

164 11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

CARCINOMA CERVICOUTERINO IN SITU
FACTORES DE RIESGO TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DIRECCION DE ENSEÑANZA
DRA. MA. TERESA MENDEZ GOMEZ

HGM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Organismo Descentralizado

MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

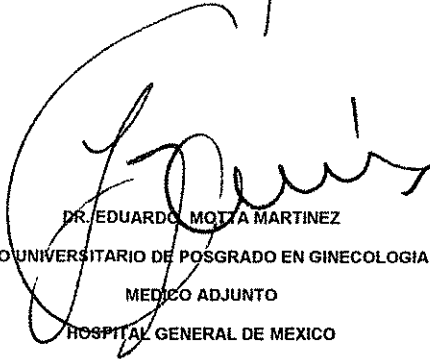
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

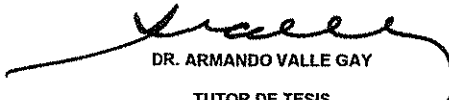
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
MEDICO ADJUNTO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DR. ARMANDO VALLE GAY
TUTOR DE TESIS
JEFE DE ENSEÑANZA Y DE LA UNIDAD DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermanos Juan, Guadalupe, Laura, Francisco , Octavio y a mis primos por su entusiasmo y confianza.

Con respeto y admiración, a mis maestros, que sin sus enseñanzas y apoyo no me hubiera formado como especialista:

Dr. Antonio Carrillo Galindo,
Dr. Armando Valle Gay.
Dr. Eduardo Motta Martínez,
Dr. Gregorio Magaña Contreras.
Dr. Manuel Borges Ibañez.

Al Dr. Rafael Buitrón García por sus consejos, enseñanzas y motivarme a seguir hacia delante.

Al Dr. Eduardo Motta Martínez y Adolfo Hernández Garduño por su tiempo, dedicación y confianza.

Y sobre todo a Dios por darme la oportunidad de vivir e iluminarme el camino de la vida por muy difícil que sea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA CERVICO UTERINO IN SITU

FACTORES DE RIESGO

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

JEFE DE SERVICIO:

DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO

JEFE DE UNIDAD Y ASESOR DE TESIS:

DR. ARMANDO VALLE GAY.

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO

REVISOR DE TESIS:

DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ.

RESPONSABLE DEL ESTUDIO:

DRA. MA. TERESA MENDEZ GOMEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

- 1 RESUMEN
- 2 INTRODUCCION (ANTECEDENTES)
- 3 DEFINICION DEL PROBLEMA
- 4 JUSTIFICACION
- 5 OBJETIVOS
- 6 MATERIAL Y METODOS
- 7 RESULTADOS
- 8 DISCUSION
- 9 CONCLUSIONES
- 10 ANEXOS
- 11 BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud en México, la tasa de mortalidad por Ca Cu en 1991 se estimó de 9.5 por mil mujeres representado por 4 194 muertes. Siendo más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida. En 1994 se estimó la mortalidad de 21.8 por 100 000 mujeres en un estudio del área metropolitana, determinando asociación a virus del papiloma humano (IVPH) serotipos 16 y 18, siendo similares en otros países de Latinoamérica.

Se ha establecido que la zona de transformación del epitelio cervical, es más proliferativa durante la adolescencia y la pubertad siendo más susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes de transmisión sexual entre ellos IVPH. Ciertamente se ha visto implicado este virus con el desarrollo de cáncer cervical. En 90% de estos cánceres se ha encontrado actividad viral. Estudios filogenéticos han identificado mayor relación con virus del papiloma serotipo 16 en la población mexicana. De acuerdo al Registro Nacional del registro de Cáncer de la Ciudad de México, 29.9% de los casos de cáncer de cuello uterino se informaron como in situ.

De acuerdo con la clasificación de Bethesda la terminología Lesión intraepitelial escamosa (LEI) engloba a la Neoplasia intracervical (NIC), por lo que debe de tratarse LEI de alto grado (NIC II, NIC III y Carcinoma In Situ) LEI de bajo grado (NIC I e IVPH).

Durante el periodo de junio de 1992 a junio de 1998, en el Hospital General de México Servicio de Ginecología y obstetricia en la Clínica de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, de un total de 11 000 pacientes se estudiaron los expedientes de 70 pacientes con diagnostico de Cáncer cervicouterino , con estudio de citología, colposcopia, biopsia dirigida de cervix, y tratamiento de electrocirugia con asa diatérmica, con la finalidad de establecer factores de riesgo y pacientes con diagnostico histopatológico de Carcinoma cervicouterino In situ.

Los principales factores de riesgo asociados a CaCu In situ en este estudio fueron inicio de vida sexual activa 17+/-3años, número de compañeros sexuales 2.5, edad de primer gesta 17 años, Parto en el 78.8%, cesárea 5.7%, parto y cesárea 15.3%. Control de natalidad, hormonales 42.3%, Dispositivo Intrauterino 15.3%, Otros 7.6% El Tabaquismo se presento el 42.3% de los casos

En el 19.5% de las pacientes se reportaron citología con diagnostico de Metaplasia , en 12% Inflamación inespecífica, en 32.2% Ca Cu In situ Encontramos correlación cito-colpo-histologica en 34% de los casos y colpo-histologica en 32% El diagnostico histopatológico más frecuente fue Ca Cu In situ e Infección por virus del papiloma humano en 23.07% Se presento recidiva en 1 caso lo que representa el 1.8%

El tiempo de seguimiento colposcopico y citológico en las pacientes fue de 2.3 años en promedio Con 6 consultas anuales y deserción de 12 pacientes

La información obtenida es de gran utilidad porque identifica mujeres de alto riesgo de Ca Cu en la población estudiada

INTRODUCCION

ANTECEDENTES:

A partir de la década de 1930 hasta la actualidad han sido estudiadas ampliamente las lesiones premalignas del cuello uterino. A comienzos de siglo algunos autores estadounidenses y alemanes habían señalado la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma escocelular invasor, pero Broders en 1932 en un artículo publicado en *Jama* con título de *Carcinoma In situ Contrasted with benign penetrating epithelium*, introdujo el concepto del término "Carcinoma In situ" del cuello uterino ^(1,2,3)

La palabra displasia fue sugerida en 1949 por Papanicolaou como sinónimo de lesiones de grado inferior ⁽³⁾

En 1953 Reagan se encarga de dar difusión a este término para indicar lesiones que no interesaban todo el espesor del epitelio y en las células quedaba cierto grado de estratificación normal. ⁽³⁾

En 1961 en el primer Congreso Internacional de citología exfoliativa en Viena el Comité Internacional de Terminología Histológica de las lesiones del Cuello Uterino adoptó la definición de Carcinoma In situ de cervix, donde hay proliferación intraepitelial en cuyo espesor no se encuentra diferenciación alguna.

