no hubo diferencia estadística significativa. El promedio de edad de las pacientes fue de 42.5 años. El virus del papiloma humano se encontró en 71.2% de las pacientes.

A N T E C E D E N T E S

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC), continúa siendo un problema grave en la consulta de ginecología. Actualmente está neoplasia, la cual se creó es la precursora del carcinoma invasivo del cervice, se encuentra incrementada en pacientes cada vez más jóvenes, esto se ha visto en años recientes - (1,2,5).

Definimos la NIC como un espectro de epitelio escamoso anormal que comprende desde epitelios con alteraciones en la estructuración y maduración, pero que están bien diferenciados, es decir, corresponde con el concepto clásico de displasia leve, hasta epitelios con ausencia total de diferenciación, situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión, es decir que corresponden con el concepto clásico de carcinoma in situ.

La NIC engloba por lo tanto, los conceptos de displasia y de carcinoma in situ.

La displasia se ha definido como todo epitelio escamoso, situado sobre la superficie o en las glándulas que muestran alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma in situ. De forma general puede decirse que la displasia comprende epitelio histológicamente muy semejantes al carcinoma in situ, pero en los que las anomalías del epitelio no afectan a todo su espesor.

El carcinoma in situ se ha definido como todo epitelio en el que no existen signos de diferenciación en todo su espesor

y no hay invasión.

Según la proporción de las células indiferenciadas, se ha establecido una clasificación en:

- a) NIC Grado I (Displasia leve)
- b) NIC Grado II (Displasia moderada)
- c) NIC Grado III (Displasia severa y carcinoma in situ)

La NIC grado I comprende lo que clásicamente se denominó displasia leve. En ella las alteraciones del epitelio, es decir, la ausencia de diferenciación, afecta aproximadamente el tercio inferior del epitelio.

La NIC grado II corresponde con la displasia moderada. En ellas las alteraciones del epitelio son semejantes a las las descritas anteriormente pero las lesiones se extienden entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio.

La NIC grado III se denominó displasia grave o carcinoma in situ, lo que sin duda es un acierto ya que la diferenciación de ambos conceptos resulta artificiosa y subjetiva.(6)

Durante los años cincuenta la displasia fue raramente encontrada en mujeres que fueran menores de 25 años; el cáncer invasivo fue raramente encontrado en mujeres menores de 40 años.

Anteriormente la prueba de revisión citológica fue restringida a las mujeres mayores de 30 años. Esta práctica fue basada en la creencia de que las anomalías propias del epitelio cervical de carácter neoplásico se presentaba en mujeres con factores de alto riesgo para desarrollar cáncer o que sobre

pasan la edad de los 30 años; actualmente el uso de esa norma que limita la edad nos impediría diagnosticar pacientes que probablemente tendrían displasia o alguna otra alteración cervical (1).

En vista de lo anteriormente mencionado, actualmente se sugiere iniciar exámenes ginecológicos en edades más tempranas de la vida. Por ejemplo la Sociedad Americana del Cáncer sostiene la idea que se debe efectuar citología a todas las mujeres mayores de 20 años de edad, o menores si tienen vida sexual activa. En contraste al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia conjuntamente con el colegio Americano de Patólogos recomiendan que todas las mujeres que han tenido vida sexual activa o que han sobrepasado la edad de los 18 años deben de tener una citología y un examen pélvico anual. Después de 3 o más exámenes anuales consecutivos que se hallan reportado normales, esta prueba podría realizarse con menor frecuencia (1).

El juego preciso del papanicolau en la mujer perimenopausica y menopáusica todavía no es claro. Walton y cols. conjuntamente con la sociedad americana del cáncer recomienda abandonar la toma de papanicolau en mujeres mayores de 65 años. En el extremo opuesto, Roberts y cols. reportan una incidencia de NIC del 8% en mujeres menopáusicas que fueron sometidas a colposcopia con citología normal, y sugirieron que la colposcopia conjuntamente con la citología podrian mejorar el diagnóstico de anomalías cervicales (7).

El cáncer de células escamosas del cérvix y sus precursores raramente ocurren en mujeres vírgenes; las mujeres que tienen alto riesgo de desarrollar estas lesiones se correlacionan fuertemente con mujeres que tienen o han tenido varios compañeros sexuales así como el número de compañeras sexuales que su pareja ha tenido.

Los precursores del carcinoma cervical son enfermedades de transmisión sexual justamente como la sífilis, blenorragia, clamidia y otras enfermedades de transmisión sexual; se cree que hay un largo período entre la infección y la aparición de la enfermedad clínicamente obvia. Hay muchos candidatos para ser el principal agente etiológico de la transmisión venérea del cáncer cervical; en años recientes se ha visto que los agentes virales son el factor etiológico más importante (8,9).

Por la década de los 70 el virus del herpes simple fue el primer candidato y se reportó que una significativa mayoría de pacientes con neoplasia cervical tenían anticuerpos del herpes virus tipo II.

