

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

109

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.**

**COLPOSCOPIA
Y
CITOLOGIA
CERVICOVAGINAL
CORRELACIÓN CLÍNICA**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
DR. JUAN LUIS ROBLES QUERO**

289553

**ASESOR DE TESIS: DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS**

MÉXICO, D.F.

2001



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

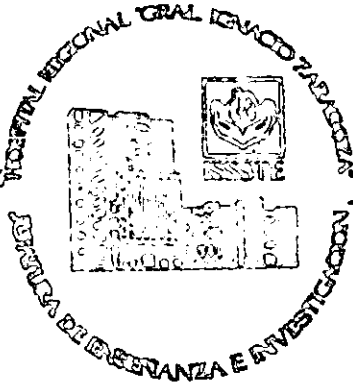
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIONES

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.



Roberto J.
DR. RENE GARCIA SANCHEZ
JEFE DE ENSEÑANZA

Irma Toro Garcia
DRA. IRMA TORO GARCIA
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

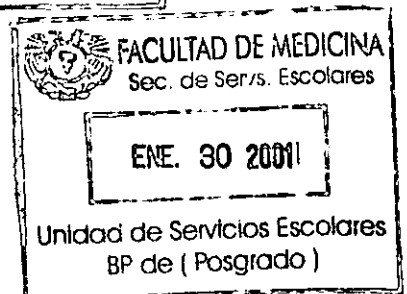
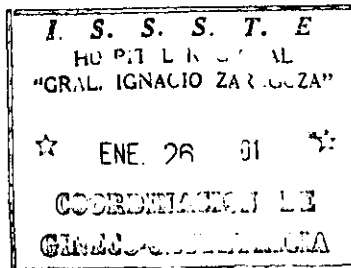
Francisco Ortiz Canseco
DR. FRANCISCO ORTIZ CANSECO
COORDINADOR
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Juan Manuel Fernández Montes
DR. JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES
JEFE DE ENSEÑANZA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ramón Carpio Solís
DR. RAMON CARPIO SOLIS
PROFESOR TITULAR DE CURSO

Araceli Espinosa Montesinos
DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS
ASESOR DE TESIS

Dionisio Parra Roldán
DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
ASESOR DE TESIS



RESUMEN.

La detección de enfermedad preinvasora o invasiva temprana puede mejorarse por una mayor confiabilidad en la citología, por métodos de detección alternativos (colposcopia y biopsia) Y por técnicas aditivas a la citología que la refuerzan. Estas ultimas deberían detectar neoplasia cervicouterina con alta sensibilidad y especificidad, ser simples y fácilmente aceptables por las mujeres.

El objetivo del estudio fue correlacionar los hallazgos citológicos, colposcopicos e histopatológicos de las lesiones premalignas y malignas del cervix.

Se realiza un estudio retrospectivo, comparativo, observacional de corte transversal, en el Hospital regional "Gral. Ignacio Zaragoza", en la clínica de Displasias del servicio de Ginecología. Asociando los resultados citológicos, colposcopicos e histopatológicos, de las lesiones premalignas y malignas del cervix.

Resultados. Se analizaron 66 pacientes que contaron con los tres métodos diagnósticos, la media de edad se encontró en los 43 años y el inicio de la vida sexual activa de 17.4 años promedio, con un numero de parejas sexuales de 1.8 promedio y de gestaciones de 4.5 promedio. La correlación entre citología y biopsia fue para alteraciones inflamatorias de 38 (88.37%) para VPH 2 (4.6%), NIC 1 (2.32%), P 0.05 y CaCu de 1 (4.65%). Y la afinidad entre citología y colposcopia para alteraciones inflamatorias fue de 4 (28.57%) $P=0.06$. VPH de 2 (14.28%), NIC 8 (57.14%) y CaCu no hubo registro. Posterior la correlación entre colposcopia y biopsia para alteraciones inflamatorias de 2 (14.2%), VPH de 6 (42.85%), NIC 4 (28.57%) y CaCu de 2 (14.28%).

De lo anterior podemos decir que la citología insinúa, la colposcopia predice y el resultado histopatológico nos da el poder correlacionar a ambas. Es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión por medio de la citología, por lo que se debe realizar colposcopia y biopsia dirigida para cada diagnostico.

SUMMARY.

The detection of early preinvasore or invasore disease can be improved by a greater reliability in cytology, by alternative detection methods (colposcopy and biopsy). And by additive techniques to the cytology that reinforce it. These should have to detect cervicouterina neoplasia with high sensibility and specificity, be simple and easily acceptable by women.

Objective. To interrelate the findings cytological, colposcopic and hysto pathologic of premalignant and malignancies injuries of the cervix.

Design of the study was accomplished a retrospective , comparative, observational of transverse court study , en el hospital regional "Gral Ignacio Zaragoza", in the disphasias clinic of the Gynecology service. Associating the results cytology, colposcopic and hysto pathologic, of the premalignant and malignancies injuries of the cervix.

Results. They were analyzed 66 patient that had on the three diagnostic procedures , the age average was found years and the beginning of the active sexual life 17.4 average years, with a I number of sexual couples of 1.8 average and of gestations of 4.5 average.

The correlation between cytology and biopsy was for inflammatory alterations of 38 (88.37%) for VPH 2 (4.6%), CIN 1 (2.32%), $P = 0.05$ and CCa of 2 (4.65%). And the affinity between cytology and colposcopy for inflammatory alterations was 4 (28.57%) $P = 0.06$. VPH of 2 (14.28%), CIN 8 (57.14%) and CCa there was not record. Subsequent correlation between colposcopy and biopsy for inflammatory alterations of 2 (14.2%), VPH of 6 (42.85%), CIN 4 (28.57%) and CCa of 2 (14.28%).