En 1963 Koss afirmaba que las displasias leve y moderada eran lesiones borderline mientras la displasia grave y carcinoma in situ debían ser consideradas entidades que podían superponerse tanto del punto de vista morfológico y

biológico. De allí surge la teoría de la unicidad/continuidad de las lesiones cervicales preneoplásicas propuesta por Richardt en 1967. El concepto de neoplasia cervical intraepitelial indicada como NIC anula el sistema dualista Displasia/carcinoma in situ, el NIC I corresponde a displasia leve, NIC II a displasia moderada y NIC III a displasia grave y carcinoma in situ ^(2,3)

Richart dice que el estudio citológico muestra un diagnóstico citomorfológico y solo se puede expresar cuatro diagnósticos: normal, dudoso, NIC y carcinoma invasor. De acuerdo al mismo se debe realizar colposcopia y biopsia (y/o raspado del canal cervical) y de acuerdo al reporte histopatológico se decidirá el tratamiento ⁽⁴⁾

La última propuesta de Richart luego de la clasificación citología "Bethesda system" donde traslada a la histología la misma clasificación para distinguir de esta manera las lesiones intraepiteliales de bajo grado (infección por virus del papiloma humano y NIC I, de las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II, NIC III).^(4,5,6)

A mediados de los 70s el Dr. Zur Hausen sugirió que el virus del papiloma humano era agente de transmisión sexual y candidato probable de la génesis de la neoplasia del sistema genital. Posteriormente el Dr. Meisel en 1980 describe una lesión condilomatosa del cuello uterino inducida por virus del papiloma humano que considero precursora de neoplasia intracervical. Actualmente con el desarrollo de nuevas técnicas de captura híbrida y de inmunoperoxidasa, se identifica virus del papiloma humano con mínimas cantidades de DNA ya que tiene una sensibilidad y especificidad de 92-95% demostrando que los serotipos con alto riesgo oncogénico son 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52 y 56 ^(7,8,9)

La histerectomía ha sido durante muchos años el tratamiento de elección para el carcinoma cervicouterino in situ. En la década de 1960 se introdujo la conización mediante bisturí frío y a mediados de la década de 1970 los tratamientos conservadores(diatermocoagulación, criocirugía, asa diatérmica, vaporización con laser, resección con laser), y a mediados de la década de 1980 la conización con laser. La conización es una intervención simple, exenta de peligro, de bajo costo una intervención con cicatrización rápida, que conserva la capacidad reproductiva, las complicaciones más común es la hemorragia que se produce durante la misma o en el postoperatorio inmediato ⁽¹⁰⁾

En la clínica de Patología del tracto genital ingerir y Colposcopia del Hospital General de México en servicio de Ginecología y obstetricia, a partir de 1992 hasta abril de 1998 se realizaron conizaciones con asa diatérmica, que es un instrumento ablativo constituido por un electrodo activo, con filamento metálico cuyo espesor no debe ser superior a 2/10 de milímetro., que se utiliza para la función de corte coagulante con emisión de corriente alternada de alta frecuencia, regulada en la medida apropiada. El asa diatérmica permite la ablación superficial y la conización, método modificado por Prendiville ^(10,11)

En la historia natural del carcinoma cervicouterino se desconoce el agente causal, que actúa sobre el epitelio de la zona de transformación y en presencia de cofactores inmunológicos, hormonales, inicio de vida sexual activa temprana, infección por virus del papiloma humano y tabaquismo determinan modificaciones morfológicas. Algunos serotipos del virus del papiloma humano son potencialmente oncogénicos, los factores del huésped controlan y previenen el crecimiento neoplásico inducido por este virus, los carcinógenos químicos o físicos

actúan sinérgicamente con el virus del papiloma humano determinando la inducción neoplásica. Los cofactores que se toman en consideración para el cuello uterino son virus herpes simple tipo 2, chlamydia ^(12,13)

Datos recientes ponen en evidencia la importancia de la inmunodeficiencia endógena y exógena en la génesis del carcinoma cervicouterino, mujeres sometidas a inmunodepresores presentan un elevado riesgo de desarrollar Ca Cu con respecto a la población en general. El NIC asociado a IVPH puede progresar con mayor rapidez a un carcinoma invasor en las mujeres inmunodeprimidas con respecto a las inmunocompetentes. Se ha comprobado una depleción numérica de las células de Langerhans en relación a IVPH serotipo 16 y 18. ^(14,15)

En 1977 Winkelstein propuso la hipótesis de que el humo del cigarrillo estaría relacionado con el carcinoma cervicouterino. Estudios recientes demostraron que las mujeres portadoras de infección por HPV y fumadoras tienen mayor riesgo de desarrollar Ca Cu, en comparación con mujeres portadoras de IVPH no fumadoras. Se encontró componentes del humo del cigarrillo, nicotina y cotinina en el moco cervical de fumadoras. En consecuencia, el cuello uterino puede estar sometido en forma local a los efectos mutagénicos y carcinogénicos de los componentes del humo del tabaco, así como se encuentra asociado con una franca depleción numérica de las células de Langerhans en el epitelio cervical normal en el afectado por IVPH. La relación entre anticonceptivos orales y neoplasia cervical ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos. Los condilomas genitales experimentan un crecimiento durante el embarazo y sobre

todo en los últimos tres meses de la gestación, por influencia de las hormonas sexuales ^(15,16)

Los esteroides son capaces de aumentar la replicación viral en los cultivos. Se obtuvo la transformación maligna de una línea celular llamada BRK (baby rat kidney) mediante la transfección con DNA de HPV 16 y ras- oncogen, en presencia de un glucocorticoide, la dexametasona. Las células BRK sometidas a transfección con DNA de HPV 16 y ras-oncogen y mantenidas en cultivo en presencia de progesterona o de norgestrol experimentaban una transformación maligna, con integración del DNA viral en el genoma celular. Los anticonceptivos orales disminuyen la respuesta inmunológica al HPV ^(16,17)

Diversos estudios demuestran que el antecedente operación cesárea tomando como referencia un parto vaginal disminuye el riesgo de la enfermedad. El trauma cervical por hijos nacidos por parto vaginal aumentan el riesgo en forma significativa a partir del tercer parto con una tendencia de riesgo significativo. La neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cervix uterino, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso ya que los procesos de epidermización del cuello uterino se desarrollan en la epitelización de cicatrices previas. ^(17,18)

