

11217 26
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO**

**FRECUENCIA DE LA PATOLOGIA CERVICAL Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
MAYO 1992 - MAYO 1993**

T E S I S

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
GINECO OBSTETRICIA
P R E S E N T A**

ANTONIO / CASTRO OCAMPO

269126

**ASESOR MEDICO DR. MANUEL SAENZ CABRERA
ASESOR EN INVESTIGACION DRA. TERESA DE J. CASTRO FUENTES**

ACAPULCO, GRO.

1998

**TEJON
VALA DE ORIGEN**



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.

FRECUENCIA DE LA PATOLOGIA CERVICAL Y
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LA CLINICA DE
LESIONES TEMPRANAS DEL CENTRO DE CANCEROLOGIA
"DR. ARTURO BELTRAN ORTEGA" EN ACAPULCO, GRO.



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



DR. JORGE GARCIA LEAL

Director del Hospital General de Acapulco, Gro., S.E.Sa



DIRECCION
HOSPITAL GENERAL DE
ACAPULCO GRO

1984



~~DR. MARIANO MANZANAREZ CHAVEZ~~

Profesor titular del curso de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Acapulco, Gro.,
S. E. Sa



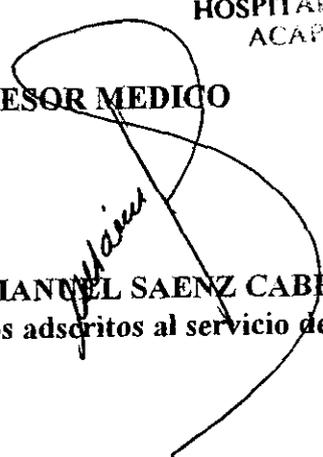
DR. ESMIR BALANZAR SAGRERO

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Acapulco, Gro., S.E.Sa



JEFATURA DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DE
ACAPULCO GRO

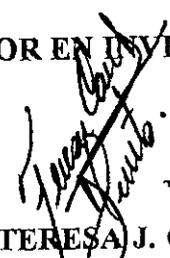
ASESOR MEDICO



DR. MANUEL SAENZ CABRERA

Médicos adscritos al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Acapulco,
Gro., S.E.Sa

ASESOR EN INVESTIGACION



DRA. TERESA J. CASTRO FUENTES

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a todas las personas que de alguna manera participaron en lograr realizar una de las más preciadas metas de mi vida profesional.

Agradezco al Dr. José Legorreta y al Dr. Sergio Paredes, por su apoyo para la realización de esta tesis.

RESUMEN

Se revisaron 300 expedientes clínicos de pacientes que acudieron con una citología cervical anormal al Centro de Cancerología del Estado de Guerrero. La infección por virus del papiloma humano se encontró en el 58% de las pacientes y se asoció con neoplasia intraepitelial cervical en 6%. La neoplasia intraepitelial cervical se presentó en el 17% de las mujeres estudiadas, predominando el carcinoma in situ en 76% de las pacientes. En los factores de riesgo estudiados se observó que las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con dos o más parejas sexuales y con cuatro o más partos tienen mayor riesgo (5.0) de tener lesiones precursoras de cáncer cervicouterino invasor.

La citología demostró tener mayor especificidad y menor sensibilidad que la colposcopia.

CONTENIDO

INTRODUCCION	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
ANTECEDENTES	2
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA	8
RESULTADOS	11
ANALISIS	14
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18
ANEXOS	
FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS	
TABLAS	

INTRODUCCION

En México el carcinoma cervicouterino ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer. En 1980 la tasa de carcinoma de cérvix fue de 19.5, en 1992 la mortalidad en mujeres de 25 años de edad fue de 23.7, que representa el incremento del 20%. Las estadísticas de ese año revelan que el número absoluto de mujeres muertas por tumores malignos del cérvix ascendió a un total de 4 mil 346. De persistir esta situación se calcula que para el año 2000 morirán 6,485 mujeres por cáncer de cuello uterino.