Commentary. We can say that the cytology insinuates, the colposcopy preaches and hysto pathology gives us the power to interrelate both. It is improper to make the determination of the severity of an injury by means of cytology, therefore it should be to accomplish colposcopy and biopsy directed for each diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, han sido ampliamente estudiadas y discutidas en la década de 1930 hasta la actualidad. A comienzos del siglo algunos autores alemanes ya habían señalado la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma espino celular invasor, pero Broders en 1930 fue quien introdujo el concepto y el término "carcinoma in situ" del cuello uterino,

La palabra "displasia" fue introducida en citología por Papanicolaou , en 1949 quien clasificó la interpretación de la citología en cinco clases. 1) Hallazgos normales, 2) Hallazgos inflamatorios, 3) hallazgos sospechosos, 4) hallazgos positivos, 5) Hallazgos positivos (células demostrativas en forma concluyente de malignidad.) y tomado por Reagan y colaboradores , en 1953, para indicar lesiones que no comprometían todo el espesor del epitelio y en las cuales quedaba cierto grado de estratificación normal. (1,2)

El empleo de los términos "Displasia" y "carcinoma in situ " justificaba el concepto de dos lesiones diferentes y podía confirmar la idea de que la displasia no habría podido convertirse en un carcinoma invasor sin pasar primero por el estadio de carcinoma in situ. En consecuencia la displasia leve y moderada eran consideradas , en la mayor parte de los casos , como una condición inocua y a menudo, no se las trataba. (1)

Diversos estudios demostraron con toda claridad que las células de la displasia cervical eran idénticas a las células de un carcinoma in situ. Por ese motivo la distinción displasia/ carcinoma in situ fue suprimida y se introdujo el término único de displasia intraepitelial cervical incluyendo en esta denominación la displasia de cualquier grado y el carcinoma in situ. (1)

La clasificación estudiada por Richart denominada neoplasia cervical intraepitelial indicado con mayor frecuencia con el acrónimo CIN (del inglés: cervical intraepithelial neoplasia) , anula el sistema dualista “displasia / carcinoma in situ” y considerando a las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo y no modificable, con diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de éste , con la configuración morfológica del carcinoma in situ. (1)

En América Latina y el caribe el cáncer cérvico uterino (CaCu) es todavía un problema de salud pública mayor, a pesar de que a diferencia de lo que suceda con el cáncer de mama, desde hace más de 30 años existe la tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección (citología cervicovaginal) en fases cien por ciento curables: (2)

La investigación epidemiológica ha acumulado gran cantidad de información sobre variables y factores relacionados con el comportamiento sexual y con posibles agentes infecciosos que se perfilan como determinantes de riesgo. (2)

Durante muchos años se ha buscado el agente transmitido por vía sexual responsable del inicio y/o desarrollo de la neoplasia cervical. Con el paso de los años, se han ido implicando casi todas las sustancias halladas en el tracto genital. Entre ellos diversos microorganismos y ultimadamente el virus del herpes simple tipo II (VHS-2) y el virus del papiloma humano tipos 16, 18, 31, 33, 35 y 45 (3, 4)

A pesar de que el cáncer cérvico uterino es susceptible de prevención detectando lesiones tempranas, éste sigue ocupando el primer lugar como causa de muerte por neoplasia en México. La norma técnica oficial mexicana para la detección oportuna del

cáncer cérvico uterino, elabora una clasificación histopatológica usando una terminología estandarizada y no ambigua. (2)

De esta reunión surgió una clasificación de citología cervico vaginal denominada sistema Bethesda la cual consiste en una clasificación de las anomalías citológicas en tres categorías 1. Células pavimentosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) 2.Lesiones intra epiteliales pavimentosas de bajo grado (LSIL) 3.Lesiones intra epiteliales de alto grado (HSIL). (5)

La categoría ASCUS está limitada a los frotis que contiene células anormales de significado desconocido. (5)

La categoría LSIL de bajo grado comprende la displasia leve/CIN I tanto como las alteraciones celulares debidas al virus del papiloma humano (HPV).La categoría HSIL de alto grado comprende la displasia moderada/CIN II, la displasia grave/CIN III y el carcinoma in situ/CIN III. (1)

La citología cervico vaginal ha asumido un mayor papel en la prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervico uterino en los últimos treinta años. A pesar de estos sucesos existen fallas en el diagnóstico de displasia cervicales o cáncer. (6)

La prueba de papanicolaou tiene una baja sensibilidad, altamente especifica para lesiones de alto grado, pero con una baja especificidad para las lesiones de bajo grado. Una prueba de detección debe ser altamente sensible siempre que tenga una muy baja especificidad. (7)

La detección de enfermedad preinvasora o invasora temprana puede mejorarse por una mayor confiabilidad en la citología, por métodos de detección alternativos y por técnicas

aditivas a la citología que la refuerzan. Estas últimas deberían detectar neoplasia cervicouterina preinvasora e invasiva con alta sensibilidad y especificidad, ser simples y fácilmente aceptables por las mujeres. (8)

COLPOSCOPIA

La colposcopia que nació en Alemania en la década de 1920, por obra de Hans Hinselmann, quien estaba convencido de que la observación a simple vista y la palpación eran insuficientes para el diagnóstico del carcinoma de cuello uterino en su fase inicial, considerando la utilización de un auxiliar óptico que permitiría un diagnóstico más exacto. Por lo tanto ideó un aparato que facilitara observar el epitelio exocervical y vaginal con aumento. El método se denomina "colposcopia", que consiste en la observación de la vagina y del tracto del cuello endovaginal. (1,4)

El mérito de Hinselmann además de haber ideado el instrumento, es el de haber conocido y descrito una serie de lesiones asociadas con frecuencia con el carcinoma invasor y, por medio del estudio de los correspondientes hallazgos histológicos, haberle dado el significado de lesiones precancerosas. Clasificó estas lesiones, llamadas "Áreas matrices del carcinoma" en cuatro categorías que más tarde se redujeron a dos: "Atipias epiteliales simples" y "Atipias epiteliales agravadas". De estas observaciones derivó la posibilidad conceptual del reconocimiento del carcinoma preclínico y la aplicación de ácido acético. (1)

La colposcopia se difunde con rapidez en los países sudamericanos, en especial en Brasil y Argentina. (1)

En 1972 se fundó en Mar del Plata, Argentina la Internacional Federation for Cervical Pathology and colposcopy(IFCPC). En los años que van de 1970 a 1980 aparecen numerosos libros en Alemania, Estados Unidos, Francia, España, Polonia e Italia. (1)

Nacida como recurso de diagnóstico temprano del carcinoma del cuello uterino, la colposcopia ha presentado en el curso de los años una caracterización más precoz de sus posibilidades de aplicación práctica hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad también peniana. (1)

La colposcopia es considerada la técnica más sensible para la detección de lesiones invasivas y preinvasoras del cervix, de acuerdo a la reacción acetoblanca de las lesiones, aplicando ácido acético. (9)

A estos méritos de la colposcopia se suman las ventajas que derivan de la posibilidad de localizar con exactitud las muestras para biopsia, de efectuar con mayor precisión tratamiento locales, de controlar a distancia los resultados de tratamientos locales de diversos tipos y de reconocer la existencia de procesos inflamatorios pocos sintomáticos, (1)

La posibilidad de reconocer la presencia de las modificaciones de carácter viral del virus herpes simple (HSV), y sobre todo de las manifestaciones subclínicas del virus del papiloma (HPV), han ampliado las indicaciones de la colposcopia y valorado su importancia. (1)