La conización representa una terapéutica adecuada si el examen patológico comprende toda la unión escamocilíndrica, el ápice del cono está libre de tumor y los bordes de la base son tejido sano ⁽¹⁸⁾

La paciente debe ser sometida a conización por LEI de alto grado, ser controlada cada seis meses mediante examen colposcópico durante 2 años y posteriormente anualmente ^(17,18,19)

Las recidivas después de la conización con ápice y márgenes del cono libre se verifica en el 6% de los casos dentro de los primeros 2 años posteriores al tratamiento.^(18,19)

En 1991 se estimó en 9.5 por 100 mil mujeres y representaron 4 194 muertes.⁽¹⁹⁾

En 1994 se estimó 21.8 por 100 000 mujeres en un estudio del área metropolitana., determinando asociación a virus del papiloma humano. La mortalidad por Ca Cu durante los últimos 15 años en la república mexicana ha permanecido estable, e incluso en algunos grupos de edad se perfila un incremento ⁽¹⁹⁾

En la ciudad de México, de acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, durante el año de 1993 se registraron 3 491 casos nuevos de CaCu, que constituyó el primer lugar en frecuencia de tumores malignos en ambos sexos, representando el 23.5% del total de tumores reportados

De acuerdo al Registro Nacional del registro de Cáncer de la Ciudad de México, 29.9% de los casos de cáncer del cuello uterino se informaron como in situ ⁽¹⁹⁾.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Se conocen factores de riesgo para carcinoma cervicouterino, los cuales son múltiples o se presentan en forma única o mixta en las pacientes

El carcinoma cervicouterino In situ es una lesión que puede tratarse mediante conización (electrocirugía) con asa diatérmica, con un bajo porcentaje de recidiva, por lo que es importante el seguimiento citológico y colposcópico durante los dos años posteriores al procedimiento

JUSTIFICACION

El carcinoma cervicouterino uno de los principales problemas de Salud pública en nuestro país con etiología multifactorial asociado en forma consistente a Infección por virus del papiloma humano Existe una relación cito-colposcópica para el diagnóstico de carcinoma cervicouterino in situ que se confirma con estudio histopatológico de biopsia de cervix, siendo el tratamiento definitivo electrocirugía Es de suma importancia el seguimiento en mujeres identificadas con alto riesgo

OBJETIVO

- Identificar factores de riesgo
- Conocer la correlación cito-colpo-histologica del Carcinoma cervicouterino In situ
- Determinar la presencia de Virus de papiloma humano al momento del diagnostico
- Establecer la importancia del seguimiento citológico y colposcopico posterior al tratamiento
- Identificar casos recidivantes

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de junio de 1992 a junio de 1998 en Hospital General de México en servicio de Ginecología y Obstetricia en la Clínica de Patología del tracto genital inferior y Colposcopia, se estudiaron 11 000 expedientes de los cuales 70 expedientes tuvieron diagnóstico de Carcinoma cervicouterino , se excluyeron 18 expedientes por ser Dx Ca Cu invasor , por lo que solo 52 expedientes fueron revisados por reunir los criterios para el estudio

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de Carcinoma cervicouterino in situ, historia clínica completa con antecedentes personales patológicos, hábito tabaquico, antecedentes ginecológicos, obstétricos, historia de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos; citología, colposcopia, biopsia dirigida de cervix, con cono diagnóstico y/o terapéutico y electrocirugía con asa diatérmica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los expedientes con diagnóstico de Carcinoma cervicouterino Invasor y sin diagnóstico de Carcinoma cervicouterino, o historia clínica incompleta así como estudios de laboratorio y gabinete faltante

RESULTADOS

El promedio de edad fue 46.2 años, número de gestas en promedio 5.6, número de compañeros sexuales 2.5 en el 56% de las pacientes. La edad de primer gesta 17 años, inicio de vida sexual activa 17 +/- 3 años en el 36.5%. Antecedente de operación cesárea en 5.7% (3), parto vaginal 78.8% (41), parto y cesárea 15.3% (3). Respecto a control de la natalidad hormonales en 42.3% de las pacientes (22), dispositivo intrauterino 15.3% (8), Otros 7.6% (4). El tabaquismo se presentó en 42.3% de las pacientes.

Obtuvimos que de nuestras pacientes estudiadas el 34.6% presentaron infección por virus del papiloma humano.

El 19.5% de las pacientes reportaron citología con diagnóstico de metaplasia, 12% inflamación inespecífica, 32.2% Ca Cu In situ. Correlación cito-colpo-histológica en 34% de los casos. Colpo-histológica en 32%. El diagnóstico histopatológico más frecuente Ca Cu In situ asociado a infección del virus de papiloma humano 32.70% (17), continuando con CaCu In situ y cervicitis crónica con metaplasia epidermoide 17.50% (9), CaCu In situ con cervicitis crónica con penetración glandular metaplasia epidermoide 11.53% (6), Ca Cu in situ epidermoide moderadamente diferenciado asociado a IVPH 9.63% (5), Ca Cu In Situ epidermoide moderadamente diferenciado no queratinizante 7.62% (4), Ca Cu epidermoide moderadamente diferenciado in situ con penetración glandular asociado a IVPH 5.79% (3), Ca Cu epidermoide in situ con endocervicitis con metaplasia epidermoide 3.84% (2), Ca Cu epidermoide in situ moderadamente diferenciado tipo polipoide 3.84% (2), Ca Cu epidermoide de células grandes in

situ moderadamente diferenciado 3 84% (2), Ca Cu epidermoide de células grandes queratinizante in situ 1 9% (1)

Al 100% de las pacientes estudiadas se les realizó electrocirugía con asa diatermica , el tiempo de seguimiento colposcopico y citológico en las pacientes fue de 2.3 años en promedio Con 6 consultas anuales. Deserción de 12 pacientes (23 4%) Recidiva de Ca Cu In situ de 1 8% de los casos

DISCUSION

Las pacientes que presentan citología anormal deben ser estudiadas por colposcopia, en caso de presentar lesiones sospechosas, toma de biopsia dirigida de cervix. La citología es insuficiente para establecer el diagnostico

La edad promedio en que se presentó carcinoma cervicouterino en nuestra población estudiada fue de 46.2 años, sin embargo lo reportado por otros autores es más frecuente entre la tercera y cuarta de cada de la vida como en otros países en desarrollo, de acuerdo al estudio realizado en 1995 por el Dr.Lazcano y cols donde el promedio de edad fué entre 26 y 35 años, lo que significa que la captación de pacientes en el servicio de Patología del tractogenital Inferior y Colposcopia no es el adecuado o los medios de difusión y programas de prevención no están siendo bien implementados.

