

11217
27
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

CENTRO MEDICO NACIONAL " 20 DE NOVIEMBRE "
I. S. S. S. T. E.

**" CONFIABILIDAD DE LA CITOLOGIA
EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL EN EL
DIAGNOSTICO DE LA DISPLASIA CERVICAL
GRADO II, CORROBORADA CON LA BIOPSIA
DEL CERVIX. "**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

DR. LAMBERTO CAYETANO HERNANDEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

ASESOR: DR. JOSE FRANCISCO CERVANTES CHAVEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

027136

1998



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.

**CENTRO MÉDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E**

**"CONFIABILIDAD DE LA CITOLOGÍA
EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL EN EL
DIAGNÓSTICO DE LA DISPLASIA CERVICAL
GRADO II, CORROBORADA CON LA BIOPSIA
DEL CERVIX."**

**DEL 31 DE AGOSTO DE 1993 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE
1995**

CLÍNICA DE DISPLASIA DEL


**C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.**

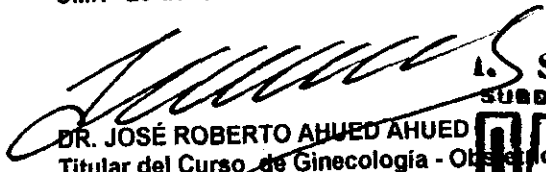
**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA**

PRESENTA: DR. LAMBERTO CAYETANO HERNÁNDEZ

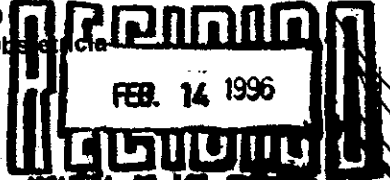
**ASESOR: DR. JOSÉ FRANCISCO CERVANTES
CHÁVEZ**


México, D. F. 1996


DR. JOSÉ FRANCISCO GERVANTES CHÁVEZ
Asesor de la Tesis
Jefe del Servicio de Ginecología de Alta Especialidad.
CMN "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E


DR. JOSÉ ROBERTO AHUED AHUED
Titular del Curso de Ginecología - Obstetricia
CMN "20 de Noviembre"
I.S.S.S.T.E.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA





DR. ALEJANDRO BELTRÁN OSEGUERA
Jefe de Enseñanza de Ginecología . Obstetricia
CMN "20 de Noviembre"
I.S.S.S.T.E.


SECRETARIA DE LAS UNIVERSIDADES
ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. MANUEL FRANCO SOLIS
Coordinador de Gineco - Obstetricia
CMN "20 de Noviembre"
I.S.S.S.T.E.




DRA. AURA ERAZO VALLE
Jefe de Investigación y Divulgación
CMN "20 de Noviembre"
I.S.S.S.T.E.

SECRETARIA DE INVESTIGACION


DR. EDUARDO LLAMAS GUTIÉRREZ
Coordinador de Enseñanza
CMN "20 De Noviembre"
I.S.S.S.T.E.




DR. CARLOS CABALLERO RIVERA
Subdirector de Enseñanza

SECRETARIA DE INVESTIGACION

GRACIAS A DIOS

**A mi esposa Mary
A mis hijos Michelle Lisset, Axel Alberto
y Carlos Enrique. Por su gran apoyo,
comprensión y paciencia.**

**A mis maestros: Dr. Franco S., Dr. Cervantes Ch., Dr. Gutiérrez A.
Dr. Beltrán O., Dr. Labansat M., Dr. Escobedo A., Dr. De La Jara,
Dr. Tiapanco, Dr. Robert U., Dra. Velazco S., Dra. Nájera G., Dra.
Mendoza, Dr. Salazar Ch., que con sus conocimientos me encami-
naron en el grandioso mundo de la Ginecología y Obstetricia.**

**Con especial afecto a mis maestros: Dr. Beltrán O.
y Dr. Labansat M., por su gran dedicación, enseñanza,
empeño y consejos, durante la Residencia Médica.**

**A mi maestro Julio Labansat Martínez por su valiosa orientación
para conmigo en la realización de esta Tesis.**

A mi maestro y asesor de Tesis, Dr. José Francisco Cervantes Chávez.

A mis compañeros.

RESUMEN

Se realizó estudio en la Clínica de Displasia del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del treinta y uno de agosto de mil novecientos noventa y tres al treinta de septiembre de mil novecientos noventa y cinco, para demostrar la confiabilidad de la citología exfoliativa cervicovaginal en el diagnóstico de la displasia cervical grado II, correlacionándola con la biopsia del cérvix. En el estudio se incluyeron 50 pacientes con NIC grado II, en las cuales solo (68%) correlacionó la citología cervical con el estudio histopatológico. (Los factores de riesgo para la NIC grado II, fueron los siguientes: inicio de la vida sexual temprana, paridad, número de parejas sexuales, infección por el papilomavirus humano, tabaquismo) los cuales tuvieron mayor incidencia en la génesis de la displasia cervical grado II. Siendo la paridad en más de 2 hijos en 44 pacientes (88%), el número de parejas sexuales en 42 pacientes (84%) tuvieron una sola pareja sexual, el inicio de la vida sexual temprana en 39 pacientes (78%) fue entre los 15 y 22 años con una media de 21.28 años, la infección por el papilomavirus humano en 36 pacientes (72%), el tabaquismo en 11 pacientes (22%). La paridad se encontró en un (88%) en pacientes que tuvieron más de 2 hijos. El (84%) de las pacientes estuvo comprendido entre los 35 y 50 años con una edad promedio de 40.92 años, las pacientes fueron en su mayoría casadas (39) (78%). Nuestra hipótesis es que la citología exfoliativa cervicovaginal es confiable en el 90% en el diagnóstico de la displasia cervical grado II, y se concluyó en el estudio que solamente se comprobó un (68%) de confiabilidad entre el diagnóstico citológico correlacionado con el histológico sin llegar a alcanzar el (90%) de nuestra hipótesis. Así como también concluimos que el inicio de la vida sexual temprana y una paridad elevada influyen en forma importante en la génesis de lesiones precursoras de cáncer cervical. Las infecciones por papilomavirus humano son un factor etiológico que se asocia en un alto porcentaje a la NIC grado II. La NIC grado II en nuestro estudio se presentó en un mayor porcentaje entre la 4a. y 5a. década de la vida. La colposcopia es un método, por el cual se puede afirmar o descartar un diagnóstico de HPV. La citología exfoliativa cervicovaginal, la colposcopia son métodos y técnicas de detección, siendo la biopsia dirigida por colposcopia uno de los más efectivos métodos de diagnóstico de la NIC grado II. El estudio histológico es el que confirma en forma objetiva el diagnóstico de una lesión cervical

INDICE

	página
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	9
MATERIAL Y MÉTODOS	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	25
CUADROS Y FIGURAS	28
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma de cuello uterino sigue siendo un grave problema para las mujeres por su alta morbimortalidad (3,4).

Cáncer es el término usual que se aplica a todos los tumores malignos. El cáncer bien diferenciado evoluciona a partir de la maduración o especialización de células no diferenciadas al proliferar estas, mientras que el tumor maligno no diferenciado deriva de una proliferación sin maduración de las células de reserva (6).

Clasificación de la FIGO del carcinoma de cérvix.