Por la historia natural del cáncer sabemos que las neoplasias intraepiteliales cervicales son lesiones precursoras y que no todas evolucionan a cáncer, ya que se estima que el 35% remiten espontáneamente, el 20% se mantienen en forma estacionaria y el 45% progresan a cáncer, siendo todas ellas curables en un 100% de las pacientes, incluyendo al carcinoma in situ. De ahí deriva la importancia del diagnóstico certero y temprano de este tipo de lesiones, en donde con el programa nacional de detección oportuna del cáncer y ahora con la colposcopia como técnica de apoyo en las citologías cervicales anormales, se ha intentando disminuir la mortalidad y la incidencia en su fase avanzada del Cáncer Cervicouterino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La clínica de lesiones tempranas del Centro de Cancerología en el estado de Guerrero, inicia sus actividades en 1992 utilizando la colposcopia como método diagnóstico de apoyo en las pacientes con citología cervical anormal, detectando en forma precoz diversas patologías cervicales. A un año de labores se realizaron diversos procedimientos de esta especialidad y con la confirmación histopatológica las pacientes reciben tratamiento adecuado y muchas veces ambulatorio sin mayores riesgos anestésicos.

Los diferentes grados de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y el carcinoma cervicouterino (CAcu) se asocian a factores de riesgo relacionados con la conducta sexual, como es el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad y las múltiples parejas sexuales que juegan un papel importante para el desarrollo de infecciones de transmisión sexual, principalmente infección por virus del papiloma humano (VPH). Los factores reproductivos de riesgo son edad temprana del primer parto y el uso de contraceptivos orales por varios años.

En diversas publicaciones se considera a la colposcopia con una especificidad hasta del 30 % para detectar lesiones sospechosas del cérvix y que no puede ser empleado en detecciones del carcinoma cervicouterino en grandes poblaciones por ser un procedimiento costoso, sin embargo, cuando la colposcopia se acopla con la técnica de la citología exfoliativa la sensibilidad y especificidad se aproximan al 99 %. (1)

Por la importancia que tiene detectar las neoplasias preinvasoras del cérvix, que en su mayoría evolucionan a carcinoma invasor y con la posibilidad de que las pacientes reciban tratamiento oportuno, consideramos conveniente realizar el presente estudio y determinar la especificidad y sensibilidad de la colposcopia como auxiliar en un segundo nivel de atención.

ANTECEDENTES

En el año de 1924 Hinselmann en Hamburgo, Alemania, al estudiar las causas, síntomas y diagnóstico del cáncer del cuello uterino asevera que inicia como pequeños tumores o úlceras que pudieran detectarse utilizando aumento e iluminación, y en 1925 utilizando la lámpara frontal de Von Eicken y una lente de aumento de Leitz, inventa el colposcopio. En colaboración con Leitz perfecciona un microscopio binocular sobre un pedestal movable que incluye iluminación y fundan la primera clínica de colposcopia realizando estudios de vulva, vagina y cuello uterino. En 1928 se inventa la prueba de yodo-lugol por Schiller en Austria, Aureli Babes publica sus métodos de citología y George Papanicolaou presenta observaciones en frotis vaginales. En 1931 Emmert introduce el colposcopio en Norteamérica y en 1932 Jakob discípulo de Hinselmann establece la primera clínica de colposcopia en Argentina, y es entonces que se extiende el uso y adiestramiento de este procedimiento por varios países. En 1938 Hinselmann presenta la prueba del ácido acético para visualizar zonas sospechosas del cérvix. Galloway en Estados Unidos, presenta la fotografía del cuello uterino con lente telescópico y es hasta 1966 que Koller inventa la colpofotografía en blanco y negro. En 1939 en Alemania, Kraatz presenta el filtro verde para visualizar los vasos atípicos cervicales. En 1940 Kranzfield (Suiza) adapta la terminología utilizada en oncología ginecológica. En 1943 George Papanicolaou y Hebert Trant publican su primer libro sobre diagnóstico de cáncer mediante frotis vaginal y en Suiza y Austria empiezan a usar el colposcopio para localizar zonas anormales sugeridas por citología. A partir de los años 50 la colposcopia es utilizada ampliamente en varios países, y se realizan aportaciones para el perfeccionamiento del - - -

procedimiento con la formación de clínicas y sociedades colposcópicas. Richart (1967) populariza la teoría de un espectro de enfermedad que va desde displasia leve hasta cáncer invasor, presenta la denominación de neoplasia intraepitelial cervical. (2)

Los tumores malignos ocupan el segundo lugar dentro de las 10 principales causas de mortalidad (1990). El cáncer más frecuente es el cervicouterino, en mujeres de 25 años o más de edad, en 1973 se encontró en 18.4 por 100,000 habitantes, en 1990 de 24.9 y se calcula que para el año 2,000 será de 30.1 por 100,000 habitantes.