Evidencias significativas sugieren que el virus del papiloma humano puede ser un importante agente transmisor y transformador. El condiloma acuminado gruesamente visible que generalmente afecta a los genitales externos, perineo y ano ha sido reconocido por muchos años como una enfermedad de transmisión sexual conjuntamente a las infecciones por el virus del papiloma humano (HPV). Se ha comprobado que en algunos casos -- en los que persisten estas lesiones por largo tiempo pueden -- progresar a lesiones de tipo de cáncer escamoso.

El reconocimiento de que las infecciones por HPV en el tracto genital pueden ser asociadas con otras lesiones, como la condilomatosis acuminada, es relativamente reciente. (8,10, 11,12).

En 1974, Zur Hausen postuló que el virus del papiloma humano era el principal candidato de los agentes transmisibles sexuales que podrían resultar en una neoplasia escamosa del tracto genital. En 1977, Meiselsy y cols. prestaron atención a las lesiones del cérvix inducidas por el virus del condiloma y describieron la presencia del HPV intranuclear en las células koilocitóticas de los precursores del cáncer escamoso.

Los virus del papiloma humano han sido numerados de acuerdo al orden de descubrimiento. La aplicación de estas técnicas de biología molecular y la clasificación de los virus del papiloma humano han sido bien descritas en muchos libros y revistas recientes. En el tiempo actual hay aproximadamente 42 virus conocidos y numerados del papiloma humano; de éstos, 9 han sido comunmente encontrados en el tracto genital femenino. Los tipos 6 y 11 del HPV son frecuentemente encontrados en las lesiones acuminadas así como en las lesiones blancas; los tipos 16,18, 31, 33,35, 39 y 42 son encontrados en el cáncer cervical. Otros tipos del HPV, incluyendo 3,10,30 y 34 son raramente asociados de las lesiones genitales pero su aparición no juega un papel importante en la neoplasia cervical.

En los estudios iniciales del cáncer de células escamosas del cérvix se reportó que aproximadamente del 60 al 70% contenían HPV. Sin embargo, los estudios iniciales fueron rea-

lizados en un tiempo en que sólo se conocían los tipos 6,11,16 y 18. Gissmann reportó que en grupos europeos fue posible de tectar HPV en un 90 a 95% de todos los cánceres derivados de células escamosas que fueron examinados, y se podría especular que el 5% de los casos en los cuales no se encontró el HPV podrían ser tipos virales difíciles de identificar, o cánceres en los cuales el número de partículas virales es tan baja que hicieron difícil su detección (9).

Existe en la actualidad una gran cantidad de bibliografía respecto al tabaco como factor de riesgo. Wilkenstein comenzó a estudiar tal variable al observar ciertas analogías entre el carcinoma bronquial y el del cérvix: ambos son en su mayoría de origen epitelial escamoso. En Suecia, Cederlof en 1975 encontró una alta incidencia de padecer de carcinoma de cérvix en las fumadoras de más de 15 cigarrillos por día frente a las no fumadoras. Mayberry y cols advirtieron que el tabaco y la exposición al virus del herpes simple tipo II eran riesgos sinérgicos, que apoyan la hipótesis enunciada por Wilkenstein de que el tabaco es el iniciador de las lesiones y éstas son continuadas luego e incrementadas por los virus. (2,5)

Varios estudios epidemiológicos concluyeron que el carcinoma del cérvix tiene una alta incidencia en mujeres de clase social muy baja, y en mujeres con alta paridad y en aquellas con comienzo de vida sexual activa temprana o varios compañeros sexuales (13).

La influencia de los contraceptivos orales en el cérvix uterino ha sido sujeto de muchos estudios en las últimas 2 décadas

das. En el presente no hay una evidencia de la relación casual entre los anticonceptivos orales y el carcinoma escamoso. Sin embargo, una posible relación entre los anticonceptivos orales y el adenocarcinoma todavía está en disputa.

Es bien conocido que los anticonceptivos orales son causa de un marcado incremento en la proliferación del epitelio cervical glandular escamoso. Además la hiperplasia microglandular es ahora reconocida como una lesión propia de los contraceptivos orales.

Finalmente, nosotros no podemos confirmar que el uso de contraceptivos orales es un factor causal en el desarrollo del carcinoma endocervical (14).

Existe una diferencia sustancial según sea un país de alto o bajo riesgo. Se puede ver que en los países de alto riesgo como en el caso de Colombia, existe un incremento brusco a partir de los 30 años, con un pico entre los 40 y 60 años y una posterior declinación. En las áreas de bajo riesgo, el aumento es más gradual con una amplia meseta y un declinar a edades más avanzadas (2).

La raza, como factor de riesgo, está fuertemente comprometida por los condicionamientos culturales de cada etnia y por el nivel de desarrollo de éste. De los diferentes estudios se deduce que el grado de riesgo para las razas de menor a mayor son: judía, blanca, hispano-americana y negra (2).

En el nivel socioeconómico la incidencia aumenta conforme la clase social desciende. Cuando se estudia este factor, se puede presentar un sesgo de selección, ya que son las personas

de mayor riesgo (las de nivel educativo y clase socioeconómica inferior) las que menos participan de la investigación diagnóstica (2).