Clasificación	Descripción
Estadio 0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial (los casos en estadio 0 no se deben incluir en ninguna estadística terapéutica para carcinoma invasor).
Estadio I	El carcinoma está limitado estrictamente al cérvix (se debe descartar la extensión al cuerpo).
Estadio Ia	Carcinomas preclínicos del cérvix, los diagnosticados sólo por microscopía.
Estadio Ia1	<i>Invasión del estroma evidente microscópicamente mínima.</i>
Estadio Ia2	Lesiones detectadas microscópicamente que se pueden medir. El límite superior de la medición no debe mostrar una profundidad de invasión superior a 5 mm tomados desde la base del epitelio, ya sea de superficie o glandular, a partir del cual se origina. Una segunda dimensión, la diseminación horizontal, no debe exceder los 7 mm. Las lesiones mas grandes deben clasificarse como estadio Ib.

Estadio Ib	Lesiones de mayores dimensiones que el estadio Ia2 ya sea que se observen clínicamente o no. El compromiso del espacio preformado no debe alterar la estadificación pero se debe registrar específicamente para determinar si ha de afectar las decisiones terapéuticas en el futuro.
Estadio II	El carcinoma se extiende mas allá del cérvix, pero no se ha extendido hasta la pared pelviana. El carcinoma afecta la vagina pero no hasta el tercio inferior.
Estadio IIa	No hay compromiso parametrial obvio.
Estadio IIb	Compromiso parametrial obvio.
Estadio III	El carcinoma se ha extendido hasta la pared pelviana. En el examen rectal no existe ningún espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o un riñón no funcionando a menos que se sepa que obedecen a otra causa.
Estadio IIIa	Sin extensión a la pared pelviana, pero con compromiso del tercio inferior de la vagina.
Estadio IIIb	Extensión a la pared pelviana y / o hidronefrosis o riñón no funcionando.
Estadio IV	El carcinoma se ha extendido mas allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga o el recto.

Estadio IVa Diseminación del crecimiento a órganos adyacentes.

Estadio IVb Diseminación a órganos distantes

La morbimortalidad por el CaCu, en todo el mundo sigue siendo un problema importante de salud pública. Las tasas de incidencia y mortalidad para el cáncer cervical varían mucho entre los distintos países. Como por ejemplo Chile tiene la tasa de mortalidad mas alta y Egipto la mas baja (15.7 y 0.3 por 100,000 mujeres respectivamente). En muchos países puede existir una subcomunicación sustancial de los casos incluidos, los países Mediterráneos orientales. En algunos países en vías de desarrollo, el cáncer cervical es la principal causas de muerte entre las mujeres adultas a causa de un índice de prevalencia elevado y programas inadecuados de detección temprana y tratamiento (5). El progreso en la reducción de la mortalidad por cáncer cervical se atribuye principalmente a la introducción del examen de detección de cáncer cervical como parte de los exámenes ginecológicos regulares. El examen regular con un frotis de Papanicolaou (PAP) comenzó en la década de 1950 y se ha convertido en el estándar de asistencia en la mayoría de los países desarrollados. Ha conducido a un incremento en el número de casos de neoplasia intraepitelial cervical detectados y tratados, lo que ha prevenido el desarrollo posterior de cáncer cervical invasor en muchas mujeres. Apreciándose gran número de lesiones pre-invasivas en la gente joven (3,4,5). Lesiones pre-invasivas como son todos los diferentes grados de displasia, desde la leve hasta la severa, que mas adelante se describirá en la clasificación establecida según la proporción de las células indiferenciadas.

La citología exfoliativa cérvico - vaginal y la colposcopia, son métodos o técnicas de detección. Siendo la primera un método de laboratorio y la segunda un método clínico y el estudio histológico es la única confirmación objetiva de una lesión cervical (5). Es objetiva porque es un estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos orgánico normales o patológicos.

La citología exfoliativa cérvico - vaginal se ocupa en el estudio de las células descamadas de los tejidos, tanto en condiciones normales como en condiciones patológicas (7).

La colposcopia valora principalmente los cambios en la red vascular terminal del cérvix que reflejan los cambios bioquímicos y metabólicos en el tejido. El colposcopio es básicamente un microscopio estereoscópico por medio del cual es posible visualizar el cérvix con luz brillante bajo una magnificación X6 a X40, basándose en la evaluación estereoscópica de la zona de transformación. Estereoscopio, aparato que, por medio de dos fotografías de un mismo objeto tomadas desde distintos puntos de vista, permite ver el objeto en relieve. Estereoscopia, conjunto de principios que requieren la observación binocular y sus medios de obtención. Visión en relieve obtenida mediante el estereoscopio. Relieve, lo que resalta sobre un plano. La zona de transformación es la porción del cérvix originariamente revestida por epitelio columnar que a través de un proceso de metaplasia escamosa se ha transformado en epitelio escamoso (5).

Mediante el colposcopio se realiza una visión frontal de la superficie de la portio a un aumento que oscila entre 10 y 20 veces, lo que permite apreciar con detalle los siguientes datos:

1. Disposición de la superficie de la portio.
2. Color de la portio.
3. Imagen que se dibuja en ella.
4. Aspecto y distribución de los vasos.

Del estudio de estos datos, podemos obtener cierta información sobre las características microscópicas del tejido, tales como:

1. Tipo de epitelio, escamoso o cilíndrico y relaciones entre ambos..
2. Grosor, adelgazamiento o engrosamiento del epitelio o su ausencia.
3. Existencia de desembocaduras glandulares y su relación con el epitelio escamoso o cilíndrico.
4. Disposición de la línea que separa el epitelio escamoso del conjuntivo.

5. Distribución de los vasos y su proximidad a la superficie (7).

Por otra parte, podemos decir que por muy evidente que pueda parecer 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 (4,8,30).

Anaplasia significa literalmente "formar hacia atrás", implicando una reversión desde un alto nivel de diferenciación a un nivel mas bajo. Es una de las características de las células cancerosas y constituye uno de los rasgos que marcan la malignidad de un tumor. Implica cierta falta de diferenciación de las células tumorales (6).

El cáncer cervicouterino es la neoplasia ginecológica mas frecuente en México y su mortalidad ocupa el primer lugar entre las mujeres de nuestro país (18). Actualmente existen programas ambiciosos que permiten la detección temprana de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Se requiere solamente de una buena toma de citología exfoliativa cervicovaginal y una capacitada evaluación de ésta. Si aunado a esto, se confirma histológicamente el diagnóstico, se tendrán mejores bases para la detección oportuna de lesiones precursoras de neoplasias cervicales redundando en beneficio para la paciente (4).

En el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., con grandes recursos humanos y la gran capacidad tecnológica en el mismo en el Servicio de Ginecología de Alta Especialidad, se cuenta con la clínica de Displasias, la cual se encarga de captar todas las pacientes que le son canalizadas de otras unidades Médicas del primer y segundo nivel de atención del I.S.S.S.T.E., con colpocitológicos alterados por lesiones de HPV, displasias en sus diferentes etapas y carcinomas incipientes.. Recibiendo también los casos de carcinomas en estadios iniciales para tratamiento integral en el servicio de Oncología que cuenta con Quimio y Radioterapia. La clínica de Displasia tiene como función principal o primordial, el diagnóstico y

tratamiento temprano del cáncer mas frecuente en la mujer mexicana, el carcinoma cervicouterino. Para tal fin se aboca el estudio y tratamiento de las llamadas lesiones precancerosas o pre-invasivas del tracto genital bajo.