Se desconoce la causa del carcinoma cervicouterino, no obstante pruebas actuales sugieren que se trata de un proceso multifactorial vinculado a diversos factores epidemiológicos. Estudios en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e Italia encontraron que el riesgo es de 2 a 3 veces más alto de tener neoplasia intraepitelial cervical grado III (NIC III) o carcinoma in situ (CIS) en mujeres que tienen tres o más parejas sexuales que aquellas con una o ninguna pareja.(3) Otros estudios sugieren que el riesgo de displasia cervical es grande en mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales y mujeres fumadoras, no encontrando relación entre el factor reproductivo o uso de contraceptivos orales. (4) Una edad temprana del primer parto se ha considerado como riesgo de displasia en estudios británicos pero no se ha relacionado con NIC en otros estudios.

El iniciar la vida sexual a temprana edad con la asociación de múltiples parejas sexuales confirman el papel de las enfermedades de transmisión sexual en el desarrollo de NIC y entre los agentes infecciosos potencialmente implicados es el virus del papiloma humano (VPH) . Los grupos de VPH de riesgo oncogénico son clasificados como: bajo riesgo (6, 11, 42, 44), riesgo intermedio (31, 33, 35, 51,52,58) y alto riesgo (16,18,45,56). (5)

La tendencia actual es considerar la asociación del VPH con displasia epitelial y neoplasia del cérvix en un gran número de casos. Estudios nacionales demuestran esta relación, en que se encontró por citología exfoliativa que el 84% de NIC presentaban evidencia de infección por VPH, prevaleciendo en mujeres entre 31 y 35 años de edad, el 64% fueron portadoras de NIC I, el 19% de NIC II y el 14% de NIC III y solo un caso se asoció con cáncer invasor. (6) En otra revisión de datos citológicos de condiloma plano en 224 pacientes, en el 5% existía una displasia y de éstas el 67% se encontró asociado a condiloma plano, los grados de displasia fueron : leve 71%, moderada 19%, severa 7% y cáncer cervicouterino in situ 3%. En este estudio predominaron las lesiones cervicales en mujeres de 20 a 35 años de edad y con factores de riesgo significativos como el inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, evidencia clínica de infección cervical (leucorrea) y gestaciones de 0 a 3 hijos. (7).

Las mujeres con antecedente de alguno de estos factores mencionados tienen un riesgo mayor de tener NIC y se pueden considerar dentro del grupo de alto riesgo de carcinoma cervicouterino.

El estudio colposcópico ha demostrado tener poca especificidad debido a la pobre interpretación de zonas de blanqueamiento por ácido acético en la región de transformación, que produce datos falsos positivos. La especificidad es superior al 30 % en tales estudios colposcópicos. Aunque la sensibilidad de la colposcopia en la identificación de lesiones de la zona de transformación es buena, las neoplasias del conducto endocervical no pueden observarse, lo que produce interpretaciones falsas negativas. La colposcopia tampoco es tan sensible como la citología para detectar el carcinoma cervicouterino invasor temprano. Esto se debe sobretodo al hecho de que los vasos anormales son difíciles

de identificar por colposcopia, y aunque la técnica ha demostrado su valor para el estudio del cuello en mujeres con citología cervical anormal como procedimiento de estudio en grandes grupos requiere mucho trabajo, es costoso y tiene poca especificidad. (8)

En el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizaron 300 biopsias dirigidas por colposcopia, 109 pacientes presentaron carcinoma in situ - (CIS), encontrando una especificidad en relación a la citología de un 49.5 % y con la conización fue de 10 %. (9) En un estudio prospectivo de 390 pacientes en el hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud donde se encontró mayor incidencia de lesiones cervicales en la tercera y cuarta década de la vida, la colposcopia mostró mayor especificidad en relación a la citología para detectar NIC III y CIS y baja sensibilidad para detectar NIC I - NIC II y VPH, (10) resultados muy bajos que lo reportado en estudios extranjeros donde la especificidad por colposcopia es del 70 % y por citología del 15 % para la detección de VPH. (11)

La cervicografía es una técnica de detección fotográfica en la que se toma una foto de 35 mm del cuello uterino después de aplicar ácido acético de 3 % o 5 % y se proyecta la laminilla de manera que amplifique la imagen del cérvix. La técnica fue desarrollada por el Dr. Adolf Stafl en 1981. En estudios limitados, se ha encontrado que la cervicografía es más sensible pero considerablemente menos específica que la citología en la detección de neoplasia cervicouterina. La sensibilidad reportada es del 94%, sin embargo, su especificidad puede alcanzar el 50%. La baja especificidad parece ser inherente a la técnica de la cervicografía. Estudios actuales sugieren que el procedimiento podría tener valor para estudiar a mujeres con datos citológicos atípicos o de clase II cuando no se dispone de colposcopia. (12)