Por último, la colposcopia ha encontrado en estos últimos años una posibilidad de valoración integrativa sobre todo para el estudio de la topografía de la unión escamo cilíndrica de las áreas de transformación de localización endocervical. (1)

Las indicaciones de la colposcopia pueden resumirse en nueve puntos, 1) inicio de relaciones sexuales, 2) valoración de las pacientes con citología anormal, 3) estudio diagnóstico en las paciente sintomáticas, 4) diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical, 5) apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos, 6) control de CIN durante el embarazo, 7) selección de las pacientes con CIN para ser tratadas con terapéutica conservadora, 8) diagnóstico de las infecciones virales, 9) diagnóstico de la patología vulvar (vulvoscopia) y peniana (peniscopia). (1)

En la actualidad es uno de los objetivos fundamentales de la colposcopia. En presencia de un frotis anormal, antes de proceder al tratamiento, es necesario la localización de la lesión de la cual proviene las células anormales, el diagnóstico histológico y la valoración de la extensión de la lesión cervical. (10)

El examen con espejulo no es significativo en cuanto no permite diferenciar entre una lesión benigna y una maligna en fase preclínica. Por otra parte, tampoco es un signo diferencial la presencia de una ligera pérdida sanguínea en el momento de la consulta ginecológica, ya que mientras que la ectopia, el pólipo, la distrofia menopáusica pueden dar lugar a una pérdida hemática, lesiones con carácter preneoplásico, como el mosaico y el punteado, no siempre provocan pérdida de sangre. (1)

Una biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de una lesión visible, implica el riesgo de un diagnóstico histológico falso negativo en el doce al veintiséis por ciento de los casos. (1)

La colposcopia permite así localizar las lesiones o excluir su existencia, dirigiendo de este modo la biopsia hacia otros sectores (endocérnix, endometrio), efectuar una extracción bajo observación, diferenciar una lesión infiltrante todavía circunscrita de una lesión solamente atípica, una displasia de una lesión benigna o inflamatoria; determina de este modo una altísima exactitud diagnóstica de la biopsia. (1, 4)

El uso simultáneo de la citología y la colposcopia proporciona mayor exactitud diagnóstica, ya que el uso de ambas técnicas tiene el 98 por ciento de eficacia mientras que se logra tan solo un índice de 90 a 92 por ciento cuando se emplean individualmente (11)

La correlación colposcópica histológica por biopsia dirigida es de 91 por ciento.

La frecuencia de colposcopias satisfactorias es de 96 por ciento, de las insatisfactorias en general es de 4 por ciento. (11)

MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio retrospectivo, comparativo, observacional de corte transversal, que se realizó del 1 de Febrero al 1 de Agosto del 2000 en la clínica de Displasias del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. Se atendieron a 1422 pacientes, sin embargo solamente se incluyeron en este estudio a 66 pacientes las cuales contaban con el diagnóstico citológico así como el colposcópico y de histología para de esta manera poder hacer una correlación adecuada y valida; las 66 pacientes fueron referidas a esta unidad con el diagnóstico de citología anormal o bien con lesión premaligna o maligna.

Se realizó la búsqueda de información de cada una de las pacientes en los expedientes de las mismas, para de esta manera determinar variables de interés como la edad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, número de gestaciones, así como los diagnósticos citológicos, colposcópico y de histología.

Una vez recabados los datos se realizó análisis estadístico utilizando la mediana, porcentajes y en caso de la correlación entre los diferentes medios de diagnóstico se empleo la χ^2 con corrección de Yates, Posteriormente se procedió a graficar los resultados y realizar el análisis y la presentación de los resultados.

RESULTADOS.

De las 66 pacientes que representan el 4.6% que se incluyeron en el estudio que contaron con los tres métodos diagnósticos el rango de edad fue de 19 a 75 años con una media de 43 años, predominando el grupo etáreo de la 4ª y 5ª década de la vida; esto guarda relación con la edad en las cuales se encuentra una mayor incidencia de carcinoma cervicouterino. (ver tabla 1)

El inicio de la vida sexual activa es de los 12 a 24 años con una edad media de 17.4 años, lo que viene a confirmar los últimos reportes de la edad media en la sociedad mexicana.(ver tabla 2), El numero de parejas sexuales en promedio fue de 1.8, un 54% de 31 con antecedente de una sola pareja sexual, personas que mencionaron haber tenido mas de una pareja sexual, fue de 12 con dos compañeros sexuales lo que es el 18.18%, 18 con tres compañeros sexuales lo que corresponde a 27.27% y solamente 5 con mas de tres compañeros sexuales lo que equivale al 7.57%.

El número de gestaciones en las pacientes fue de un intervalo de 0 a 11, con un promedio de 4.5 gestaciones, observándose un mayor porcentaje de pacientes con el intervalo de 3 a 5.

De los parámetros que se utilizaron como diagnósticos para la citología en alteraciones inflamatorias se tuvieron 40 casos lo que correspondió a 60.60%, para virus del papiloma humano y la neoplasia intraepitelial cervical 11 casos lo que corresponde a 16.60% respectivamente, en tanto que el carcinoma cervicouterino solamente en 4 casos lo que da un 6.0%.

De los parámetros empleados para diagnóstico por colposcopia fueron 6 casos para alteraciones inflamatorias lo que correspondió a 9.09%, en tanto que el virus del papiloma

humano fue de 25 casos lo cual correspondió a un 37.87%, en tanto que la neoplasia intraepitelial cervical fue de 35 casos con un porcentaje del 53.03%, y para el carcinoma cervicouterino no hubo casos registrados ya que se reportaron como neoplasia intraepitelial cervical. De los parámetros empleados para el diagnóstico por medio de la biopsia se presentaron alteraciones inflamatorias en 45 casos lo que correspondió a 68.18%, imagen del virus del papiloma humano en 18.18%, la neoplasia intraepitelial en 3 casos con un 4.54% y el carcinoma cervicouterino en 6 casos con un 9.09%.

La correlación entre la citología y la biopsia fue para alteraciones inflamatorias en 38 pacientes con un porcentaje del 88.37% con una $p = 0.01$, las lesiones premalignas por el VPH de 2 pacientes con un porcentaje del 4.6% con una $p = 0.02$; para el NIC fue de un paciente con un porcentaje de 2.32% con una p de 0.05 lo cual es significativo. En tanto que para las malignas solamente 2 casos con un 4.65% y una $p = 0.02$.