A las pacientes se les realizan exámenes de citología exfoliativa cervicovaginal, colposcopia y se consigue identificar, ubicar y definir las extensión de las lesiones así como la evolución de las mismas, permitiendo la obtención de biopsia dirigida para diagnóstico histológico y así con los datos aportados por la colposcopia y la anatomía patológica permiten la elección del mejor procedimiento terapéutico. Contando la clínica con el equipo mas moderno para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas, siendo básico en el tratamiento eliminar la lesión conservando el órgano y su función. El objetivo primordial de la clínica es abatir la mortalidad por carcinoma cervicouterino en nuestra población derechohabiente, otros objetivos más serían normar criterios de detección para el riesgo de CACU, establecer diagnóstico y tratamiento de las displasias, conocer en nuestros derechohabientes cuales son las causas de las alteraciones que provocan displasia con el fin de prevenirlas.

La clínica cuenta con modernos colposcopios, equipo de criocirugía, asa diatermia y rayo laser.

En nuestro Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre " se realizó el presente estudio dada la ausencia de información acerca del porcentaje de correlación de la displasia cervical grado II, por citología correlacionada por la biopsia del cérvix. Haciendo énfasis en los factores de riesgo de esta enfermedad.

El objetivo general es demostrar la confiabilidad de la citología exfoliativa cervicovaginal en las pacientes con diagnóstico de displasia cervical grado II, correlacionándola con la biopsia del cérvix, para normar conducta rápida en el tratamiento definitivo en el menor tiempo posible en estas pacientes. En la clínica de displasia del C.M.N. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., del 31 de agosto de 1993 al 30 de septiembre de 1995.

La hipótesis en nuestro trabajo es que la citología exfoliativa cervicovaginal es confiable en el 90%, en el diagnóstico de la displasia cervical grado II, en el C.M.N. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., del 31 de agosto de 1993 al 30 de septiembre de 1995

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

George N. Papanicolaou en 1924, investigaba aspectos endocrinológicos del ciclo menstrual, cuando accidentalmente observó que células anormales provenientes del cérvix uterino podían ser observadas junto con células vaginales exfoliadas de características normales; publicó sus resultados en 1928. Aparentemente dos años antes esta técnica había sido introducida por un patólogo rumano llamado Auri Base como diagnóstico de cáncer y publicó en abril de 1928 sus resultados, por diversas circunstancias quedó vinculado al método el nombre de papanicolaou (32)

J. Ernest Ayre, ginecólogo canadiense, que al año de 1947 diseñó una espátula de madera que permitía la toma endocervical y exocervical de las células exfoliadas, la cual hasta la fecha es conocida como espátula de Ayre (33)

Toma de la muestra. La toma de la citología exfoliativa cervicovaginal debe contener células del epitelio escamoso de la porción vaginal del cérvix, de la unión escamocolumnar y del endocérvix. La espátula de Ayre es óptima para realizar la toma, pues abarca las tres partes en un solo momento, se debe colocar a nivel cervical y hacer un giro de 360°.

En la práctica se utiliza abatelenguas y en algunos casos hisopos. Los cepillos (cervi brush) o las cánulas pueden ser utilizados para la toma de muestra intrauterina o cervical (34)

ANTECEDENTES

La neoplasia intraepitelial cervical, continua siendo un grave problema en las pacientes que la presentan y que acuden a la consulta de ginecología. Actualmente se cree ser precursora del carcinoma invasivo del cérvix, encontrándose diagnosticada e incrementada en pacientes cada vez más jóvenes (1, 2, 3, 4, 8)

Continua siendo un grave problema porque la incidencia de la NIC grado II y del cáncer cervical se relaciona con múltiples factores o cofactores como por ejemplo:

1.- Edad de la primera relación sexual. A menor edad mayor incidencia de cáncer cervical.

2.- Número de parejas sexuales. Ya que se ha establecido que las mujeres con múltiples compañeros sexuales o que el compañero sexual de ellas sea de alto riesgo por tener múltiples compañeras sexuales, tienen una incidencia mayor de cáncer cervical.

3.- Paridad. El cáncer cervical es más frecuente en las mujeres multíparas que en las nulíparas.

4.- Los agentes de transmisión venérea. los cuales son las infecciones virales como el HPV; los hongos, las tricomonas, la gonorrea, la sífilis pueden actuar como mofágenos.

Y estos factores o cofactores en nuestras derechohabiente se encuentran presentes, ya que es frecuente la relación sexual temprana, la elevada paridad y las infecciones (5)

Los datos epidemiológicos se correlacionan bien con el conocimiento actual de la patogenia del cáncer cervical.

Tricomoniasis. Es producida por un protozoo, anaerobio provisto de flagelos, *Trichomona vaginalis*, que se contagia habitualmente por contacto sexual, aunque

también puede aparecer en mujeres que no han tenido contacto sexual previo. Es frecuente su asociación con la gonorrea y con infecciones por clamidias.

Se calcula que en el 40-50% de los casos, la tricomoniasis va acompañada de gonorrea y a la inversa (7)

Gonorrea. Es una enfermedad infectocontagiosa exclusiva del ser humano, causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Es un coco gram negativo que afecta principalmente las mucosas, su contagio casi es exclusivo por vía sexual. Es una bacteria que no produce esporas y carece de cápsula y flagelos (35)

Gardnerella. La *Gardnerella vaginalis* es un anaerobio gram negativo se contagia por contacto sexual. Al crecer en forma exuberante junto con otras bacterias anaerobias que son responsables de la vaginosis bacteriana (7).

Chlamydia trachomatis. Se trata de un parásito intracelular que se asocia frecuentemente con gonococos, se contagia por contacto sexual.

Candida albicans. Es un hongo causante de leucorrea. Siendo el principal productor de infecciones por hongos a nivel de vagina. Existiendo una serie de factores que favorecen la aparición de la infección micótica: el embarazo, el tratamiento con antibióticos de amplio espectro, la diabetes, los medicamentos inmunosupresores y la deficiencia de hierro (7)

Sífilis. Es una enfermedad infectocontagiosa producida por *T. pallidum*, adquirida por contacto sexual, o en forma congénita a partir de la madre enferma de lúes, que por vía transplacentaria la transmite al producto (35)

Biopsia. Constituye, sin duda el método más exacto para establecer el diagnóstico de las displasias y del carcinoma in situ (7)

Biopsia dirigida. Obtenida con pinzas biópsicas adecuadas para tal fin, recoge una pequeña muestra de tejido de varios milímetros de diámetro. La toma de tejido se realiza dirigida por la visión colposcópica. Que se realiza de forma ambulatoria (7)

Biopsia dirigida por colposcopia. Aquella que es llevada a cabo tomando una muestra de las lesiones colposcópicas anormales utilizándose fórceps para biopsia de Kevorkian . La biopsia debe contener estroma; 1 a 2 mm son suficientes (5).