Desde los tiempos de Rigoni-Stern (1842) se sabe que el carcinoma del cuello uterino es una neoplasia que afecta fundamentalmente a las mujeres casadas. Casi todos los autores coinciden en dar una gran importancia a las relaciones sexuales precoces como factor de riesgo (2).

Para Perez y cols el aumento del número de embarazos es un factor de riesgo positivo. Por el contrario, para Rotkin la sugerencia de una alta paridad como factor de riesgo desaparece tras el ajuste por las variables sexuales. Terris y cols sustentan la conclusión de Perez y cols: aunque esta asociación desapareció para el carcinoma invasivo cuando se ajustó por la edad del primer matrimonio. Además, se encuentra que la paridad fue independiente de la edad del primer embarazo (2).

Durante algún tiempo se consideró que la circuncisión del varón podría prevenir a la aparición del cáncer cervical, por cuanto se consideraba que el esmegma podría tener un efecto carcinógeno. Actualmente se ha puesto en duda esta afirmación (6).

Un mejor entendimiento de la historia natural de los precursores del cáncer cervical en la década pasada influyó para el manejo externo de la mayoría de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical. Un criterio diagnóstico rígido incluye una apropiada citología, colposcopia, curetaje endocervical y múltiples biopsias que han sido recomendadas para obtener bu

nos resultados terapéuticos por una parte y para asegurarse de que no se escape un cáncer invasivo del cérvix por otra parte (3).

La principal función de la citología cervical es el atraer la atención de las anormalidades epiteliales que de otra manera podrían no detectarse por la poca expresividad clínica que demuestran estas lesiones. La exactitud en predecir las anormalidades epiteliales cervicales es ahora ampliamente aceptada. Una característica esencial en la promoción y mantenimiento de esta precisión diagnóstica es el monitoreo interno continuo y regular en revisiones retrospectivas. Debido a su alta naturaleza subjetiva los procedimientos de control de calidad son difíciles de implementar en citología. Otro aspecto sin embargo es la evaluación del procedimiento en citología es la comparación del cito-diagnóstico con las últimas apariencias del tejido. (estudio histopatológico).

El control de calidad en citología concierne principalmente a la precisión diagnóstica de cáncer o lesiones precancerosas o contrariamente a la certeza de su ausencia. Esta precisión es monitoreada ultimamente por el diagnóstico histológico y la correlación de biopsias con frotis debería ser mínima su variación. La citología y la histología son ambas disciplinas subjetivas y la causa de discrepancia entre el frotis cervical y el diagnóstico histológico deriva principalmente de errores en la muestra clínica e interpretación de laboratorio, principalmente la primera. Esta discrepancia puede ser explicada en varios fundamentos: 1) la lesión sobre el cérvix puede ser tan

pequeña que puede ser completamente removida por el frotis, 2) Las muestras quirúrgicas tomadas no representan las lesiones - del cérvix, 3) lesiones pasadas por alto y 4) diagnóstico sobrestimado en citología.

La mayor precisión en el control de calidad base, para corelacionar entre frotis y diagnóstico histológico debería de esperarse que descansara sobre las biopsias colposcópicas donde la mayoría de las lesiones cervicales pueden ser visualizadas.
(15).

INTRODUCCION

El carcinoma del cuello uterino sigue siendo un grave problema para la salud de las mujeres por su alta morbimortalidad (1,2).

Se han realizado campañas de seguimiento citológico en diversos países, que han ocasionado una disminución drástica en su incidencia. Sin embargo, en los últimos años y en algunas de las poblaciones estudiadas, se aprecia un ascenso de la incidencia de los carcinomas infiltrantes y gran número de lesiones pre-invasivas en la gente joven (1,2).

La citología exfoliativa y la colposcopia son, como hemos visto, métodos de detección, pero la única confirmación objetiva de una lesión cervical es su estudio histopatológico. Por otra parte, huelga decir que por muy evidente que pueda aparecer una lesión maligna en el estudio colposcópico o indudable que resulte la positividad de la citología vaginal, los caracteres histológicos de la anaplasia deben ser definidos siempre mediante el estudio de la biopsia correspondiente, antes de establecer el criterio terapéutico (2,3,5).

Es importante recordar que el cáncer cervico uterino es la neoplasia ginecológica más frecuente en México y su mortalidad ocupa el segundo lugar entre las mujeres con padecimientos oncológicos en nuestro país (4). Actualmente existen programas ambiciosos que permiten la detección temprana de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino, se requiere solamente -

de una buena toma de Papanicolau y una capacitada evaluación de éste. Si aunado a esto, se confirma histologicamente el diagnóstico se tendrán mejores bases para la detección oportuna de lesiones precursoras de neoplasias cervicales, redundando en beneficio para la paciente (2).