La correlación de colposcopia y citología para alteraciones inflamatorias fue de 4 casos con un 28.57% ($p = 0.06$) lo cual es significativo, en tanto que las lesiones premalignas fueron 10 en total 2 para el VPH con un porcentaje de 14.28 y para el NIC de 8 con un 57.14% con una $p = 0.04$ y 0.02 en ambos. En las malignas no hubo registro alguno.

La correlación entre el diagnóstico entre la colposcopia y la biopsia en la población en estudio fue de 2 casos para las alteraciones inflamatorias con un 14.2% y una $p = 0.02$, en tanto que para las lesiones premalignas fue de 10 casos, 6 casos para el VPH con 42.85%, en tanto que la NIC fue de 4 casos con un 28.57%, ambas con $p = 0.03$ y 0.03, mientras que para las lesiones malignas el carcinoma cervicouterino se presentó en 2 casos con un porcentaje del 14.28% con una $p = 0.02$. Cabe hacer mención que el diagnóstico solamente se fundamenta para virus del papiloma humano en un caso lo que correspondió a 1.5%, al igual que la neoplasia intraepitelial cervi.

DISCUSIÓN.

De lo anterior podemos mencionar que la citología insinúa, la colposcopia predice y el resultado histológico. Nos permite correlacionar a ambas. Es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión premaligna o maligna por medio de la citología, por lo que se debe de realizar colposcopia y la biopsia dirigida para la confirmación del diagnóstico.

El resultado de citología hasta el momento ha creado gran controversia, sin embargo la mayoría coincide en denominar al virus del papiloma humano y la neoplasia intraepitelial cervical como lesiones premalignas, sin embargo nuestro estudio incluye también a las alteraciones inflamatorias, las cuales con colposcopia se detectó una lesión premaligna y esta se confirmó con la histología en algunos casos o bien esta fue diagnóstica hasta el empleo de esta técnica.

El reporte de citología en varias ocasiones no es concluyente, en mucha literatura han mencionado algunos autores que el repetir citología aumenta la sensibilidad de los resultados hasta en un 25% o más entre uno y otro, pero aún así no se justifica en nuestros días el dar un diagnóstico solamente por citología. Consideramos que es conveniente repetir la citología cervical en la primera consulta si la paciente se presenta con un resultado anormal, antes de realizar la colposcopia y la biopsia dirigida. En nuestro estudio podemos obtener una sensibilidad del 87% de sensibilidad para la citología y una especificidad del 94% para tal según la regla de Yates, lo cual está acorde con lo registrado en la literatura.

En muchas ocasiones la colposcopia no se correlaciona con la biopsia, y esto no es más que un error al tomar la muestra o al interpretar lo observado colposcopicamente es por ello que se ha propuesto el emplear una sola clasificación colposcópica para evitar sesgos y el preparar día con día a los colposcopistas, ya que la experiencia de ellos juega un papel definitivo.

La colposcopia es parte integral de los programas de detección y diagnóstico del carcinoma cervicouterino, siendo el procedimiento de elección para la paciente con citología anormal, y solo que la histología nos permitirá la correlación de estas dos y la sustentación de un diagnóstico definitivo. Nosotros presentamos una sensibilidad de 92% para la colposcopia y una especificidad es de 85% según la regla de Yates. al combinar colposcopia e histología se logra una especificidad del 96% y una sensibilidad del 98%.

En lo que se refiere a la histología podemos decir que es la parte del diagnóstico que nos ha permitido realizar una correlación más completa y que de cierta forma viene a sustentar más el diagnóstico incluso en casos inesperados como en 2 pacientes con CaCu, lo anterior nos indica que se debe de realizar toma de biopsia en toda lesión sospechosa de malignidad y de esta manera poder hacer en verdad cumplimiento de los objetivos de Salud Pública para el abatimiento del carcinoma cervicouterino.

CONCLUSIONES.

Con los datos obtenidos en la investigación de la población en estudio, podemos considerar que el empleo de la citología como medio para sustentar un diagnóstico ya no es válido en nuestros días, por lo que debe de emplearse la colposcopia para la confirmación del mismo o bien el diagnóstico de otros debidos a su alta sensibilidad y especificidad.

El uso de la histología en nuestros días ha permitido confirmar la importancia de la colposcopia, ya que la mayoría de las lesiones premalignas y malignas diagnosticadas por colposcopia se realiza biopsia dirigida y esta forma precisa el diagnóstico de la patología del cuello uterino.

De los Factores de riesgo que se valoraron en nuestro estudios podemos concluir que nuestra población es de Riesgo alto por la alta incidencia de parejas sexuales , alto número de gestaciones, así como el inicio de vida sexual activa a edades tempranas y casos de CaCu.

Lo anterior pone de manifiesto que la patología cervical va en aumento día con día por lo que se ha consolidado como primera causa de mortalidad en las neoplasias en nuestra población, lo cual nos debe hacer reflexionar y hacer consciencia de la magnitud del problema de salud pública ante el que nos enfrentamos y de esta forma reforzar las acciones hacia el mismo en bien de los derechohabientes.

TABLA 1. Distribución de la población según la edad

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
19-30 AÑOS	8	12.12
31-40 AÑOS	6	9.09
41-50 AÑOS	33	50.00
51- 60 AÑOS	15	22.72
61-70 AÑOS	3	4.54
MAS DE 71 AÑOS.	1	1.51
TOTAL	66	100%