Con el uso de la citología cervical como detección en grandes grupos, ha disminuido la frecuencia y la tasa de mortalidad del carcinoma cervicouterino. La especificidad de la citología cervicovaginal es de casi 99.8%, lo que sugiere que menos del 0.2% de las veces la prueba da un informe "falso positivo" y como causas de éstos fenómenos son el error interpretativo en presencia de cervicitis, reparación, radiación o quimioterapia, así como interpretación de la metaplasia como neoplasia intraepitelial o carcinoma. La especificidad es lo que apoya a la citología como método excelente de detección. La sensibilidad del frotis cervical-endocervical es de casi 85 %, lo que sugiere que casi 15% de las mujeres objeto de estudio con citología cervical y frotis interpretados como negativos (atípicos o clase II) de hecho tienen neoplasia cervical. Las causas de falsosnegativos son error de la muestra, de detección y de interpretación.(8) En una revisión de la literatura se encontró que con mayores investigaciones, la displasia estuvo presente en 20 % a 45 % de la muestras de papanicolaou informados como "inflamatorios". (13)

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la prevalencia de la patología cervical y factores de riesgo en pacientes con citología anormal que acudieron a la clínica de lesiones tempranas del Centro de Cancerología del Estado de Guerrero, de mayo de 1992 a mayo de 1993.

ESPECIFICOS

Conocer la prevalencia de la patología cervical más frecuente en pacientes que presentan citología anormal.

Identificar algunos factores de riesgo como: edad, tabaquismo, antecedentes familiares oncológicos y personales patológicos, menarquía, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, gestas, partos, abortos, cesáreas, método anticonceptivo utilizado y su relación con las lesiones cervicales.

Correlacionar los grados de lesión colposcópica y los resultados citológicos e histopatológicos de las lesiones cervicales.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó estudio Transversal, en la clínica de lesiones tempranas del Centro de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega, A. C.", en un periodo comprendido del 1o. de mayo de 1992 a 1o. de mayo de 1993.

METODOLOGIA

Se revisaron 300 expedientes clínicos para obtener datos sobre : Edad, tabaquismo, antecedentes familiares oncológicos y personales patológicos, menarquía, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, gestas, partos, abortos, cesáreas, método anticonceptivo utilizado y los resultados colposcópicos, citológicos e histopatológicos de las lesiones cervicales.

La información se recolectó en libretas de pasta dura, con el formato de recolección de datos adherido en su interior.

La tabulación y el análisis de datos se llevó a cabo empleando el método estadístico EPI-INFO, la estimación de riesgo, la prueba de significancia y la estratificación se realizó con el procedimiento de Mantel-Hanszel, los límites de confianza de acuerdo a los propuestos por Miettinen, la prueba de heterogeneidad entre los estratos se evaluó de acuerdo a Woolf.

CRITERIOS

DE INCLUSION

Todas las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones tempranas con una citología cervical anormal.

DE NO INCLUSION

Ninguno

DE ELIMINACION

Ninguno.

DEFINICIONES OPERACIONALES

CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

Es el estudio de las células normales o patológicas del cuello del útero que presentan exfoliación espontánea o inducida.

COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA

Es cuando la unión planocilíndrica no es visible, hay inflamación o atrofia intensa y el cuello uterino no es visible.

DISPLASIA

Alteraciones en la diferenciación del epitelio escamoso en su superficie.

CLASIFICACION DE COPPLESON

GRADO I (No sospechosa)

Epitelio "acetoblanco" plano, semitransparente, bordes indistintos, vasos de calibre fino y forma regular.

GRADO II (Sospechoso)

Epitelio "acetoblanco" plano, mayor opacidad con bordes nítidos, capilares superficiales con vasos de forma regular y dilatación variable.

GRADO III (Muy sospechoso)

Epitelio "acetoblanco" muy opaco, bordes bien definidos, capilares superficiales dilatados y de forma irregular. Distancia intercapilar variable, vasos en espirales o en transición a horizontales atípicos, contorno superficial irregular, epitelio microexofítico.

RESULTADOS

De las 300 pacientes referidas al Centro de Cancerología por una citología cervical anormal, en donde se efectuó nueva citología y biopsia dirigida por colposcopia, se encontró que el 96% presentaron algún tipo de lesión cervical y el 4% fueron negativas.