El inicio de vida sexual activa a temprana edad constituye un factor de riesgo para neoplasia cervical lo cual lo confirmamos al analizar los datos obtenidos en los casos estudiados que corresponde al 36.5% de las pacientes con inicio de vida sexual a los 17+/-3 años. Se ha establecido que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y adolescencia es especialmente susceptible a alteraciones a que puede ser inducida por agentes de transmisión sexual como lo es el virus del papiloma humano

En este estudio el 56% de las pacientes estudiadas tuvieron el antecedente de dos o más parejas sexuales incrementa el riesgo de cáncer cervical en forma lineal, de tal manera que aquellas mujeres que durante su periodo de vida tiene dos o más parejas sexuales tiene riesgo cinco veces más que aquellas que no lo presentan, como lo menciona la Dra Alonso y cols en 1995

La presencia de cinco, seis o más partos presenta una tendencia significativa de riesgo a partir del tercer parto vaginal por lo que existe el consenso para considerar la multiparidad como factor de riesgo para carcinoma cervicouterino por el trauma cervical aunado con otros factores asociados , pudiendo ser uno de los mecanismos inductores de carcinoma cervicouterino , probablemente en interacción con virus de papiloma humano que participaría en la carcinogénesis Por lo que es posible considerar al parto vaginal como factor de riesgo para cáncer cervical. De acuerdo a nuestros resultados 82.6% de las pacientes fueron multiparas y el 78.8% presentan el antecedente de resolución de embarazo por vía vaginal

El uso de hormonales orales con Carcinoma cervicouterino in situ presenta una fuerte correlación, se obtuvo ingesta de hormonales en el 42.3% de las pacientes estudiadas, el cual es un cofactor para el desarrollo de Ca Cu, ya que se ha demostrado la influencia de hormonas sexuales en la replicación viral De acuerdo a estudios realizados por el Dr Brinton y cols en 1987 encontraron una asociación de riesgo dos veces mayor en mujeres que consumieron hormonales por un tiempo mayor a cinco años, dato que no fue captado en estudio por no

referirse en historia clínica Sin embargo en 1996 Ferency demuestra que la transfección con DNA de virus de papiloma humano 16 y ras-oncogen mantenidos en cultivo en presencia de progesterona o de norgestrol experimentaban una transformación maligna, con integración del DNA viral en el genoma celular, no así con la presencia de estradiol Por lo que es importante trabajos de investigación experimental en nuestra población

El uso de dispositivo intrauterino representó el 15.3% de las pacientes estudiadas , existe un consenso de que este no es un factor de riesgo de enfermedad , como lo muestran resultados estadísticamente no significativos obtenidos por el Dr Lazcano y la Dra Alonso en 1995

El tabaquismo se presentó en 42.2% de las pacientes, este como cofactor es importante ya que está establecido que la presencia de cotinina y nicotina en moco cervical y la disminución de células de Langerhans en mujeres fumadoras con Ca Cu , encontramos que el 27.1% se mostraba asociado a virus de papiloma humano induciendo a la carcinogénesis de la enfermedad

El tabaquismo más ingesta de hormonales en 23.9% , el factor hormonales orales y virus de papiloma humano representó el 15.6% Lo que demuestra que estos factores en una misma paciente hace que sea susceptible de presentar diagnóstico de carcinoma cervicouterino in situ a temprana edad sin embargo no siempre detectable a tiempo por múltiples circunstancias De acuerdo con los datos bibliográficos por el Dr Ferency en 1996 y el Dr Sánchez Vega en 1997 son cofactores para el desarrollo de carcinoma cervicouterino, mientras el virus de papiloma humano es potencialmente oncogénico en especial los serotipos 16 y 18

, en nuestro país según refiere el Dr. Lazcano y cols en 1995; sin embargo en nuestra población estudiada no es posible demostrarse por no realizar estudios de investigación con captura híbrida, pero que si son realizados en otros hospitales del área metropolitana.

Hay diversos factores predisponentes en la presencia de virus del papiloma humano que no se detectan mediante estudio citológico , incluso pacientes que presentan papanicolaou normal y al realizarse estudio colposcópico seguido de biopsia mostraban lesión de virus de papiloma humano o NIC. Nosotros obtuvimos una correlación cito-colpo-histológica de 34% y colpo-histológica de 32% probablemente por fallas técnicas a la toma de la citología. Así como el enfoque clínico al realizar la colposcopia no haya sido bien valorada la topografía de la lesión y por ende la toma de biopsia, ya que la colposcopia no es un dato que pueda archivarse , estos aspectos son de suma importancia para la selección de pacientes.

La evidencia epidemiológica de asociación positiva de inicio de vida sexual activa a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, ingesta de hormonales, parto vaginal y tabaquismo es consistente en diferentes estudios, demostrado por el Dr. Torrella en 1998. Sin embargo es el virus del papiloma humano es el que participa en la carcinogénesis del Ca Cu.

CONCLUSIONES

1 - Se obtuvo que el 63% de la población estudiada presento diagnóstico de Carcinoma cervicouterino

2 - El Ca Cu resulto ser frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida en nuestro estudio (46.2 años en promedio), en comparación con los países desarrollados

3 - La ingesta de Hormonales en 42.3% de las pacientes se encuentra asociado a Carcinoma cervicouterino.

4 - El tabaquismo se presento en 42.3% de nuestras pacientes

5 - El inicio de vida sexual activa a temprana edad en 36.5% constituye uno de los principales factores de riesgo de Ca Cu.

6 - Las mujeres con antecedente de 2 o mas parejas sexuales que se presento en el 56% durante su periodo de vida incrementa el riesgo de Ca Cu por infección de virus de papiloma humano

7.- El antecedente de operación cesárea tomando como referencia un parto vaginal disminuye el riesgo de enfermedad, por lo que es pausable considerar al parto vaginal como factor de riesgo de cancer cervicouterino

8 - La multiparidad se presento en el 82.6% y el parto como resolución de embarazo en 78.8%, son factores de riesgo importante por el trauma cervical que junto con otros factores asociados puede ser uno de los mecanismos inductores de Ca Cu

9 - La detección de atipia citológica consistente con LEI de bajo grado aumenta el riesgo de un diagnostico futuro de LEI de alto grado

10 - El informe citológico de anormalidades con LEI de bajo grado debe ser seguido por colposcopia

11 - La conización con asa diatermica es un tratamiento definitivo en Carcinoma cervicouterino in situ

12 - El seguimiento citológico y colposcopico debe realizarse cada 6 meses durante los 2 primeros años posteriores al procedimiento y modificar factores de riesgo y estilo de vida