GRÁFICA 1. Distribución de la población estudiada según la edad

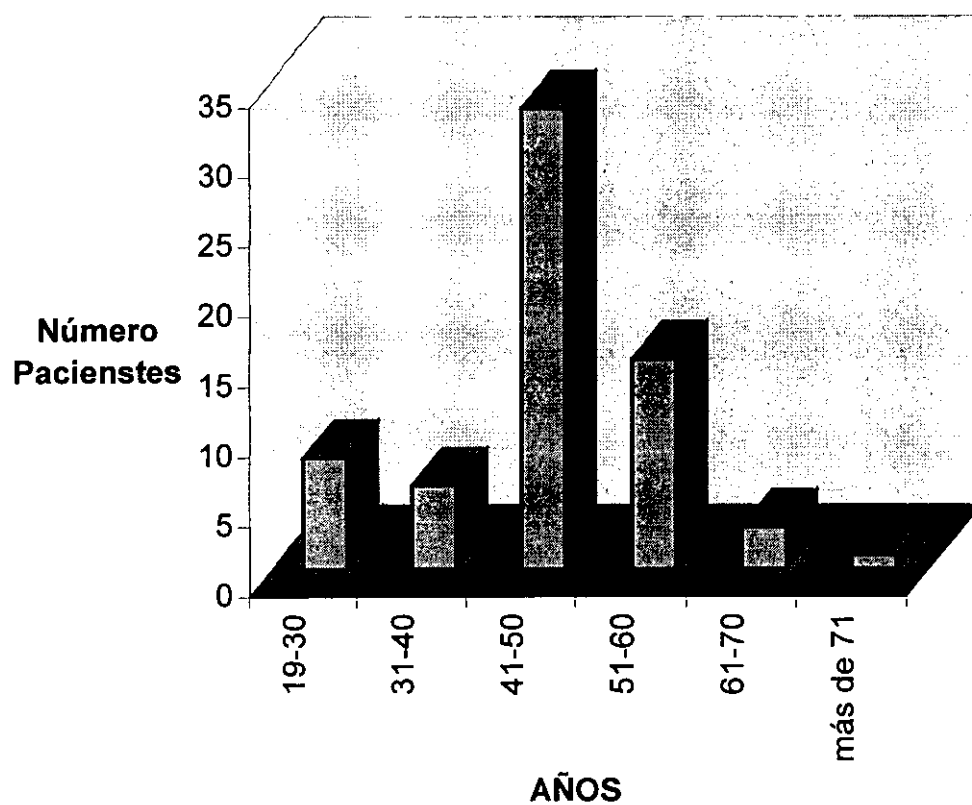


Tabla 2: Edad de inicio de vida sexual activa en la población en estudio.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
12 A 15 AÑOS	20	30.30
16 A 20 AÑOS.	35	53.03
MAS DE 20 AÑOS	11	16.66
TOTAL	66	100

GRÁFICA 2. Edad de inicio de vida sexual activa en la población en estudio

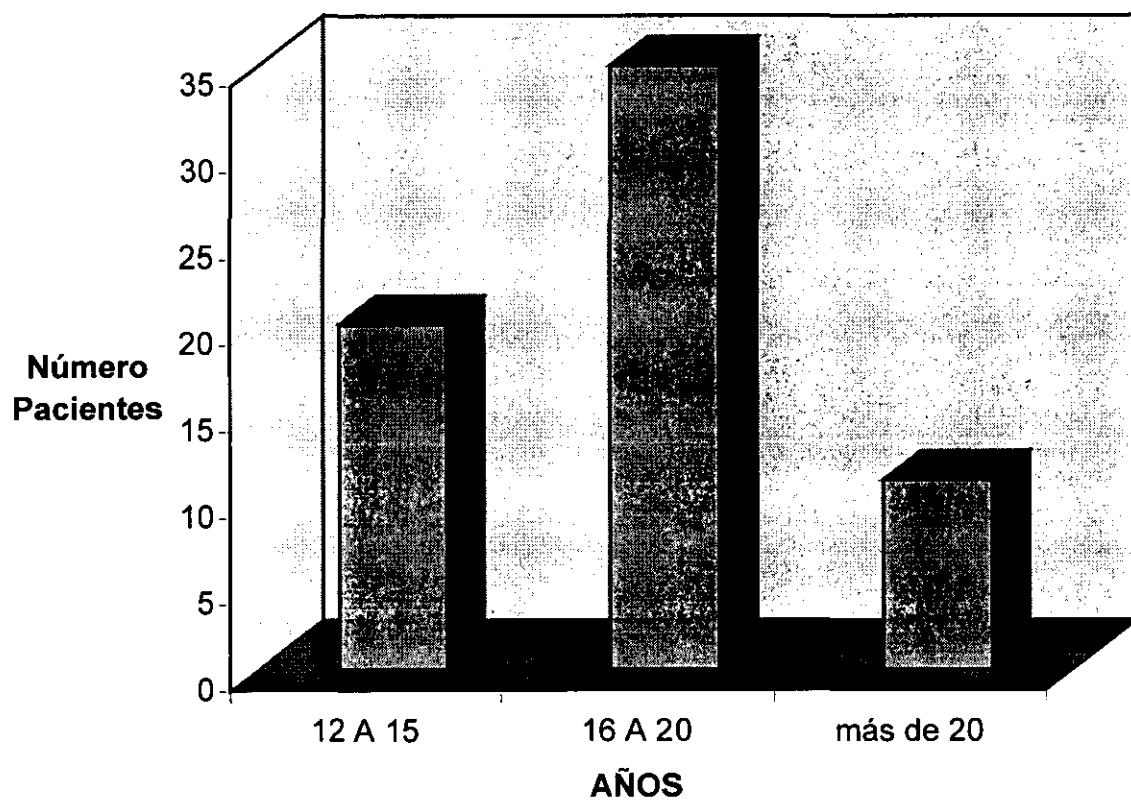


Tabla No.3: Número de parejas sexuales en las mujeres de la población en estudio.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
UN SOLO	31	46.96
COMPAÑEROS. DOS	12	18.18
COMPAÑEROS TRES	18	27.27
MAS DE TRES COMPAÑEROS	5	7.57
TOTAL	66	100