La patología cervical detectada en orden de frecuencia fue :
Infección por virus del papiloma humano 58% (167), Cervicitis 18% (50), Neoplasia intraepitelial cervical 17% (49), Alteración inflamatoria inespecífica 4% (13), Atrofia 1.5% (4), Cáncer epidermoide invasor 0.3% (1), Displasia senil 0.3% (1), Pólipo endocervical 0.3% (1), Tricomonas 0.3% (1), Herpes 0.3% (1).

Tabla No. 1

Las lesiones cervicales fueron más frecuentes en mujeres de 31 a 40 años de edad (39%). La edad promedio fue de 34 años (Rango 17-70 años). Tabla No. 2

La frecuencia simple de los factores de riesgo fueron :

El antecedente de tabaquismo se encontró en el 7%

El 15% de las pacientes tuvieron algún antecedente oncológico en la familia, predominando en la primera rama el carcinoma cervicouterino en el 7% y cáncer de mama en 1%.

El 15% tuvieron algún antecedente patológico personal, prevaleciendo la diabetes mellitus en el 2%.

La menarca antes de los 13 años se encontró en el 62%.

El 67% iniciaron su vida sexual a temprana edad (antes de los 18 años) y sólo el 28% de las pacientes refirieron haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja.

El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales en el 34% de las pacientes, seguido de dispositivo intrauterino en el 20%, el método definitivo en el 18% y sin ningún método el 28%.

Tabla No. 3

El 88% de las pacientes tuvieron más de tres embarazos y de éstas el 47% fueron grandes multíparas (más de 8 embarazos).

Del total de pacientes, más del 50% presentaron partos normales y el 39% tuvieron más de un aborto. Tabla No. 4

El último parto antes de los 30 años de edad se encontró en el 62% de las pacientes.

Para evaluar los factores de riesgo se agruparon las pacientes en dos grandes grupos, aquellas con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino invasor detectadas por histología y pacientes con resultados negativos a estas lesiones. Se encontró que las pacientes con dos o más compañeros sexuales tienen 2 veces el riesgo (LC 95% = 1.08-4.4) de tener lesiones precursoras comparadas con aquellas que solo tuvieron una o ninguna pareja sexual. El riesgo se incrementa a 5 cuando las pacientes tuvieron cuatro o más partos. Tabla No. 5 y 6

Las lesiones precursoras de cáncer invasor fueron :

Neoplasia intraepitelial cervical grado I 4% (2), Neoplasia intraepitelial cervical grado II 16% (8), Neoplasia intraepitelial cervical grado III 2% (1), Carcinoma in situ 76% (38) y un caso de Carcinoma epidermoide invasor 2%. Tabla No. 7

La Infección por virus del papiloma humano se encontró en 178 casos (59%) y se asoció con Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en el 6% de las pacientes. La asociación con NIC I fue en 1%, con NIC II en 4% y con NIC III en 1%. Tabla No. 8

En todas las lesiones cervicales, la citología demostró tener mayor especificidad que la colposcopia (56% vs. 30%), en contraste la colposcopia mostró tener mayor sensibilidad que la citología (97% vs. 85%). Tablas No. 9-10

En la Infección por virus del papiloma humano, la colposcopia resultó ser más específica (77% vs. 66%) y menos sensible que la citología (61% vs. 80%). Tabla No. 11

Para los diferentes grados de Neoplasia intraepitelial cervical se observó que la colposcopia presenta mayor sensibilidad para las lesiones grado I y II, y la citología tener mayor especificidad para lesiones grado II y III. Tablas No. 12-13-14

ANALISIS

El Centro de Cancerología es el primer hospital de concentración de pacientes con padecimientos cancerosos dentro del estado de Guerrero, y como se observa en este primer año de actividades en la clínica de lesiones tempranas, las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino invasor son importantes.

En este estudio prevalecieron las lesiones de alto grado, como el carcinoma in situ. La asociación de las lesiones precursoras con virus del papiloma humano (VPH) son menores a lo reportado por la literatura, donde muestra frecuencias del 19% al 67% en estudios para detectar su asociación por citología. La importancia de determinar esta relación es la progresión de las lesiones de bajo grado a alto grado de acuerdo al subtipo viral, como se observa en estudios epidemiológicos en América Latina con el VPH 16/18. (14) Esta asociación en gran número de casos sugieren la presencia de lesiones papilomatosas y el desarrollo de carcinoma cervicouterino (CACu). Estudios americanos reportaron que aproximadamente 60% a 70% de cáncer de células escamosas de cérvix contienen VPH y Grissman lo reportó de 90% a 95% en grupos europeos. (15)

En la población estudiada predominó la infección por virus del papiloma humano, cifras semejantes a estudios previos donde los autores reportan frecuencias variables que van del 11% hasta el 76%, (6-7) estadísticas alarmantes que reflejan el alto riesgo epidemiológico por su transmisibilidad por contacto sexual y ser un factor de riesgo para cáncer.