13 - La Infección de virus de papiloma humano es un agente que participa en la carcinogénesis de Ca Cu

14 - La correlación cito-colpo-histologica de 34% y colpo-histologica de 32% , no son resultados satisfactorios, podemos mencionar probables fallas técnicas a la toma de citología o bien el enfoque clínico al realizar la colposcopia y toma de biopsia

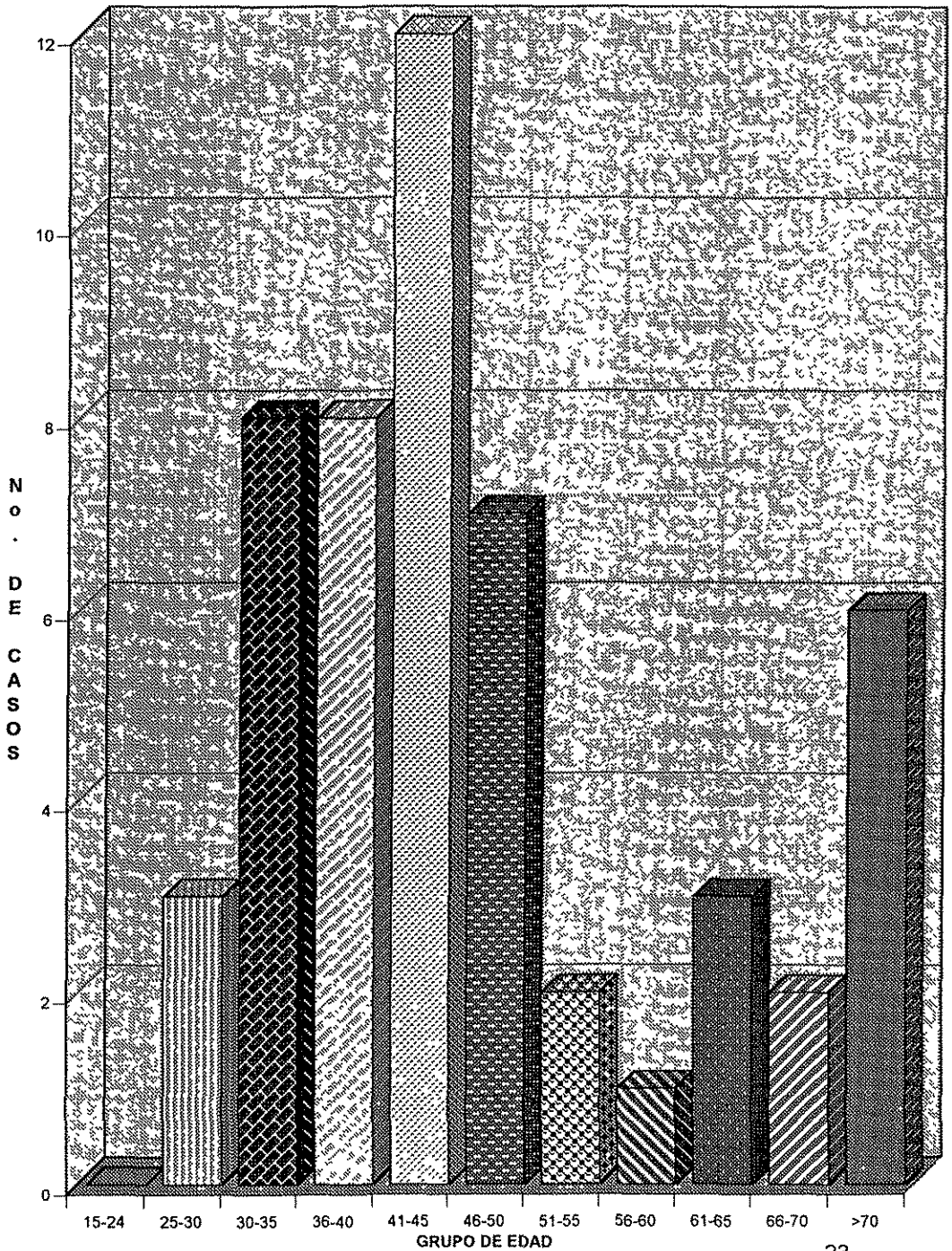
15.- La planificación y desarrollo de programas de prevención oportuna de la enfermedad con la participación social

16 - Orientar a tomar conciencia y autorresponsabilidad a la población afectada en relación a los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen a la ocurrencia del padecimiento

17 - Desarrollar investigación de virus de papiloma humano y expresión oncogénica