En el Hospital Regional 20 de Noviembre del ISSSTE, con capacidad técnica, médica y estructural de tercer nivel en atención especializada, cuenta recientemente en el servicio de Ginecología y Obstetricia con la clínica de displasias; la cual se encarga de captar todas las pacientes que sean portadoras de lesiones pre-cancerosas. Dada la ausencia de información acerca de la incidencia de la neoplasia intraepitelial cervical en nuestro hospital se realizó el presente estudio poniendo énfasis en la correlación entre el estudio citológico e histológico del cervix así como en los factores de riesgo de esta enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de 93 expedientes clínicos de pacientes que acudieron a la Clínica de Displasia del Hospital Regional 20 de Noviembre durante el periodo comprendido entre el mes de abril y el mes de octubre de 1990.

Se incluyó a todas las pacientes que llegaron a la consulta con diagnóstico citológico de displasia grado II y III (displasia severa y carcinoma in situ). En caso de contar con un diagnóstico ajeno al hospital, se repitió el estudio para su valoración adecuada y un examen clínico minucioso. En caso de confirmarse el diagnóstico se realizó biopsia dirigida de cérvix. Se excluyó a todas las pacientes embarazadas, las pacientes en quien no se confirmó el diagnóstico de displasia y las que no contaron con biopsia. Los criterios de eliminación fueron las pacientes que durante el estudio quedaron embarazadas y las que tuvieron ausentismo en la consulta.

Se excluyeron 20 pacientes por no reunir los criterios de inclusión. El total de la muestra fueron 73 pacientes. Se obtuvieron datos sobre edad, estado civil, tabaquismo, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, antecedente de circuncisión en la pareja, método de planificación familiar, paridad, infección vaginal, resultado citológico, histológico y tratamiento.

El análisis de los datos se basó en la prueba de la χ^2 .

R E S U L T A D O S

De las 73 pacientes que se incluyeron en el estudio la edad mínima encontrada fue de 23 años y la máxima de 76 años, - sin embargo, 50 pacientes estuvieron comprendidas entre los 30 y 49 años (68.4%). El promedio de edad fue de 42.5 años con una desviación estandar de 11.2 años. Después de los 60 años hubo 7 pacientes (9.6%). La Tabla I muestra la distribución - por edad y se representa en la Figura 1.

Las pacientes fueron en su mayoría casadas 76.7% (56). Hubo 11 pacientes solteras (15.1%), 3 viudas y 3 divorciadas.

El tabaquismo se asoció poco entre las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical, presentando este dato solo 5 - pacientes (6.8%) Figura 2.

Por lo que se refiere a la paridad una gran proporción tuvieron más de 2 hijos, siendo 46 pacientes (63%). Solo una - paciente presentó una paridad de 15. El 12.3% (9) fueron nulparas y solo 5 tuvieron un hijo. En el grupo de mujeres de - más de tres partos se encontró que 18 pacientes tuvieron NIC II y 12 NIC III confirmado por estudio histopatológico. 16 pacientes en este grupo no tuvieron lesión histológica importante. Fig.

3. El inicio de la vida sexual activa inició entre los 15 y los 20 años en 43 pacientes (58.9%) siendo la paciente más joven de 12 años y la de mayor edad de 33 años. Un 5.5% inició su vida sexual activa antes de los 15 años. El promedio de edad fue de 20 años con una desviación estandar de 3.9 años. Tabla II.

La mayoría de las pacientes tuvo un solo compañero sexual existiendo en este grupo 47 mujeres (64.5%); 20 pacientes tuvieron 2 compañeros sexuales (27.4%) y 6 mujeres (8.2%) tuvieron 3 compañeros sexuales. Tabla III .

61 pacientes tuvieron el antecedente de relaciones sexuales con parejas no circuncidadas (83.6%).

Con respecto al método anticonceptivo utilizado por las pacientes 29 de ellas (43.9%) utilizaban hormonales, 19 de ellas tuvieron el antecedente de salpingoclasia bilateral (28.8%) y 18 pacientes tuvieron el antecedente de dispositivo intrauterino (27.3%) Figura 4. 7 pacientes no utilizaban método anticonceptivo.

Desde el punto de vista de las infecciones de transmisión sexual se confirmó que 54 pacientes (73.9%) tenían el antecedente de infección viral, correspondiendo 52 (96.2%) al virus del papiloma humano y 2 al virus del herpes simple. 22 pacientes con antecedentes de infección por el virus del papiloma humano (42.3%) tuvo NIC II y 11 pacientes (21.1%) tuvo NIC III. El virus del herpes simple en los 2 casos reportados se correlacionó con NIC III. Con respecto a otros factores etiológicos de tipo infeccioso la clamidia y la gardnerella se relacionaron en 6 (8.2%) y 5 (6.8%) pacientes respectivamente teniendo ambas relación en 2 pacientes con NIC III. En la figura 5 se observa la relación entre agentes infecciosos y NIC.

De las 73 pacientes incluidas, 42 (57.5%) tuvieron diagnóstico citológico de NIC II y 31 (42.5%) de NIC III. En el grupo de pacientes con diagnóstico citológico de NIC II 4 pacientes

tuvieron diagnóstico histopatológico de cervicitis, 11 de NIC I, 22 (52.4%) de NIC II y 5 de NIC III Figura 6. De las pacientes con diagnóstico citológico de NIC III, 18 (58.1%) tuvieron diagnóstico histopatológico falso positivo, correspondiendo a este grupo 4 con datos de cervicitis, 5 a NIC I y 9 a NIC II. En 13 (41.9%) se confirmó el diagnóstico. Figura 7

En conjunto hubo un porcentaje de correlación entre los diagnósticos citológicos e histológicos de 47.9%, existiendo 5 falsos negativos (6.8%) y 33 falsos positivos (45.2%).