GÉNESIS DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

El periodo de metaplasia escamosa temprana es el momento de mayor riesgo para la transformación celular y el desarrollo de neoplasia cervical, en este periodo, las células metaplásticas jóvenes tienen propiedades fagocíticas y, de presentarse algún mutágeno potencial en la vagina durante este tiempo, el epitelio podría sufrir la transformación celular. La metaplasia escamosa temprana aparece casi exclusivamente en la pubertad, a principio de la adolescencia y en el primer embarazo. Por lo tanto, las mujeres que comienzan la actividad sexual, cuando el proceso metaplásico es más activo, tienen mayores probabilidades de desarrollar cáncer cervical.

Las mujeres con múltiples parejas sexuales presentan una posibilidad aumentada de que pueda introducirse algún mutágeno potencial en la vagina. Además, las mujeres que tienen al menos un embarazo en el cual el epitelio columnar se evierte hasta la portio (exocérnix) debido a la hipertrofia del cuello sufre una metaplasia escamosa temprana, tendrían una frecuencia más elevada de neoplasia cervical que las mujeres nulíparas (5)

Se acepta actualmente que la NIC grado II, se origina a partir de áreas de metaplasia escamosa aunque en algunas ocasiones puede producirse también, aunque menos a menudo, a partir del epitelio escamoso normal.

Desde principio de siglo, una serie de autores (Cullen, 1900; Shottlander y Kermauner, 1912; Rubin, 1910 y otros) han llamado la atención sobre la existencia de zonas de carcinoma in situ y de displasia en las márgenes de carcinomas invasivos. Basados en estos datos, se sugirió la posibilidad de que el carcinoma invasivo se originará sobre áreas de carcinoma in situ y de displasias.

Estudios clínicos prospectivos han demostrado que las displasias dejadas evolucionar espontáneamente sin tratamiento se transforman en carcinoma in situ en cierto

porcentaje y que a su vez, el carcinoma in situ, si no se trata se transforma en un elevado número de casos, en carcinoma invasivo.

Se han discutido los porcentajes de transformación de las displasias en carcinoma in situ, y la de estas en carcinomas invasivos, lo que se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que para llegar a un diagnóstico seguro de displasia y de carcinoma in situ se precisa el estudio histológico, y la biopsia practicada, para la obtención de dicho tejido, puede modificar la evolución de estas lesiones (7)

Definimos la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como un espectro de epitelios escamosos anormales, que comprende desde epitelios con alteraciones en la estructuración y maduración pero que están bien diferenciados, es decir que se corresponden 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 (7).

La displasia es un concepto englobado en la neoplasia intraepitelial cervical. Se define a la displasia como todo epitelio que muestra alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma in situ (7).

Se puede generalizar y decir que la displasia comprende epitelios histológicamente muy semejantes al carcinoma in situ, pero en los que las anomalías del epitelio no afectan a todo su espesor. Porque el carcinoma in situ, se define como todo epitelio en el que no existen signos de diferenciación en todo su espesor y no hay invasión (7).

Clasificación establecida según la proporción de las células indiferenciadas.

- 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 ella las alteraciones del epitelio son semejantes a 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. Una de las características histológicas más importantes es la pérdida o ausencia de la estratificación normal y la falta de polaridad celular. Todo el espesor del epitelio está constituido por células orientadas en distintos sentidos y dispuestas en numerosas hileras en las que no es posible distinguir los distintos estratos celulares que componen el epitelio escamoso normal (7).

Actualmente se ha demostrado que alrededor del 50% de las displasias, si no se tratan adecuadamente y se dejan evolucionar de manera espontánea, se transforman en un carcinoma in situ (7).

En la década de los cincuenta la displasia fue raramente encontrada en mujeres menores de 25 años, y el cáncer invasivo fue también raramente encontrado en mujeres menores de los 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 sobrepasan 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 (3)

En vista de lo anteriormente mencionado, actualmente se sugiere iniciar exámenes ginecológicos en edades más tempranas de la vida.

Por ejemplo el consenso de recomendaciones desarrolladas por el colegio Americano de Ginecobstetricia (ACOG en inglés) la Sociedad Americana de Cáncer, el Instituto Nacional de Cáncer, la Asociación Médica Americana (AMA, en inglés), la Asociación Americana de Enfermeras y la Asociación Americana de Mujeres Médicas sugiere que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas o que ya cumplieron 18 años de edad acudan anualmente al médico para un frotis cervical y exploración pélvica (9).

El juego preciso de la citología exfoliativa cervicovaginal en la mujer perimenopáusica todavía no es claro . Walton y cols. conjuntamente con la sociedad Americana del Cáncer recomienda abandonar la toma de la citología exfoliativa cervicovaginal 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 podrían mejorar el diagnóstico de anomalías cervicales en un (78.9%) (10,11).

La citología y colposcopia siguen siendo estudios claves que en conjunto proporcionan alta especificidad y sensibilidad para el tamizaje de población de riesgo para estudios específicos como la hibridación (10). La hibridación in situ es una prueba molecular en la cual se emplean fragmentos de DNA bien caracterizados llamados sondas que se fijan directamente sobre las laminillas en caso de presencia viral y se hacen visibles con material fluorescente (12, 13).

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 enfermedad pélvica inflamatoria, ocasionada por Neisseria

gonorrhoeae, chlamydia trachomatis, sífilis, blenorragia y otras enfermedades de transmisión sexual; hay un largo periodo 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 la actualidad se ha visto que los agentes virales son el factor etiológico más importante (10, 14, 15, 16, 17)

Evidencias significativas sugieren que el virus del papiloma humano ha sido vinculado con todos los grados de NIC, así como el cáncer invasor, siendo un importante agente transmisor y transformador (18).

Durante los años pasados la importancia de la infección HPV y la etiología del NIC ha sido reconocida (19).

El rápido desarrollo de HPV asociado a NIC es dependiente del grado de lesión y el tipo de virus y los tipos de HPV, 16, 18, 31 y 33 y otros que más frecuentemente han sido asociados con displasia moderada, severa y cáncer cervical invasor (20, 21, 22). 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 papilomavirus humano. Se ha comprobado que en algunos casos en los que persisten estas lesiones por largo tiempo pueden progresar a lesiones de tipo cáncer escamoso, el reconocimiento de las lesiones por papilomavirus humano en el trato genital pueden ser asociadas con otras lesiones, como la condilomatosis acuminada, es relativamente reciente (17, 23, 24, 25).

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 libros y revistas recientes (25, 27). En el tiempo actual hay aproximadamente más de 70 tipos de (HPV) (24). De estos 13 han sido comúnmente encontrados en las lesiones acuminadas así como en las lesiones blancas; los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 51 y 58 son encontrados en el cáncer cervical. Siendo los subtipos 16 y 18 los de alto riesgo. Y los otros mencionados de

riesgo intermedio. Otros subtipos de papilomavirus humano como el 6, 11, 42, 43 y 44 son de bajo riesgo (10). En los estudios iniciales del cáncer de células escamosas del cérvix se reportó que aproximadamente del 60 al 70% contenían papilomavirus humano. Sin embargo, los estudios iniciales fueron realizados en un tiempo en que solo se conocían los tipos 6, 11, 16, 18. Gissman reportó que en grupos Europeos fue posible detectar papilomavirus humano 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 papilomavirus humano podrían ser tipos virales difíciles de identificar, ó cánceres en los cuales el número de partículas virales es tan baja que hicieron difícil su detección (14).

En la actualidad existe una gran cantidad de bibliografía con respecto al tabaquismo como factor de riesgo (18).