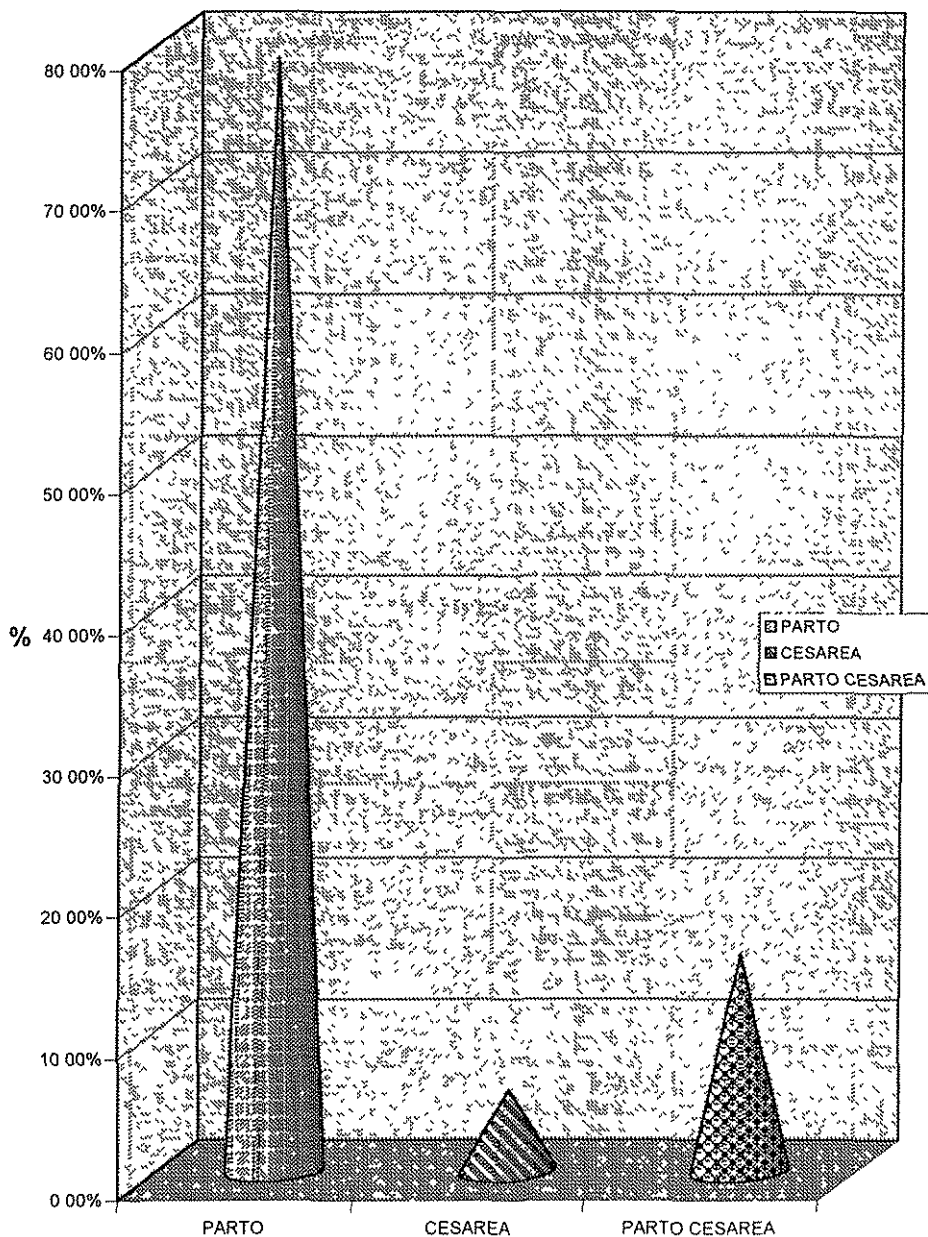
ANEXOS

GRUPO DE EDAD



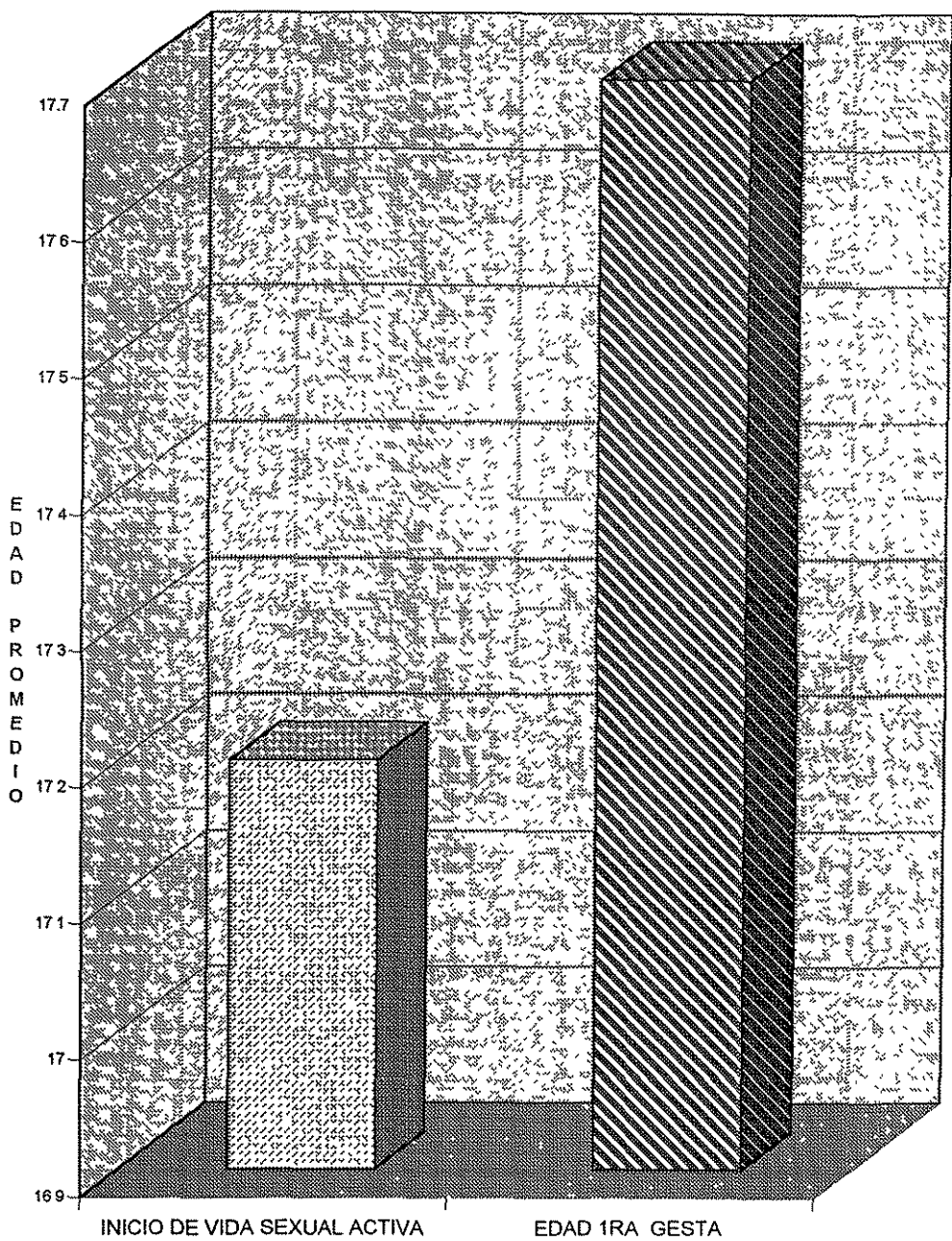
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO



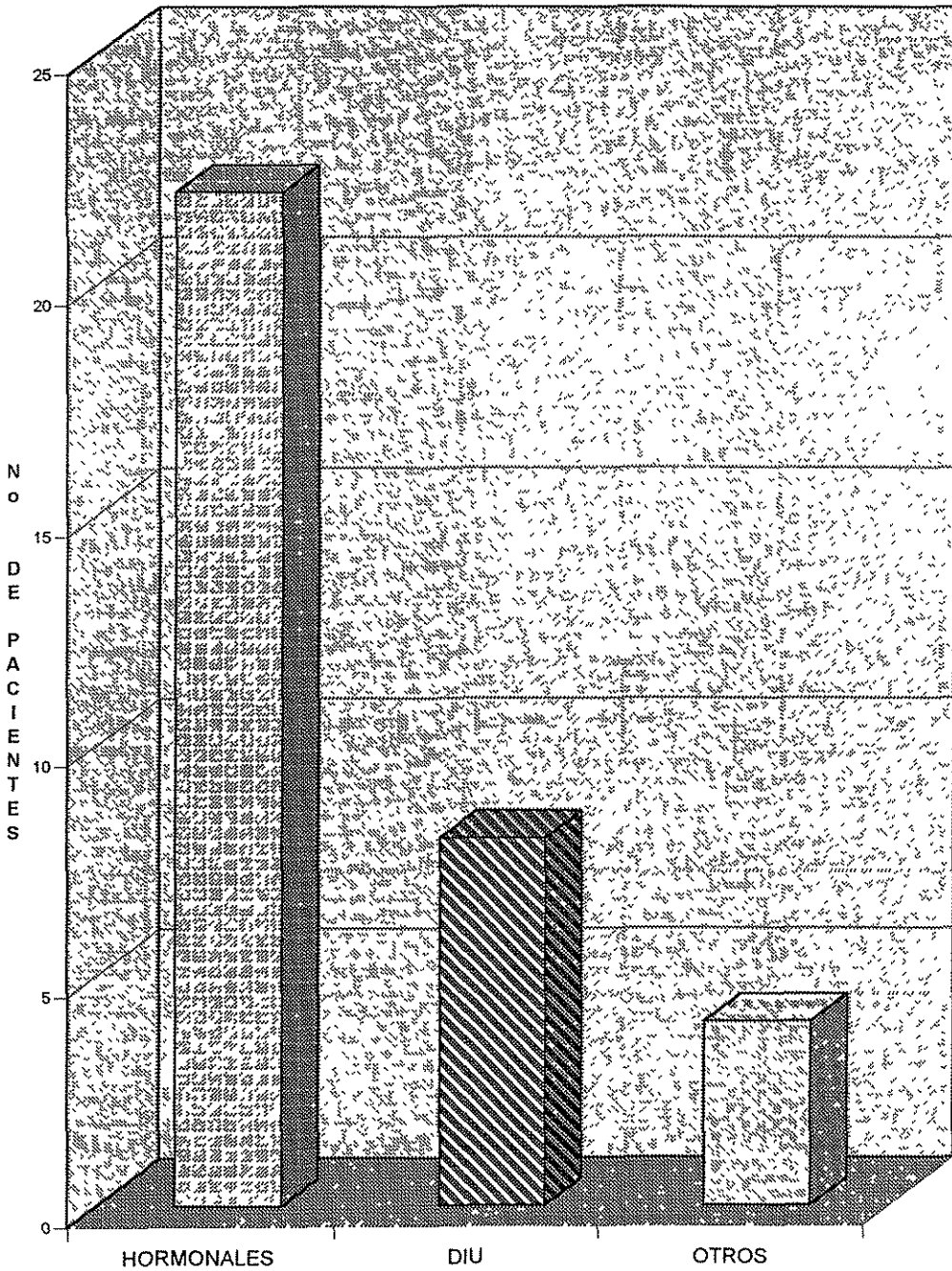
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO



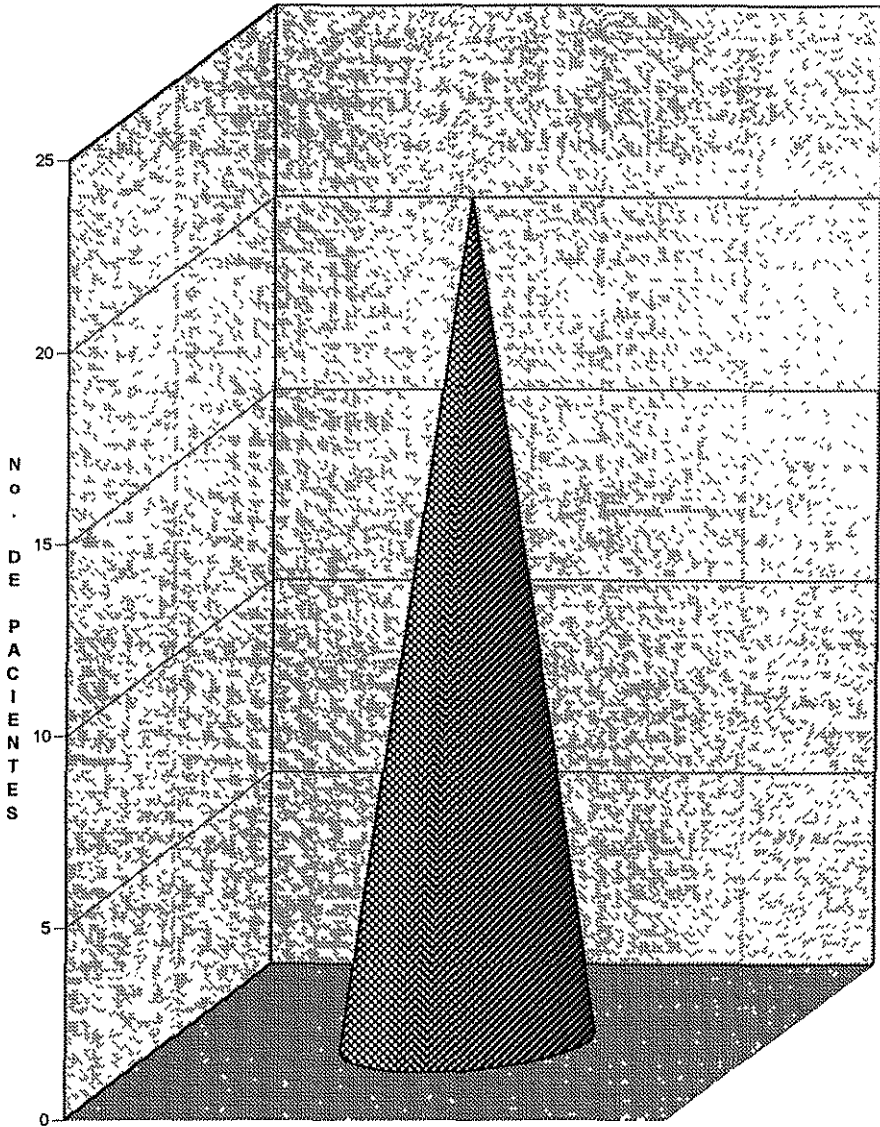
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