Hubo 11 casos reportados tanto por citología como estudio histopatológico como carcinoma epidermoide. Todas las pacientes con diagnóstico histopatológico de NIC III recibieron como tratamiento cono cervical. A 3 pacientes se les realizó histerectomía posteriormente.

TABLA I
DISTRIBUCION POR EDAD
EN EL GRUPO DE ESTUDIO

GRUPOS DE EDAD	%
20 - 29	10.95
30 - 39	34.2
40 - 49	34.2
50 - 59	10.95
Más de 60	9.6
Total	100

FIGURA I
H.R. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
PROHEDIO DE EDAD ENCONTRADA EN EL
GRUPO DE ESTUDIO.

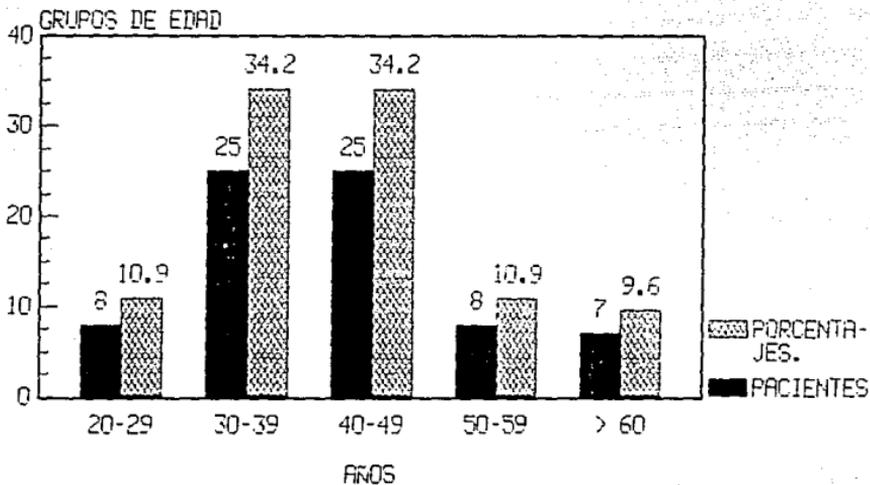


FIGURA 2
 H.P. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
 RELACION ENTRE TABAQUISMO Y LA PRESENCIA
 O AUSENCIA DE NEOPLASIA INTRACERVICAL.

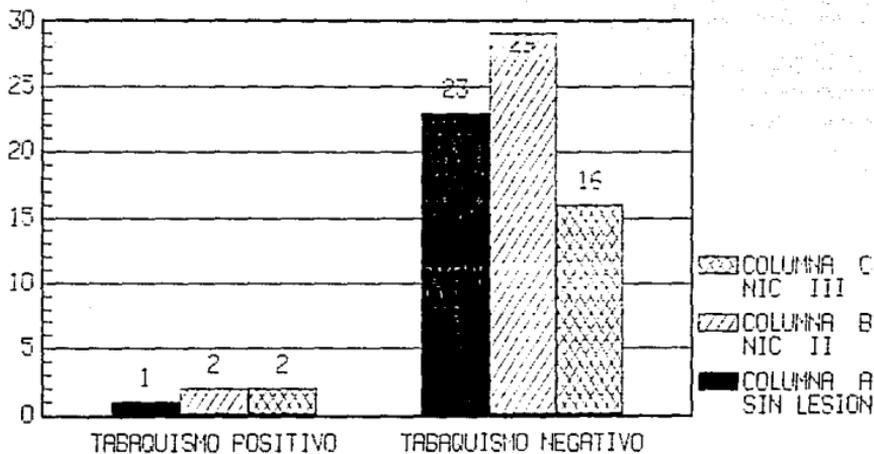


TABLA II
DISTRIBUCION POR EDAD
DEL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

GRUPOS DE EDAD	%
Menos de 15	5.5
15 - 20	58.9
21 - 30	34.2
Más de 31	1.4
Total	100

FIGURA 3
H.R. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
RELACION DE LA PARIDAD CON LA PRESENCIA
DE NIC I, NIC II Y NIC III.