Wilkenstein comenzó a estudiar tal variable al observar ciertas analogías entre el carcinoma bronquial y el de 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. Mayerry 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 estas son continuadas luego e incrementadas por los virus (4, 8). La influencia de los contraceptivos orales en el cérvix uterino ha sido sujeto de muchos estudios en las últimas dos décadas. En el presente no hay una evidencia de la relación casual entre los anticonceptivos orales y el carcinoma escamoso. La contracepción hormonal no se ha demostrado que influye en la incidencia de cáncer cervical. Actualmente se supone que quizá la toma prolongada de contraceptivos pueda perturbar el metabolismo del ácido fólico y esto origina algunas atipias en la citología que sean interpretadas erróneamente como displasias (7).

No se puede confirmar que el uso de contraceptivos orales es un factor causal en el desarrollo del carcinoma endocervical (26)

Existe una diferencia sustancial según sea un país de alto o bajo riesgo. Se puede ver que en los países de alto riesgo como el caso de Colombia, existe un incremento brusco a partir de los 30 años, 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 (4)

De los diferentes estudios se deduce que el grado de riesgo para las razas de menor a mayor son judía, blanca, hispanoamericana y negra (4).

Con lo que respecta al nivel socioeconómico la incidencia va a aumentar 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 (4).

Desde los tiempos de Rigoni-Ster (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 (4)

Para Pérez 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 Pérez 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 (4).

La circuncisión del varón, durante algún tiempo se consideró que podría prevenir la aparición del cáncer cervical por cuanto se consideraba que el esmegma podría tener un efecto cancerígeno. Actualmente se ha puesto en duda esta afirmación (7).

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 buenos resultados terapéuticos por una parte y para asegurarse de que no se escape un cáncer invasivo del cérvix por otra parte (27)

La función principal de la citología exfoliativa cervicovaginal es el atraer la atención de las anomalías epiteliales que de otra manera podrían no detectarse por la poca expresividad clínica que demuestran estas lesiones. La exactitud en predecir las anomalías epiteliales cervicales es ahora ampliamente aceptada.

Debido a su alta naturaleza subjetiva los procedimientos de control de calidad son difíciles de implementar en citología. Ya que las razones de los frotis falsos-negativos son numerosas por ejemplo:

- 1.- Recolecciones incorrectas de las células
- 2.- Ausencia de células endocervicales
- 3.- Frotis demasiado delgados
- 4.- Frotis demasiado gruesos
- 5.- Frotis sanguinolentos
- 6.- Fijación inadecuada
- 7.- Tinción incorrecta
- 8.- Errores en el examen de detección por técnicos en citología
- 9.- Errores en el diagnóstico por citopatólogos

(5)

Otro aspecto sin embargo es la evaluación del procedimiento en citología, es la comparación del citodiagnóstico con las últimas apariencias del tejido. (estudio histopatológico).

En citología el control de calidad concierne principalmente a la precisión diagnóstica de cáncer o lesiones precancerosas o contrariamente a la certeza de su ausencia. Esta precisión es monitoreada últimamente 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, 4) diagnóstico sobre estimado en citología.

La mayor precisión en el control de calidad base, para correlacionar entre frotis y diagnóstico histológico debería de esperarse que descansara sobre las biopsias colposcópicas donde la mayoría de las lesiones cervicales pueden ser visualizadas (28), por lo que la biopsia dirigida por colposcopia es uno de los más efectivos métodos de diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical (29).

La conclusión de todas las investigaciones epidemiológicas actuales es que la incidencia del cáncer cervical se relaciona con tres factores:

1. Edad de la primera relación sexual; es la variable de mayor correlación clínica. A menor edad, mayor probabilidad de incidencia de CACU en el futuro.
2. Número de parejas sexuales. Es otro factor estrechamente relacionado con la incidencia de cánceres cervicales.

3. Paridad. El cáncer cervical es mas frecuente en las mujeres múltiparas que en las mujeres nulíparas, pero el número total de embarazos no se relaciona de forma directa con la frecuencia del cáncer cervical. Las mujeres con un número elevado de embarazos, suelen comenzar la vida sexual en una etapa temprana. La primera relación sexual podría ser etiológicamente mas importante que el número real de embarazos (5).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó estudio básico, comparativo, biomédico, longitudinal, retrospectivo y abierto mediante la revisión de 50 expedientes clínicos de pacientes que acudieron a la clínica de displasia del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", durante el periodo comprendido del treinta y uno de agosto de mil novecientos noventa y tres al treinta de septiembre de mil novecientos noventa y cinco.

Se incluyó a todas las pacientes que llegaron a la consulta externa con diagnóstico citológico de Displasia Cervical grado II. Realizándose otra citología exfoliativa cervicovaginal en nuestro CMN "20 de Noviembre" para su valoración adecuada y un examen clínico integral y en caso de confirmarse el diagnóstico se realizó biopsia dirigida por colposcopia del cérvix. Se excluyó a todas las pacientes en quienes no se confirmó el diagnóstico de Displasia Cervical grado II por citología exfoliativa cervicovaginal en nuestro CMN "20 de Noviembre"; a las menores de 25 años; a las mayores de 64 años de edad. Sin criterios de eliminación en este estudio. No excluyéndose a ninguna paciente, siendo el total de la muestra de 50 pacientes. Se obtuvieron datos sobre edad, estado civil, tabaquismo, inicio de la vida sexual, número de compañeros sexuales, antecedente de circuncisión en la pareja, método de planificación familiar, paridad, estudio colposcópico, infección vaginal, resultado citológico y tratamiento.

El análisis de datos se basó en la prueba de X².

La hoja de concentración de datos en la página 27.

RESULTADOS

De las 50 pacientes que se incluyeron en el estudio, la edad fue de 25 a 64 años, 42 pacientes estuvieron comprendidos entre los 35 y 50 años (84%). Siendo la edad promedio de 40.92 años. En el cuadro I y Fig. 1, se muestra la distribución por edad.

Las pacientes fueron en su mayoría casadas, siendo 39 pacientes (78%). Hubo 8 pacientes solteras (16%), 2 divorciadas (4%) y una separada (2%).

El tabaquismo entre las pacientes con NIC grado II, se encontró con significado estadístico importante, presentando este dato 11 pacientes (22%). (Fig. 2).

Con lo que respecta a la paridad, una gran mayoría tuvieron mas de 2 hijos, siendo 44 pacientes (88%); 5 fueron nulíparas (10%) y sólo una tuvo un hijo. La vida sexual inició entre los 15 y 22 años en 39 pacientes (78%), siendo la paciente mas joven de 15 años y la de mayor edad de 35 años. El promedio de edad de inicio de la vida sexual fue de 21.28 años. (Cuadro II).

La mayoría de las mujeres tuvo un sólo compañero sexual, existiendo en este grupo 42 pacientes (84%); 7 pacientes tuvieron 2 compañeros sexuales (14%) y 1 paciente (2%) tuvo 3 compañeros sexuales. (cuadro III).

46 pacientes tuvieron el antecedente de relaciones sexuales con parejas no circuncidadas (92%),

Con respecto al método anticonceptivo utilizado por las pacientes, 34 de ellas (68%) utilizaron hormonales, 12 tuvieron el antecedente de salpingoclasia bilateral (24%) y 4 pacientes no utilizaban método anticonceptivo (8%) (Fig. 3).