GRÁFICA 3. Número de parejas sexuales en las mujeres de la población en estudio

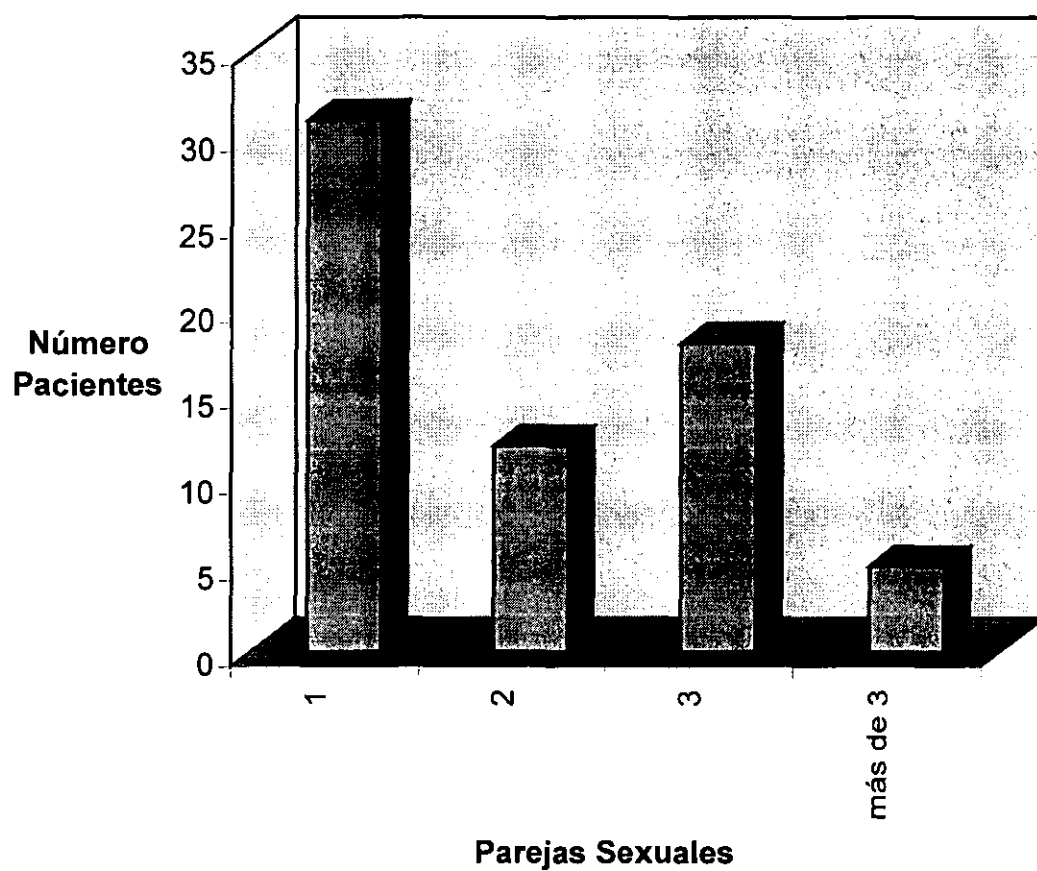


Tabla 4: Número de gestaciones de las mujeres de la población en estudio.

GESTACIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
0-2	12	18.18
3-5	30	45.45
6-8	10	15.15
MAS DE 8	14	21.21
TOTAL	66	100

GRÁFICA 4. Número de gestaciones en las mujeres de la población en estudio

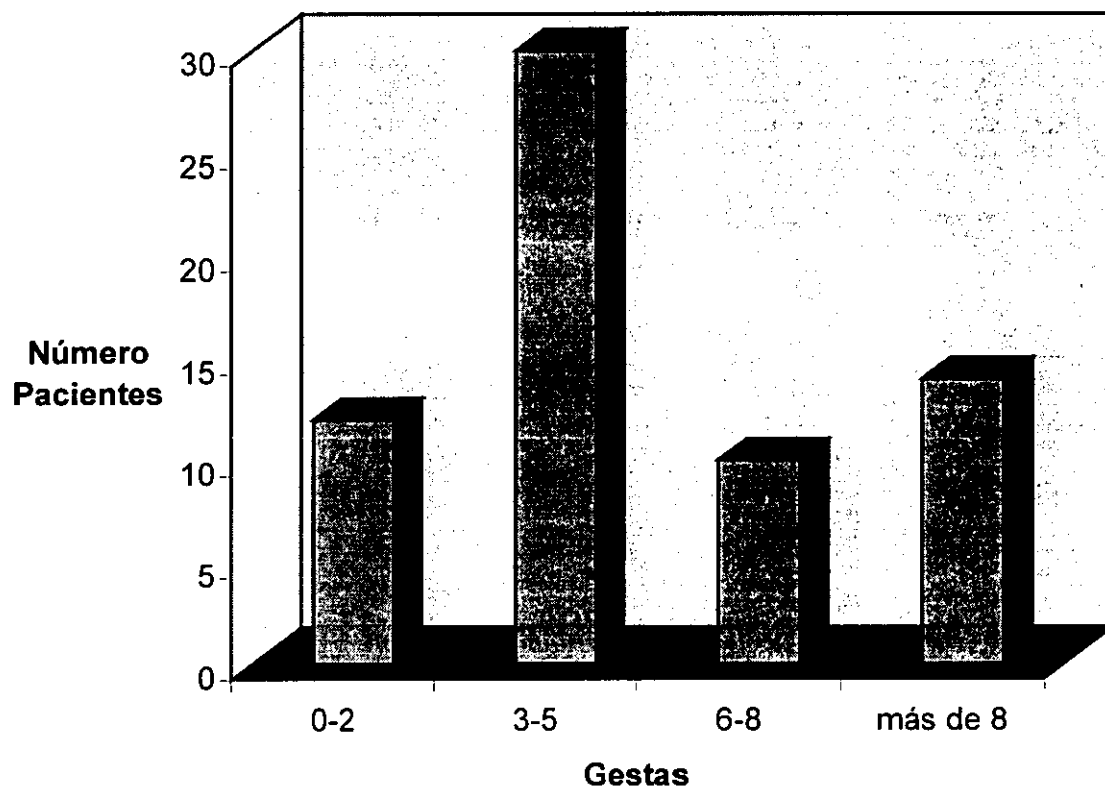


Tabla 5: Correlación de los diferentes diagnósticos para la citología, colposcopia e histología de la población en estudio.

DIAGNOSTICO	CITOLOGIA		COLPOSCOPIA		HISTOLOGIA	
	No.	%	No.	%	No.	%
ALTERACIONES INFLMATAORIAS INESPECIFICAS	40	60.60	6	9.09	45	68.18
V.P.H.	11	16.66	25	37.87	12	18.18
N.I.C.	11	16.66	35	53.03	3	4.54
CaCu	4	6.06	-	-	6	9.09
TOTAL	66	100	66	100	66	100

GRÁFICA 5. Correlación de los diferentes diagnósticos para la citología, colposcopia e histología de la población en estudio