Es de observarse que la cervicitis se encontró dentro de la patología cervical en estas pacientes, hecho que cuestionaría la calidad de la técnica o interpretación, sin embargo, las pacientes fueron referidas con una citología cervical extrahospitalaria esto

motivaría a realizar estudios de control de calidad en las diferentes instituciones y centros privados que realizan este procedimiento.

En la evaluación de los factores de riesgo, la asociación entre el número de compañeros sexuales y lesiones precursoras de cáncer invasor es la misma a la mencionada en estudios internacionales, en donde es de 2 a 3 veces el riesgo. Esta asociación es constante en diversos estudios que al contrastarse con otros factores se incrementa el riesgo, como sucedió en nuestras pacientes que tuvieron cuatro o más partos, en otros estudios el factor mencionado se ha asociado a multiparidad, vida sexual a temprana edad y tabaquismo, que al evaluar el número de cigarrillos (10/día) el riesgo se elevó a 22. (3)

Estos dos últimos factores fueron negativos para este estudio, así como los antecedentes familiares y patológicos, menarca y edad del último parto. En cuanto al método de anticoncepción se observó que las pacientes que no tienen preferencia para alguno de ellos tienen el mismo riesgo (4.6) que las pacientes con DIU para presentar lesiones precursoras, estadísticamente no es confiable, pero es de llamar la atención en que podría estar involucrado el factor educacional en las pacientes, así mismo, las pacientes con salpingoclasia tienen aún mayor riesgo, sin embargo, puede existir alguna relación entre la multiparidad y la preferencia del método definitivo y sea la multiparidad lo que se relacione a las lesiones precursoras de cáncer invasor.

En la correlación cito-colpo-histológica resultó la citología más específica, pero menos sensible que la colposcopia. La especificidad de la citología es muy baja de acuerdo a la literatura de laboratorios citopatológicos en los que se espera tener tasas de falsos positivos de 2% al 5%. La tasa de falsos negativos es del 15%, igual a otros estudios. (8) En las lesiones de alto grado la

citología tiene una especificidad casi del 100%, hecho que demuestra continuar siendo el método excelente para detectar cáncer cervicouterino. La especificidad de la colposcopia se encuentra dentro de los resultados variables que muestran otros estudios, que son del 30%, 49% y 70%. (8-9-11) En las lesiones de bajo grado la colposcopia mostró una sensibilidad casi del 100%, la baja sensibilidad en lesiones de alto grado puede ser la dificultad para visualizar la atipía vascular.

CONCLUSIONES

En este estudio se demostró la asociación positiva entre mujeres multíparas (cuatro o más partos) que han tenido relaciones sexuales con dos o más parejas sexuales y Neoplasia intraepitelial cervical, entendiéndose que el embarazo y el parto pueden causar erosión cervical y favorecer la exposición de la unión escamocolumnar a la carcinogénesis.

Se observó alta incidencia de Infección por virus del papiloma humano.

La correlación cito-colpo-histológica es menor a lo reportado en la literatura.

La colposcopia es obligatoria como el primer paso en mujeres que presentan una citología cervical anormal, para la evaluación clínica de las lesiones que con la biopsia dirigida o el legrado endocervical debe ser altamente eficaz para distinguir a las pacientes con cáncer, neoplasia intraepitelial cervical o lesiones papilomatosas.

BIBLIOGRAFIA

1. Felmar E. : Syllabus for basic colposcopy and therapy of lower genital tract condyloma and intraepithelial lesions, Wichita, Kan : University of Kansas School Medicine ; Dec. 67, 1991
2. Torres JE, Riopelle MA. : Historia de la colposcopia, Ginec. Obstet. 1993 ;1 :1-11
3. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Fedele L, Franceschi S, Gallotta L. : Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia, Cancer 1992 ;69 :2276-2282
4. Clarke EA, Hatcher J, Mc Keown-Eyssen GE, Lickrish GM. : Cervical dysplasia. Association with sexual behavior, smoking and oral contraceptive use ?, Am J. Obstet Gynecol 1985 ;151 :612-616
5. Cuzick J, Singer A, De Stavola BL, Chomet J. : Case-control study of risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in young women. Eur. J. Cancer 1990 ;26 :684-690
6. Rosales EG, Martínez MM, López GR : Neoplasia intraepitelial cervical y virus del papiloma humano. Ginec. Obstet. Méx. 1988 ;56 :87-90
7. Uribarren BO, Lara OJ : Condiloma plano, su frecuencia y asociación con cáncer cervicouterino y displasias. Ginec. Obstet. Méx. 1992 ;60 :45-47
8. Wilkinson EJ. : Frotis de Papanicolaou y detección de neoplasia cervicouterina. Ginec. Obstet. 1990 ;4 :791-797