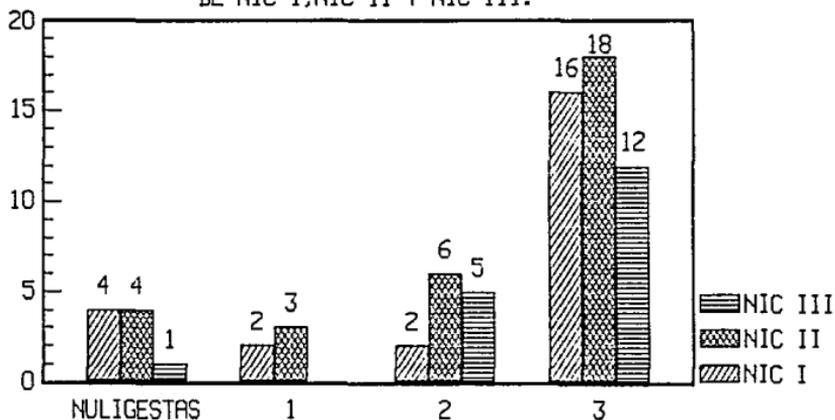
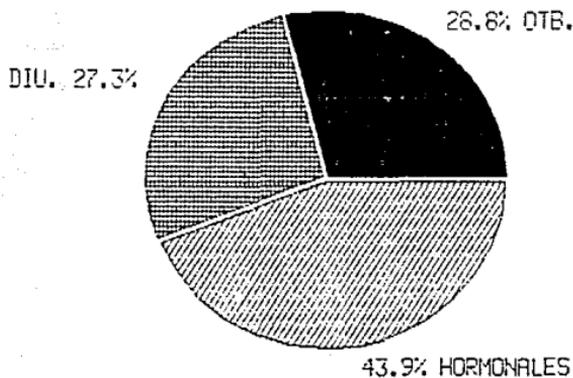


TABLA III
DISTRIBUCION POR NUMERO
DE COMPAÑEROS SEXUALES

NUMERO DE COMPAÑEROS	%
1	64.4
2	27.4
3	8.2
Total	100

FIGURA 4
H.R. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES METODOS
ANTICONCEPTIVOS ENCONTRADOS EN EL GRUPO
DE ESTUDIO.



OTB:19 DIU:18 HORMONALES:29

FIGURA 5
 H.P. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
 AGENTES INFECCIOSOS Y SU RELACION CON:
 NIC I , NIC II Y NIC III.

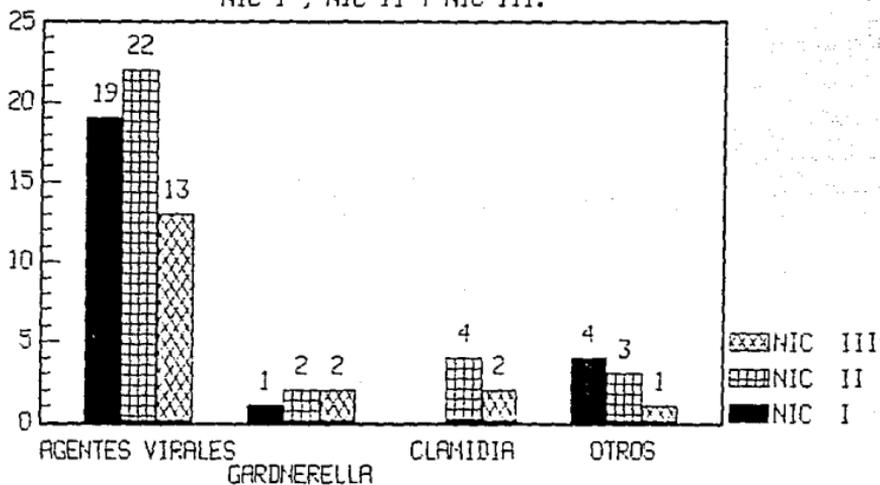
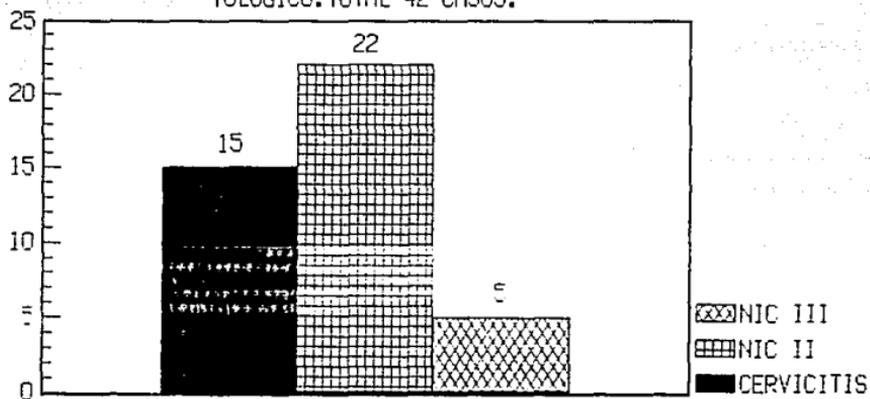