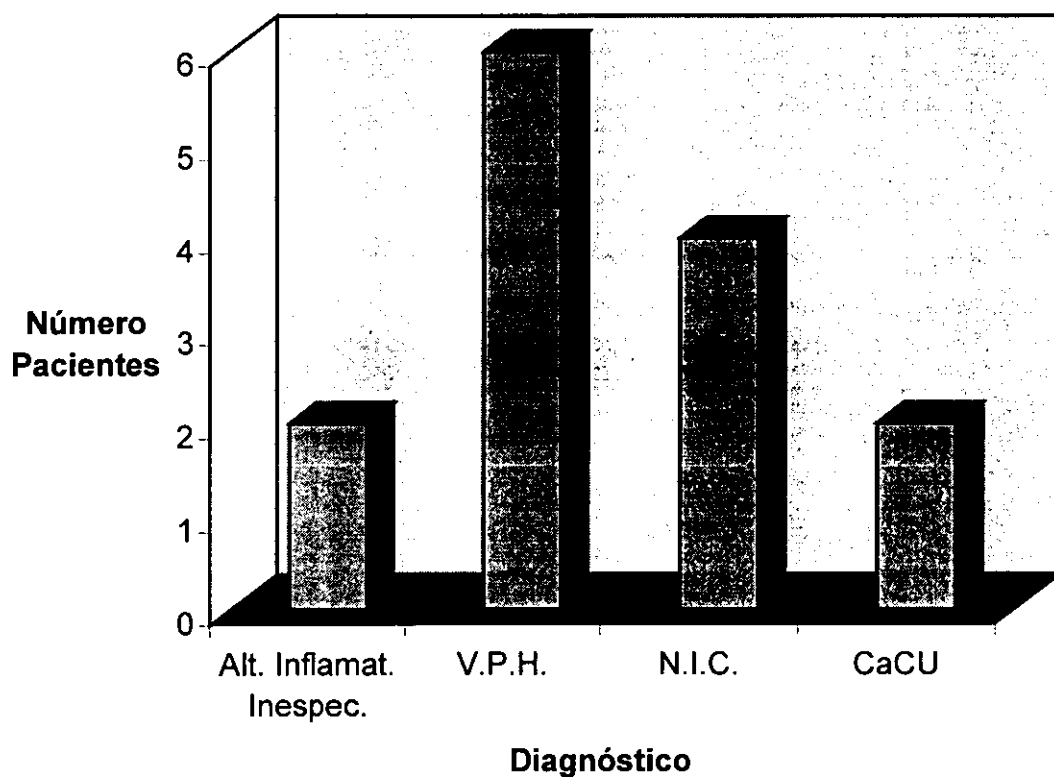


Tabla No. 6 : Correlación en el diagnóstico entre la citología y colposcopia en la población en estudio.

DIAGNOSTICO	No.	CORRELACION (%)	p
ALT. INFLMATORIAS	4	28.57	0.06
V.P.H.	2	14.28	0.04
N.I.C	8	57.14	0.02
CaCu	-	-	-
TOTAL	14	100	

GRÁFICA 6. Correlación en el diagnóstico entre la citología y la colposcopia en la población en estudio

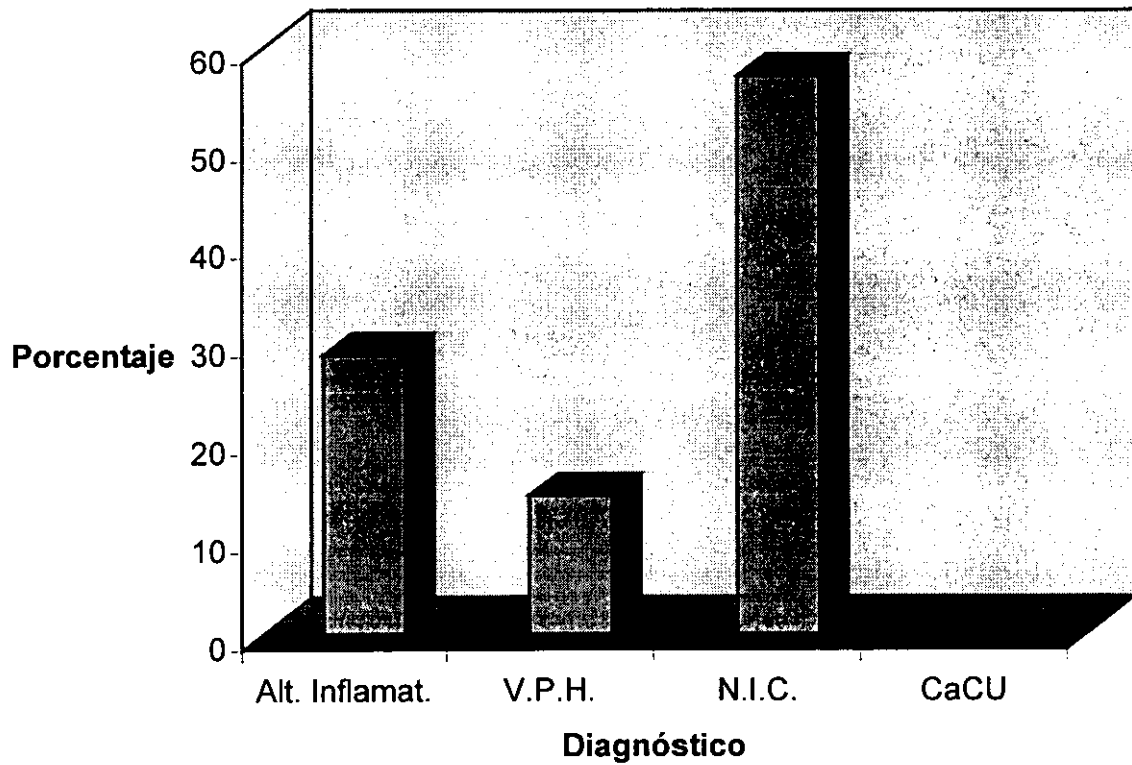
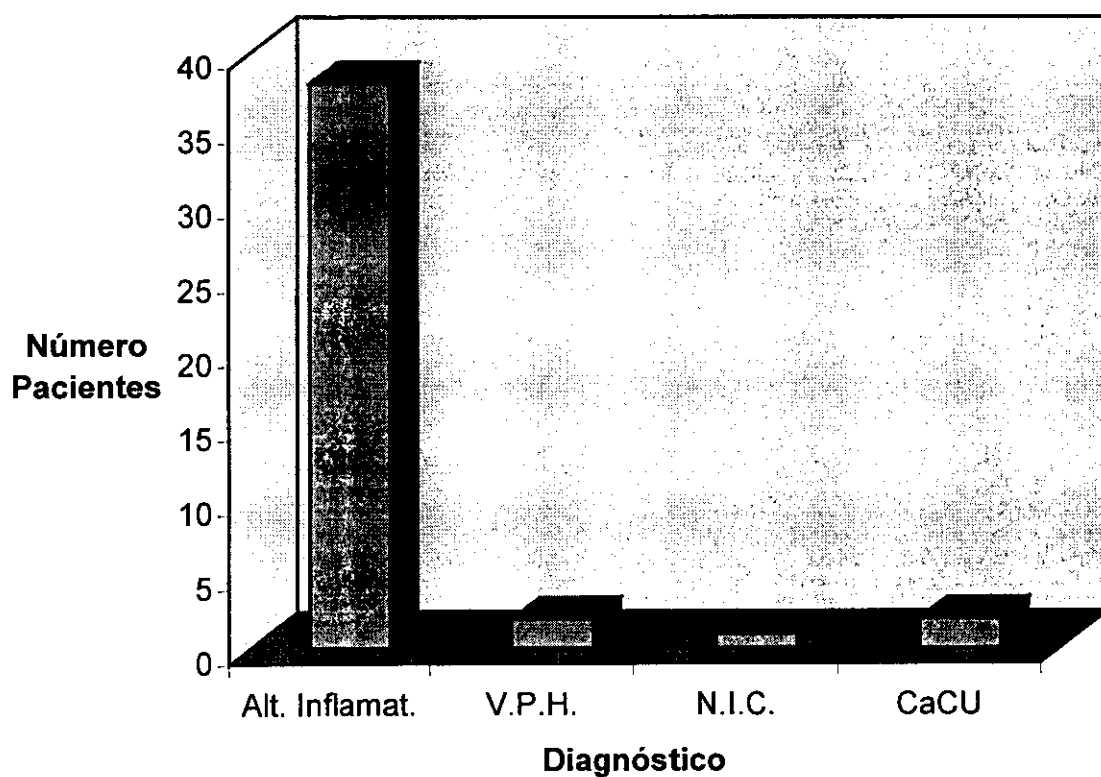