9. Estrada PAO, Lievano TSA, Alvarez VG, Sereno GB, Mastache PO.: Importancia de la colposcopia en el diagnóstico de la patología cervical o NIC, Ginec. Obstet. Méx.
10. Escobedo GA, Ruiz CV, Ponce AM, Díaz ZP. : Correlación diagnóstica por colposcopia, Papanicolaou y biopsia de cérvix. Estudio prospectivo. Rev. Hosp. Muj. 1995 ;5 :75-78
11. Schneider A, Sterzink KB, Nillers EM : Colposcopy is superior to cytology for the detection of early genital human papilloma virus infection. Obstet. Gynecol. 1988 ; 71 :256
12. Champion MJ, diPaola FM, Franklin EW, Stone K, Vellios F. : Cervicography. Prospective evaluation in triage of atypical cervical smears. Presentad at the American Society of Colposcopy and Cervical Pathology, Washington DC. April 18, 1990.
13. Giles JA, Hudson E, Crown J. : Colposcopic assessment of the accurary of cervical citology screening, Br. Med. J. 1988 ;286 :1099-1102
14. Reeves WC, Brinton LA, Garcia M., et al : Human papillomavirus infection and cervical cancer in Latin America, N. Engl. J. Med. 1983 ;320 :1437-1441
15. Richart RM. : Causes and management of cervical intraepithelial neoplasia, Cancer.1987 ;60 :1951-1959

ANEXOS

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

No. de folio

- 1.- Edad en años
- 2.- Tabaquismo si no
- 3.- Alcoholismo si no
- 4.- Antecedentes familiares oncológicos : negativo positivo (especificar)
- 5.- Patología oncológica heredada : negativo positivo (especificar)
- 6.- Antecedentes personales patológicos : negativo positivo (especificar)
- 7.- Menarca
- 8.- Edad de inicio de relaciones sexuales
- 9.- Número de compañeros sexuales
- 10.- Gestas
- 11.- Partos
- 12.- Abortos
- 13.- Cesáreas
- 14.- Edad en años del último parto
- 15.- Método de anticoncepción utilizado
- 16.- Citología cervical previa
- 17.- Estudio colposcópico : satisfactorio insatisfactorio
- 18.- Grado de lesión colposcópica (Coplsson)
- 19.- Grado de lesión citológica
- 20.- Grado de lesión histológica

TABLAS

TABLA No. 1

**FRECUENCIA DE LA PATOLOGIA CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

	No.	%
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	167	58
CERVICITIS	50	18
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL	49	17
ALTERACION INFLAMATORIA INESPECIFICA	13	4
ATROFIA	4	1.5
CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR	1	0.3
DISPLASIA SENIL	1	0.3
POLIPO ENDOCERVICAL	1	0.3
HERPES	1	0.3
TRICOMONAS	1	0.3

TABLA No. 2

**EDAD DE LAS PACIENTES
PATOLOGIA CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

EDAD	No.	%
< 20	11	4
21-30	102	34
31-40	116	39
41-50	53	17
51-60	11	4
61-70	7	2
TOTAL	300	100

TABLA No. 3

**FRECUENCIA DE FACTORES RIESGO
PATOLOGIA CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

FACTOR	%
TABAQUISMO	7
ANTEC. FAM. ONCOLOGICOS	15
ANTEC. PERSONALES PATOLOGICOS	15
MENARCA (<13 AÑOS)	62
INICIO VIDA SEXUAL (<18 AÑOS)	67
COMPAÑEROS SEXUALES (> 1)	28
EDAD ULTIMO PARTO (< 30 AÑOS)	62
COLPOSCOPIA SATISFACTORIA	89
ANTICONCEPCION	
NINGUNO	28
HORMONALES	34
DIU	20
OTB	18

TABLA No. 5

**ASOCIACION ENTRE DOS COMPAÑEROS SEXUALES Y
LESIONES PRECURSORAS DE CANCER
CERVICOUTERINO INVASOR
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