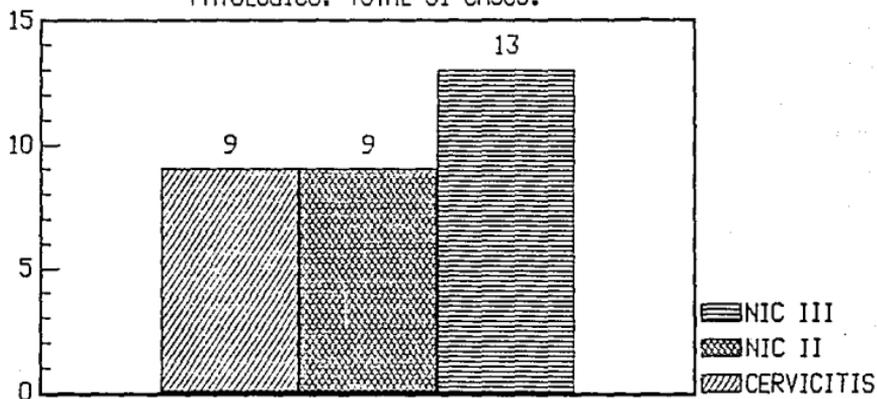
FIGURA 6
H.R. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
CORROBORACION DEL DIAGNOSTICO CITOLOGICO
DE NIC II A TRAVES DEL RESULTADO HISTOPA
TOLOGICO. TOTAL 42 CASOS.



22 CASOS SE CORROBORARON, 15 RESULTARON
SER CERVICITIS Y 5 NIC III.

FIGURA 7

H.R. "20 NOVIEMBRE" GINECOLOGIA ISSSTE.
CORROBORACION DEL DIAGNOSTICO CITOLOGICO
DE NIC III A TRAVES DEL RESULTADO HISTO-
PATOLOGICO. TOTAL 31 CASOS.



13 CASOS SE CORROBORARON, 9 RESULTARON
SER NIC II Y 9 CERVICITIS.

D I S C U S I O N

La edad de las pacientes estuvo entre los 23 y los 76 años de edad; sin embargo el máximo porcentaje (68.4%) estuvo comprendido en la cuarta década de la vida. Estos resultados son semejantes a los reportados por Rodriguez (4). El promedio de edad, 42.5 años, es semejante a lo reportado por Ricaud (16). - Luthra en un estudio prospectivo de 66,736 exámenes citológicos encontró un rango de edad entre los 33.8 y 40.2 años entre las pacientes con displasia (13) que coinciden con nuestros hallazgos. Estas edades son mayores a las reportadas por Johnston - en 1986 quien en un estudio de 100 pacientes encontró una media de 25.6 a 27.7 años (17). La diferencia con el estudio de Johnston quiza sea debida a la mayor actividad sexual de las adolescentes americanas y a que posiblemente exista mayor sensibilidad de la población a las campañas de detección de cáncer de - cérvix, asistiendo mujeres más jóvenes.

Una gran proporción de pacientes es casada (76.4%) siendo la minoría el grupo comprendido por solteras, viudas y divorciadas. Esto llama la atención ya que la bibliografía refiere una mayor incidencia entre viudas y divorciadas (2,6,19).

Con respecto al tabaco como agente etiológico las cifras fueron un dato con bajo significado estadístico. Devesa encontró que el consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer cervical de células escamosas independientemente de la asociación con factores sexuales (5).

Por lo que se refiere a la paridad la cual es un factor --

predisponente en la génesis del cáncer cervical, es notorio haber encontrado que una gran proporción de pacientes (63%) tuvo más de 2 hijos, lo cual concuerda con lo reportado por la bibliografía (1,2,4,5,6 y 13). Llama la atención de que 9 pacientes fueron nulíparas, contrariamente a lo reportado.

El inicio de la vida sexual activa en nuestro grupo fue alta entre los 15 y 18 años (58.9%) lo cual confirma que este es un factor importante en el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino (2,4,6,13,18). Rotkin en una revisión exhaustiva de varios estudios epidemiológicos sobre cáncer cervico uterino, concluyó que el inicio de vida sexual en edades tempranas es un muy importante factor de riesgo en el desarrollo de este tipo de lesiones (13, 19).

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial coinciden en que el tener múltiples compañeros sexuales es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cérvix (19,20). En nuestro estudio sin embargo, la NIC se asoció más frecuentemente a mujeres con una pareja sexual. Esto puede ser debido a que todavía una buena parte de las mujeres de nuestra población no tienen experiencias sexuales antes del matrimonio ni múltiples compañeros sexuales después de casarse.

La circuncisión frecuente práctica judía que mereció mucho interés en el pasado, aunque tras los estudios de Boyd y Doll (1964), Ferris (1976) y Rotkin que comprobaron la falta de asociación, ha descendido en el presente (2) y parece confirmarse en los resultados de nuestro estudio en que el 83.6% de las mu

jeros tuvieron parejas no circunscuidadas.

No hubo diferencia significativa entre los métodos anti conceptivos utilizados y su relación con la NIC. Con respecto a los anticonceptivos orales estos resultados se suman a muchos otros que comunican riesgos indiferentes, sin que en la actualidad se pueda aquilatar el verdadero papel de los contraceptivos orales en esta enfermedad (2).

Entre los agentes de transmisión sexual 54 pacientes (73.9%) tuvieron el antecedente de infección viral, correspondiendo en un 96.2% al virus del papiloma humano y el 3.8% restante al virus del herpes simple. Esto concuerda con lo referido por Gupta quien encontró que el 71% de las pacientes presentaron antecedentes de infección con el virus del papiloma humano, principalmente el tipo 16. Esto viene a confirmar la fuerte influencia que ejercen los agentes de transmisión sexual, motivo por el cual algunos autores practicamente catalogan a la NIC como una enfermedad de transmisión sexual (8-11).