Desde el punto de vista de las infecciones de transmisión sexual, se confirmó que 36 pacientes (72%) tenían el antecedente de infección viral por el papilomavirus humano;

con respecto a otros factores etiológicos de tipo infeccioso, la gardnerella se encontró en 5 pacientes (10%), la chlamydia trachomatis en 4 pacientes (8%), la tricomoniasis en 3 pacientes (6%) y 2 pacientes (4%) tuvieron tricomoniasis mas infección por el papilomavirus humano.

De las 50 pacientes que se incluyeron en el estudio con el diagnóstico citológico de Displasia Cervical grado II, 34 tuvieron diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial cervical grado II (68%), 7 de cervicitis crónica (14%), 4 pacientes (8%) de condiloma corriente, 3 pacientes de Displasia grado I mas infección por papilomavirus humano (6%) y 2 pacientes (4%) de Displasia grado I (Fig. 4).

En conjunto, hubo un porcentaje de correlación entre el diagnóstico citológico e histológico de la Displasia Cervical grado II del 68 %. Por lo que la confiabilidad de la citología exfoliativa cervicovaginal en el diagnóstico de la Displasia Cervical grado II, corroborada con la biopsia del cérvix en la clínica de Displasia del CMN "20 de Noviembre", es solamente de un 68 %. Por lo tanto nuestra hipótesis de ser confiable en un 90 % de los casos, no alcanzó tal porcentaje como se pensó originalmente, pero sí en un 68 %.

Todas las pacientes con diagnóstico histológico de NIC grado II, recibieron como tratamiento cono cervical y a 8 pacientes se les realizó histerectomía posteriormente.

DISCUSIÓN

La edad de las pacientes fue de 25 años a los 64 años, encontrándose el máximo porcentaje (84%) en las pacientes de 35 a 50 años. Con una edad media de 40.92 años.

La gran mayoría de las pacientes es casada (78%), correspondiendo a 39 pacientes, siendo la minoría el grupo comprendido por solteras, divorciadas y una separada. Esto llama la atención, ya que la bibliografía refiere una mayor incidencia entre viudas y divorciadas (4, 7, 28).

En relación al tabaquismo como agente etiológico, se encontraron cifras que se consideran con significado estadístico de importancia. Robert B. Cameron nos refiere que el riesgo de CACU en las fumadoras de tabaco es cuatro veces más alto que en las no fumadoras (18). Devesa encontró que el consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer cervical de células escamosas independientemente de la asociación con factores sexuales (8).

El inicio de la vida sexual en nuestro grupo fue entre los 15 y 22 años (78%), lo cual confirma lo reportado por la Literatura Médica Mundial que es un factor importante en el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, en todas aquellas pacientes que inician su vida sexual a temprana edad.

A nivel mundial, los estudios epidemiológicos coinciden en el que tener múltiples compañeros sexuales es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cérvix (18, 28, 30). Sin embargo la NIC grado II en nuestro estudio se asoció más frecuentemente a mujeres con una sola pareja sexual (84%). Probablemente esto puede ser debido a que todavía las mujeres de nuestra población no tienen experiencias sexuales antes del matrimonio ni múltiples compañeros sexuales después de casarse, o que el compañero es de alto riesgo por tener múltiples compañeras sexuales.

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 falsa asociación, ha descendido en el presente (4) y parece confirmarse en los resultados de nuestro estudio en el que 92 % de las mujeres tuvieron parejas no circuncidadas. .

Con respecto al método anticonceptivo utilizado y su relación con la NIC grado II, el más usado por nuestras pacientes fueron los hormonales en un 68 %.

Entre los agentes de transmisión sexual, 36 pacientes (72%) tenían el antecedente de infección por papilomavirus humano y con respecto a otros factores etiológicos de tipo infeccioso se encontraron en menor porcentaje. Esto concuerda con lo referido por Robert B. Cameron que el papilomavirus humano ha sido vinculado con todos los grados de NIC, así como el cáncer invasor (18). Y también Gupta quien encontró que el 71 % de las pacientes presentaron antecedentes de infección con el papilomavirus humano, principalmente el tipo 16. Esto confirma la fuerte influencia que ejercen los agentes de transmisión sexual motivo por el cual algunos autores prácticamente catalogan a la NIC como una enfermedad de transmisión sexual (17, 24).

La correlación cito - patológica fue de 68 %, existiendo un 32 % de falsos positivos en los reportes de nuestras citologías exfoliativas cervicovaginales en el diagnóstico de la Displasia Cervical grado II. Por lo que la confiabilidad es menor a nuestra hipótesis de un 90 %.

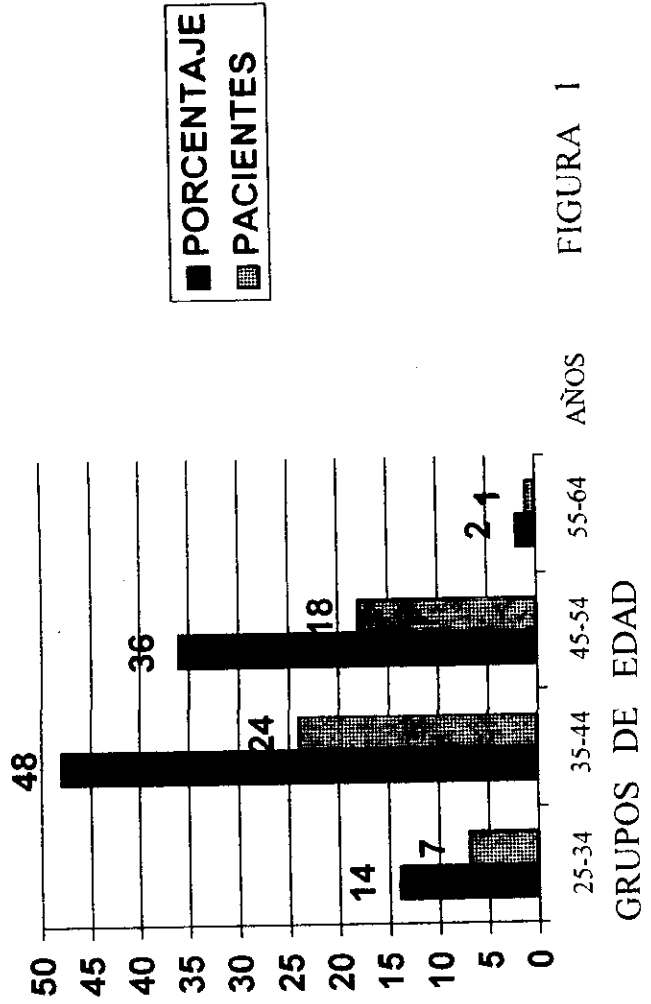
Se realizó estudio en el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Viena, Austria, que fue recibido en enero de 1991 y aceptado en junio de 1991. En 102 pacientes en donde los exámenes histológicos de las biopsias no revelaron la anomalía de NIC en 33 pacientes (32.3%) y lesiones con NIC 69 pacientes (67.7%). Encontrándose 51.5 % de HPV positivo en las biopsias. Por citología se habían reportado 34 pacientes con NIC. En nuestro estudio se encontró un 72 % de HPV en las pacientes con NIC grado II (31).