ANALISIS CRUDO

	2 o más PAREJAS	1 o ninguna PAREJA	TOTAL
(+)	69	148	217
LESIONES			
(-)	15	68	83

ESTIMACION DE RIESGO RELATIVO

RR= 2.11 (LC 95% = 1.08 - 4.4) xmh = 5.6 p = 0.02

TABLA No. 6

ANALISIS SECUENCIAL DE DISTRACTORES

FACTORES	RR no sesgado	xmh
EDAD	2.11	4.9
TABAQUISMO	2.14	5.0
ANTEC. FAM. ONCOLOGICOS	2.00	4.8
ANTEC. PERSONALES PATOLOGICOS	2.12	4.9
MENARCA	2.10	4.9
EDAD INICIO VIDA SEXUAL	2.09	4.8
NUM. DE GESTAS	2.10	5.0
NUM. DE PARTOS	2.08	4.9
NUM. DE ABORTOS	2.19	5.2
NUM. DE CESAREAS	2.19	5.4
EDAD DEL ULTIMO PARTO	2.21	5.1
METODO ANTICONCEPTIVO	2.17	5.0

ANALISIS ESTRATIFICADO DE MODIFICADORES

NUM. DE PARTOS	RR	XmH
0 - 3	1.2	0.2
4 o más	4.9	8.8

Prueba de Woolf de Heterogeneidad $X_{het} = 4.28$ $p = 0.04$

TABLA No. 7

**GRADO DE LESION CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

LESION	No.	%
NIC I	2	4
NIC II	8	16
NIC III	1	2
CIS	38	76
CA EPIDERMIOIDE INVASOR	1	2

TABLA No. 8
INFECCION VPH Y ASOCIACION CON NIC
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993

	No.	%
VPH	167	94
VPH + NIC I	2	1
VPH + NIC II	8	4
VPH + NIC III	1	1

TABLA No. 9

**CORRELACION CITO-HISTOLOGICA
PATOLOGIA CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

	HISTOLOGIA		TOTAL
	(+)	(-)	
CITOLOGIA	(+) 186	36	222
	(-) 31	47	78

Especificidad $47 / 83 = 56$

Sensibilidad $186 / 217 = 85$

TABLA No. 10

**CORRELACION COLPO-HISTOLOGICA
PATOLOGIA CERVICAL
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

	HISTOLOGIA		TOTAL
	(+)	(-)	
	(+) 211	58	269
COLPOSCOPIA	(-) 6	25	31

Especificidad $25 / 83 = 30$

Sensibilidad $211 / 217 = 97$

TABLA No. 11

**CORRELACION CITO-COLPO-HISTOLOGICA
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
CITOLOGIA	(+)	144	41
	(-)	34	81

ESPECIFICIDAD 81/122=66

SENSIBILIDAD 144/178= 80

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
COLPOSCOPIA	(+)	109	27
	(-)	69	95

ESPECIFICIDAD 95/122=77

SENSIBILIDAD 109/178= 61

TABLA No. 12

**CORRELACION CITO-COLPO-HISTOLOGICA
NEOPLASIA INTRACERVICAL I
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

CITOLOGIA	HISTOLOGIA	
	(+)	(-)
	(+) 128	28
(-)	26	47

ESPECIFICIDAD $47/75 = 62$

SENSIBILIDAD $128/154 = 83$

COLPOSCOPIA	HISTOLOGIA	
	(+)	(-)
	(+) 111	40
(-)	2	25

ESPECIFICIDAD $25/65 = 38$

SENSIBILIDAD $111/113 = 98$

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA No. 13

**CORRELACION CITO-COLPO-HISTOLOGICA
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL II
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
CITOLOGIA	(+)	3	4
	(-)	1	47

ESPECIFICIDAD 47/51 = 92

SENSIBILIDAD $\frac{3}{4}$ = 75

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
COLPOSCOPIA	(+)	2	13
	(-)	0	25

ESPECIFICIDAD 25/38 = 65

SENSIBILIDAD $\frac{2}{0}$ = 100

TABLA No. 14

**CORRELACION CITO-COLPO-HISTOLOGICA
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL III
CENTRO DE CANCEROLOGIA
1992-1993**

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
CITOLOGIA	(+)	30	4
	(-)	4	47

ESPECIFICIDAD 47/51 = 92

SENSIBILIDAD 30/34 = 88

		HISTOLOGIA	
		(+)	(-)
COLPOSCOPIA	(+)	25	5
	(-)	4	25

ESPECIFICIDAD 25/30 = 86

SENSIBILIDAD 25/29 = 86