La correlación cito-patológica de las displasias fué del 47.9% en general, teniendo un mayor índice de correlación la displasia moderada con un total de 22 pacientes (52.4%). La displasia severa se confirmó en 13 pacientes (41.9%). Este índice de correlación es bajo en comparación a estudios previos. Kealy refiere un índice de correlación de aproximadamente el 80% en diferentes grupos de estudio (15). Por otra parte Rodríguez solo refiere 4 falsos positivos, aunque el número de pacientes en su estudio fué solo de 30. (4) En el estudio el

mayor índice de correlación ocurrió en la displasia grado II - contrario a lo referido por Kealy, quien refiere un mayor índice en la displasia grado III. Los resultados que nuestro estudio revela pudieran tener como explicación la historia de tratamiento previo o en mejor caso deficiencias en la toma de la muestra citológica o en la interpretación de ésta.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- El índice de correlación entre el diagnóstico citológico e histopatológico fue de 47.9%.
- 2.- La displasia grado II tuvo un mayor índice de confirmación histológica que la displasia grado III.
- 3.- El virus del papiloma humano es un agente etiológico que se asocia en un porcentaje importante a la NIC.
- 4.- La NIC ocurre primordialmente entre la 4a y 5a década de la vida.
- 5.- El inicio de vida sexual temprana, conjuntamente con una paridad elevada son factores que influyen en el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervical.
- 6.- La citología exfoliativa es un método de detección, pero la única confirmación objetiva de una lesión cervical es su estudio histológico.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Behmard SS, Ahmad FS, Robboy S. Prevalence of Dysplasia - and Cancer of the Cervix in a Nationwide Parenthood Population. Cancer 1988;61:2539-2361.
- 2.- Rodriguez-Escudero. Clínica Ginecológica. Progresos en on cología ginecológica. Vol 11/1:3-80 Editorial Salvat, Barcelo-
na 1987.
- 3.- Falcone T, Ferenczy A. Cervical intraepithelial neoplasia and condyloma: An analysis of diagnostic accuracy of posttreat-
ment follow-up methods. Am. J Obstet. Gynecol. 1986;154:260-4.
- 4.- Rodriguez RG, Ramos AA, Morales JC. Importancia de la ci-
tología y clínica en el cáncer del cérvix. Ginec Obstet Mex 1988
56:95-98.
- 5.- Devesa SS, Young JL, Brinton LA, Fraumeni JF. Recent Trends
in Cervix Uteri Cancer. Cancer 1989;64:2184-2190.
- 6.- J González-Merlo. Ginecología. 5a edición 335-351 Editorial
Salvat, Barcelona 1988.
- 7.- Kaminetsky H. American College Obstetricians and Gynecolo-
gist 1987 (proposed policy, to be announced).
- 8.- Koss LG. Cytologic and Histologic Manifestations of Human
papillomavirus Infection of the Female Genital Tract and Their
Clinical Significance. Cancer 1987;60:1942-1950.

- 9.- Richart RM. Causes and Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Cancer* 1987;60:1951-1959.
- 10.- Gupta JW, Saito K, Saito A, Fu YS, Shah KV. Human Papillomaviruses and the Pathogenesis of Cervical Neoplasia. *Cancer* 1989;64:2104-2110.
- 11.- Rosales JE, Martínez MM, López RG. *Ginec Obstet Mex* 1988; 56:87-90.
- 12.- Toon LG, Arrand JR, Wilson LP, Sharp DS. Human Papillomavirus infection of the uterine cervix of women without cytological signs of neoplasia. *British Medical Journal* 1986;293: - 1261-1264.
- 13.- Luthra IK, Prabhakar AK, Seth P, y cols. Natural History of Precancerous and Early Cancerous Lesions of the Uterine Cervix. *Acta Cytologica* 1987;31:226-234.
- 14.- Jones MW, Silverberg SG. Cervical Adenocarcinoma in Young Women: Possible Relationship to Microglandular Hyperplasia and Use of Oral Contraceptives. *Obstetrics & Gynecology* 1989;73: - 984-988.
- 15.-Kealy WF. Correlation of cervical Cytodiagnosis and Histopathology-an exercise in quality control. *I.J.M.S.* 1986;155: - 381-387.
- 16.- Ricaud RL. Neoplasia intraepitelial del cérvix. Actualización en Ginecología y Obstetricia 1985;2:5-23.

17.- Johnston M, Benrubi GI, Nuss RC, Nestok B. Age and Cervical Dysplasia. Southern Medical Journal 1988;81:1458-9.

18.- Jones HW, Jones GS. Tratado de Ginecologia de Novak. Décima edición 299-304 Interamericana, México 1988.

19.- Rotkin ID. A comparison review of key epidemiological studies in cervical cancer-related to current searches of transmissible agents. Cancer Res 1973;33: 1353-1367.

20.- Brinton LA, Fraumeni JF Jr. Epidemiology of uterine cervical cancer. J Chronic Dis 1986;39:1051-1065.