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD
EN EL GRUPO DE ESTUDIO**

GRUPOS DE EDAD	%
25 - 34	14
35 - 44	48
45 - 54	36
55 - 64	2
TOTAL	100

CUADRO I

C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.
PROMEDIO DE EDAD ENCONTRADA EN
EL GRUPO DE ESTUDIO



C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.
GINECOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD
RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y LA PRESENCIA O
AUSENCIA DE NEOPLASIA INTRACERVICAL GRADO II

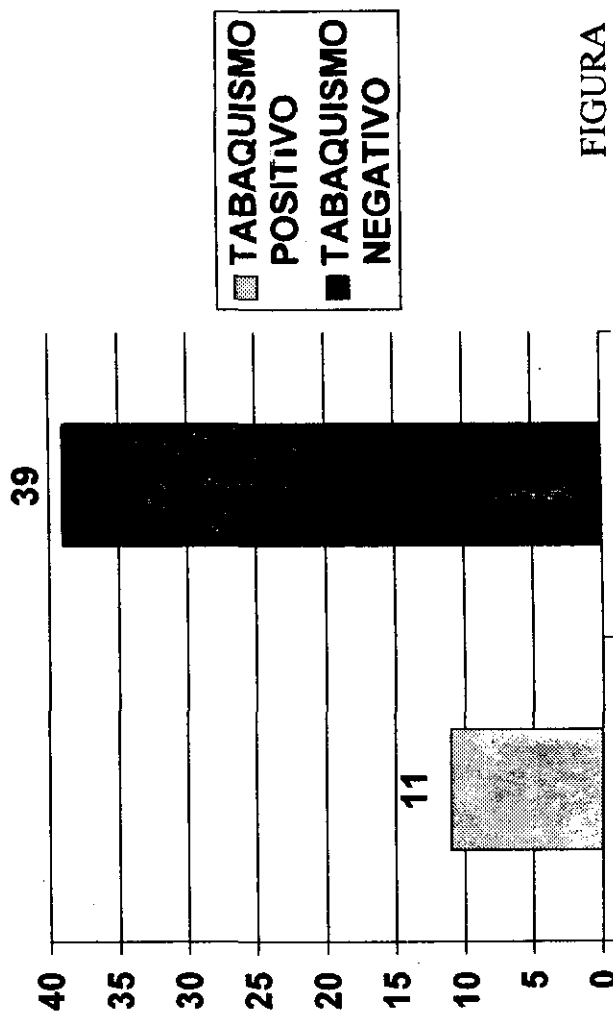


FIGURA 2

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DEL
INICIO DE LA VIDA SEXUAL**

GRUPOS DE EDAD	%
MENOS DE 15	0
15 - 20	62
21 - 30	34
MAS DE 31	4
TOTAL	100

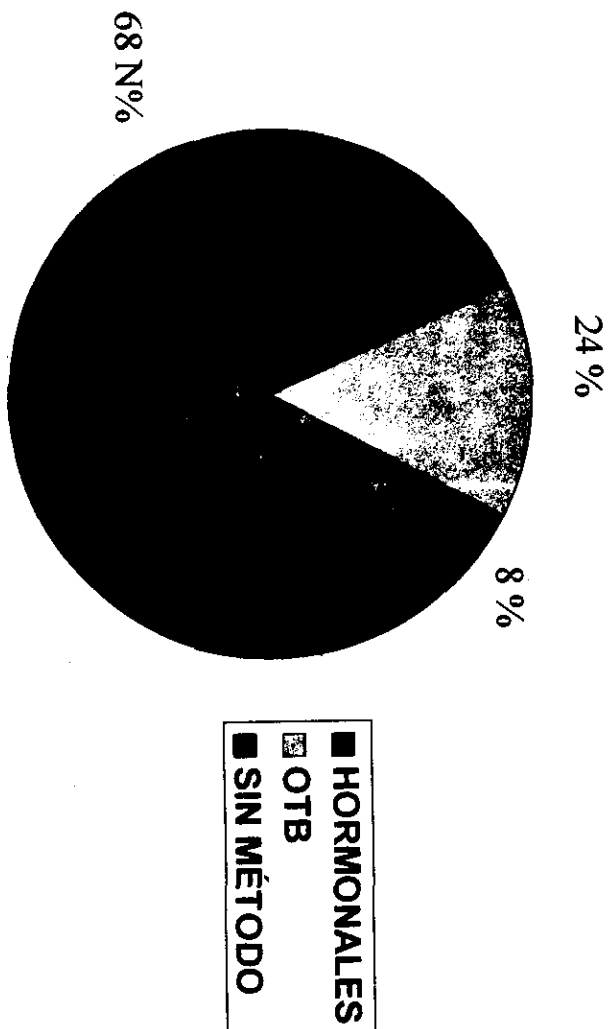
CUADRO II

**DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE
COMPAÑEROS SEXUALES**

NÚMERO DE COMPAÑEROS	%
1	84
2	14
3	2
TOTAL	100

CUADRO III

C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.T.E. GINECOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD.
FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENCONTRADOS
EN EL GRUPO DE ESTUDIO



HORMONALES: 34 OTB: 12 SIN MÉTODO 4

FIGURA 3

C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.
 GINECOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD
 AGENTES INFECCIOSOS Y SU RELACIÓN CON NIC II