Tabla No. 7 Correlación en el diagnóstico entre la citología e histología en la población en estudio.

DIAGNOSTICO	No.	CORRELACION (%)	P
ALT. INFLMATORIAS	38	88.37	0.01
V.P.H.	2	4.65	0.02
N.I.C	1	2.32	0.05
caCU	2	4.65	0.02
TOTAL	43	100	

GRÁFICA 7. Correlación en el diagnóstico entre la citología e histología de la población en estudio

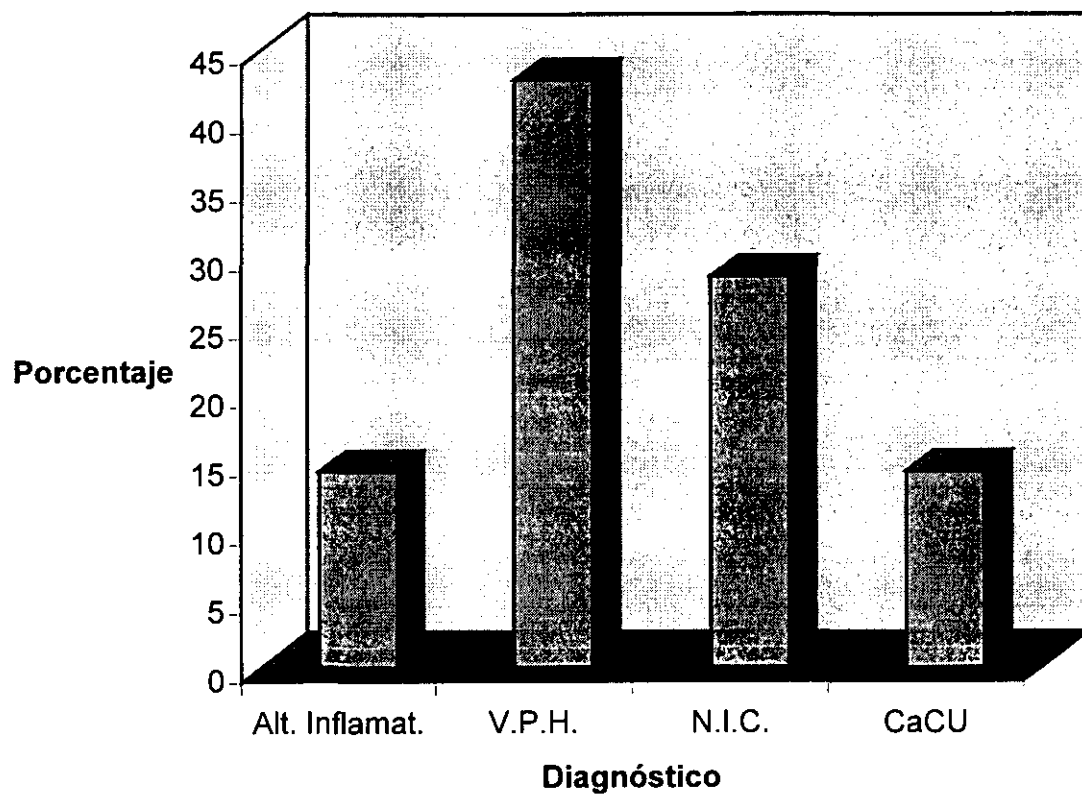


ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Tabla No 8 Correlación en el diagnóstico entre la colposcopia e histología en la población en estudio.

DIAGNOSTICO	No.	CORRELACIO N (%)	P
ALT. INFLMATORIAS	2	14.28	0.02
V.P.H.	6	42.85	0.03
N.I.C	4	28.57	0.03
CaCU	2	14.28	0.02
TOTAL	14	100	

GRÁFICA 8. Correlación en el diagnóstico entre la colposcopia e histología en la población en estudio



BIBLIOGRAFIA

- 1.-De palo G. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior, 2ª edición, Argentina, Panamericana, 1997. 287-325.
- 2.-Dickinson B.M.H. Et. Al. Correlación en la citología vaginal, entre infecciones y displasia precancerosa. Rev. Fac. Med. UNAM. 1997; 40(5) :172-176.
- 3.-Mc.Lachlan N. Patward J R.Ayer B. Management of suboptimal cytologic smears. Persistent Inflammatory Smears. Acta Cytol. 1994; 38 (4) : 531-536.
- 4.-Disaia P. Oncología Ginecológica. 5a Edición, España, Harcourt Brace.1999.1-25.
- 5.-Pleatis L . Davis R. Follow- up of de papanicolaou smears diagnosed as atypical squamous cells of undetermined significance.Diagnostic Cytopathology. 1996; 14 (1): 20-24.
- 6.-Mulligan N.J. De las morenas A. Percentages of cervical cytologic diagnoses as quality assurance meted. Acta Cytol. 1998: 421. 928-932.
- 7.-Spitzer M. Cervical Screening adjuncts recentsadvances. Am. J. Obstetric Gyneacol.1998; 179 (2) . 544-556.
- 8.-Boden E. Rylander E. Detection of Human Papilloma virus in women referen for cvolposcopy. Acta obstet Gynecol Scand. 1990; 69: 153-159.
- 9.-Dirk M.Schneider M.Colposcopic appearance of cervical intraepithelial neoplasia is age dependent. Am. J obstet Gynecol. 1998 ; 179 (5) .1298-1304.
- 10.-Berek J. Adashi E. Ginecología de Novak, 12a edición, México. 1997, 447-483.
- 11.Hurtado R. H. La colposcopia en el mundo de la Ginecología .Protocolo de Tesis.