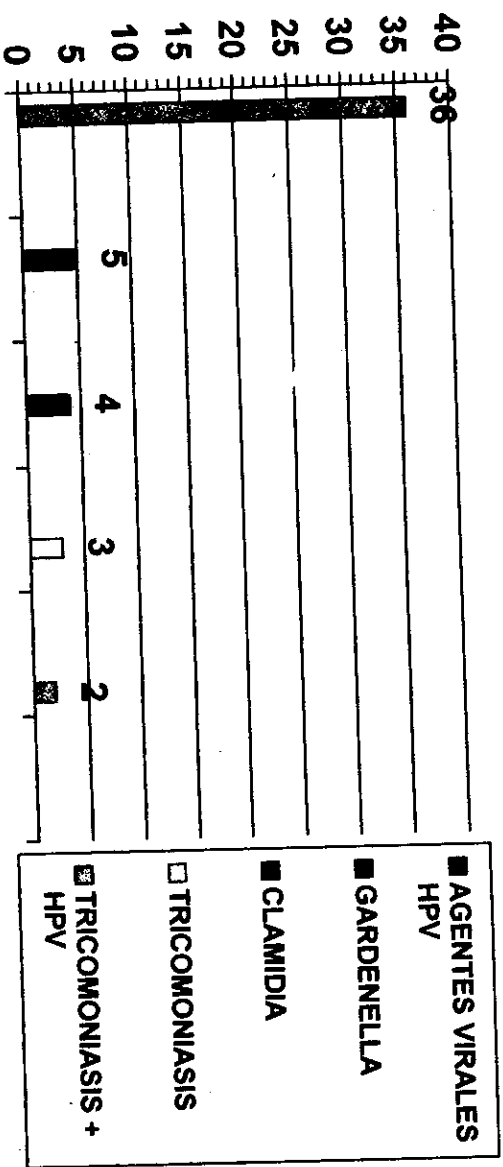


FIGURA 4

CONCLUSIONES

- 1.- La confiabilidad entre el diagnóstico citológico e histológico fue de un 68 %.
- 2.- El inicio de la vida sexual temprana y una paridad elevada influyeron en forma importante en el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervical.
- 3.- El agente infeccioso papilomavirus humano es un factor etiológico que se asocia en un alto porcentaje a la NIC grado II.
- 4.- La NIC grado II ocurre en un mayor porcentaje entre la 4a y 5a década de la vida.
- 5.- La colposcopia es un método por el cual se puede afirmar o descartar un diagnóstico de HPV.
- 6.- La citología cervical y la colposcopia son métodos de detección, siendo la biopsia dirigida por colposcopia uno de los mas efectivos métodos de diagnóstico de la NIC grado II.
- 7.- El estudio histológico es el que confirma en forma objetiva el diagnóstico de una lesión cervical.
- 8.- Por lo tanto nuestra hipótesis no fue aprobada en el 90 % de los casos, pero sí en un 68 %.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fox, CH. Biologic behavior of displasia and carcinoma in situ. *Am. J. Obstet Gynecol*; 99-960, 1967.
- 2.- Fidler, Hk; Boyes, D.A; Nichols, TM; Worth, A.J.: Cervical cytology in the control of cancer of the cervix. *Mod. Med. can*, 25, 9, 1970.
- 3.- Behrard SS, Ahmad FS, Robby S. Prevalence of Dysplasia and cancer of the cervix in a nationwide Parenthood population. *Cancer*; 61: 2539 - 2361; 1988.
- 4.- Rodríguez - Escudero. *Clínica Ginecológica. Progresos en Oncología Ginecológica*; vol 11 - ,1: 3 - 80. Ed. Salvat, Barcelona, 1987.
- 5.- Te Linde Trompson - Rock, *Ginecología Quirúrgica*; 7a Edición.; 1029 - 1047. 1993.
- 6.- SL. Robbins, RS Cotran; *Patología Estructural y Funcional*; 3a Edición.; 209 - 214. 19887.
- 7.- J. González - Merlo. *Ginecología. 5a Edición.*; 71 - 351. Ed. Salvat, Barcelona. 1988.
- 8.- Devesa SS, Young JL, Brinton LA, Fraumeni JF. Recent Trends in cervix Uteri cancer; 64: 2184 - 2190. 1989.
- 9.- Cervical Cytology: Evaluation and management of anomalies. ACOG technical Bulletin # 183. August 1993.
- 10.- Muñoz D. G. Et al; Cervical papiloma sub-group typification by in situ hybridization. Preliminary study. *Ginec Obs Mex*. 62: 164. 1994.
- 11.- Kamnitsky H. America College Obstetrician and Gynecologist proposed policy to be announced. 1987.
- 12.- Zaki S.r. Coffield Human papillomavirus infection and anal carcinoma. Retrospective annalasis by in situ hybridization and the polimeral chain reaction. *American Journal Pathology*; 140: 1345 - 55. 1992.
- 13.- Berum J. Casas L. García Carranca. Genoma amplification of human papillomavirus types 16 and 18 in cervical carcinomas in related to the retention of E1 - E2 genes. *Journal of Cancer*; 56: 6640 - 645. 1994.
- 14.- Richart RM. Causas and management of cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer*; 60: 1951 - 1959. 1987.
- 15.- Westrom L. Mardh PA. Acute pelvic inflamatory disease (PID) en Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF y col. eds sexually trtansmited Disease. 2a ed, Nueva York. Mc Graw Hill. PP 593 - 613. 1990.
- 16.- Stamm We. Holmes KK: Clamydia trachomatis infection of of the adult. En Holmes KK, Mardh PA. Sparling PF y col. eds sexually transmited disease 2a ed. Nueva York; Mc Graw Hill; PP 181 - 194. 1990.
- 17.- Kose LG. Cytologic and Histologic Manifestations of Human papillomavirus infection of the female Genital Tract and their Clinical significanse. *Cancer*; 60: 1942 - 1950. 1987.
- 18.- *Oncología Práctica*. Robert B. Cameron. Departamento de Cirugia. University of California Los Angeles School of Medicina: Los Angeles, California; 399. 1995.
- 19.- Reidd R. Stanhope CR, Herschaman BR, Brooth GD, Smith JP. (1982). Genital Warts and Cervical Cancer. I Evidence of an association between Subclinical papillomavirus infection and cervical malignancy. *Cancer*; 50: 377 - 387. 1982.

- 20.- Meanwell CA, Blackledge G, Gox MF, Maitland NJ, HPV 16 DNA in normal and malignant cervical epithelium: Implications for the etiology and behavior of cervical neoplasia. *Lancet* I: 703 - 707. 1987.
- 21.- Syrjennnen K, de Villiers EM, Varynen M, Mantyjärvi R, Parkkinens, Saarikoskis Castreno. Cervical papillomavirus infection in to invasive cancer in less than three years. *Lancet*; I: 510 - 511. 1985.
- 22.- Zur Hausen H. Intracellular surveillance of persisting Viral infection. Human cervical cancer rresults from deficient cellular control of papillomavirus genn expression. *Lancet*; II: 489 - 491. 1986.
- 23.- Gupta JW, Ssaito A, Fu YS, Shah KV. Huma papillomavirusses and the pathogenesis of cervical neoplasia. *Cancer* 64: 22104 - 2110. 1989.
- 24.- Rosales JE, Martínez MM, López RG. *Ginec Obstet Mex*; 56: 87 - 90. 1988.
- 25.- Toon LG, Arrand JR, Sharp DS. Huma papillomavirus infection of the uterine cervix of woman without cytological signs and of neoplasia. *British Medical Journal*; 293: 1261 - 1264. 1986.
- 26.- Jones MW, Silverberg SG. Cervical Adenocarcinoma in young women: Possible relationship to Microglandular Hyperplasia and use of oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*; 73: 984 - 988. 1989.
- 27.- Falcone T, Frénczy A. Cervical intraepithelial neoplasia and condyloma: An analysis of diagnostic accuracy of posttreatment follow-up methods. *Am J Obstet Gynecol*; 154: 260 - 4. 1986.
- 28.- Rotkin ID. A comparison review of key epidemiological studies in cervical cancer related to current searches of trtransmissible agentes. *Cancer res*; 33: 1356 - 1367. 1973.
- 29.- Diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia and Human papillomavirus infection: Punch biopsy versus cervical Smear. Second department of Obstetrics and Gynecology University of Viena Spitalgasse; 23: A: 1090. Viena, Austrtia. 1991.
- 30.- Brinton LA, Frument JF Jr. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chronic Dis*; 39: 1051 - 1065. 1986.
- 31.- G. Gitsch, A. Reinthaller, G. Tatra and G. Bretenecker. Second Department of Obstetrics and Gynecology. Univesity Spitalgasses; 23, A: 1090. Viena, Austrtia. 1991.
- 32.- Alonso P, Nassiva M. Neoplasia intraepithelial temprana. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*; 28: 2: 79 - 85. 1985.
- 33.- Fentanes. Guevara. *Citología Clínica*. 2a edición. La Prensa Médica Mexicana. México. 1990.
- 34.- Davey D, Nielsen M, William, Frable. Improving accuracy in Ginecologic citology. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*; 117: 1193 - 98. 1993.
- 35.- *Infectología Clínica*. 2a. edición. González, Torales, Gómez. 446 - 468. 1984.