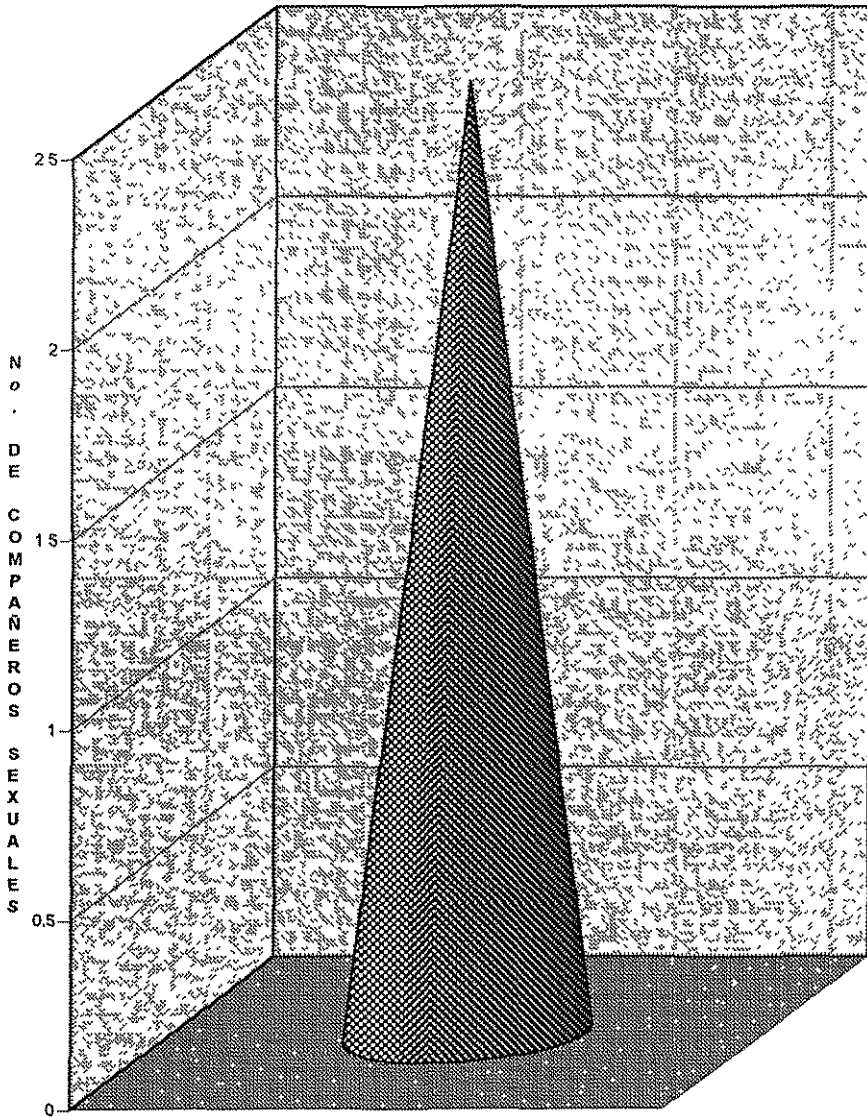
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO



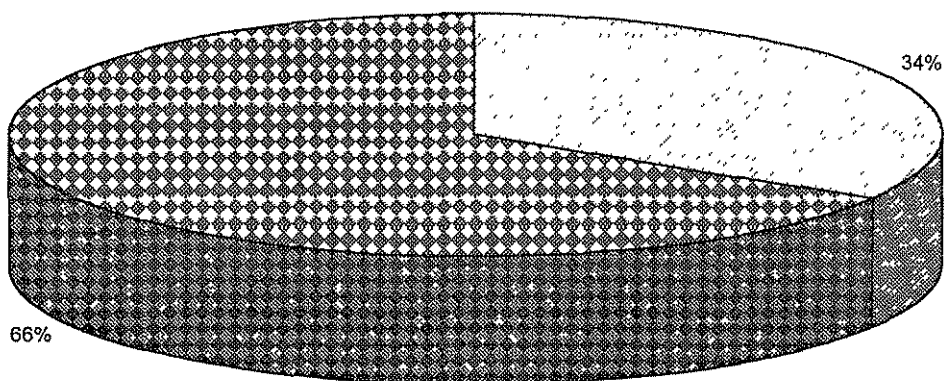
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE
CARCINOMA CERVICO UTERINO In situ



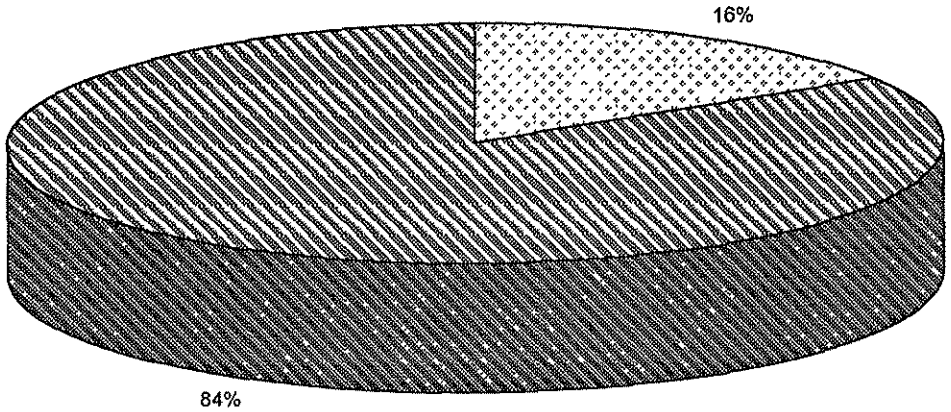
□ CITOLOGIA

■ COLPOSCOPIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO FORMA
DE LA BIBLIOTECA

BIOPSIA DIRIGIDA

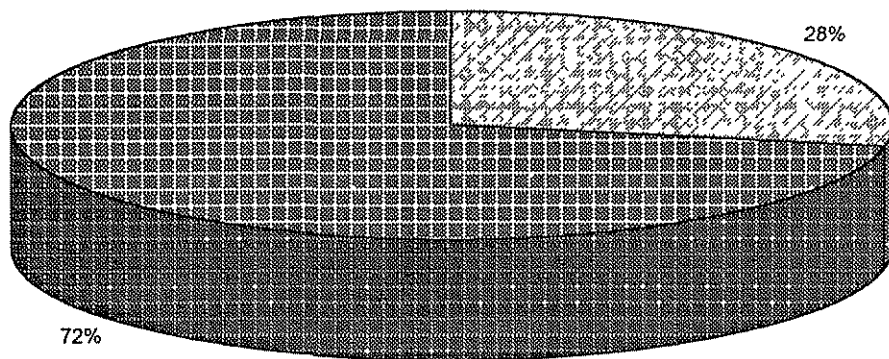


■ HISTOLOGICO

■ COLPOHISTOLOGICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASOCIADO A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

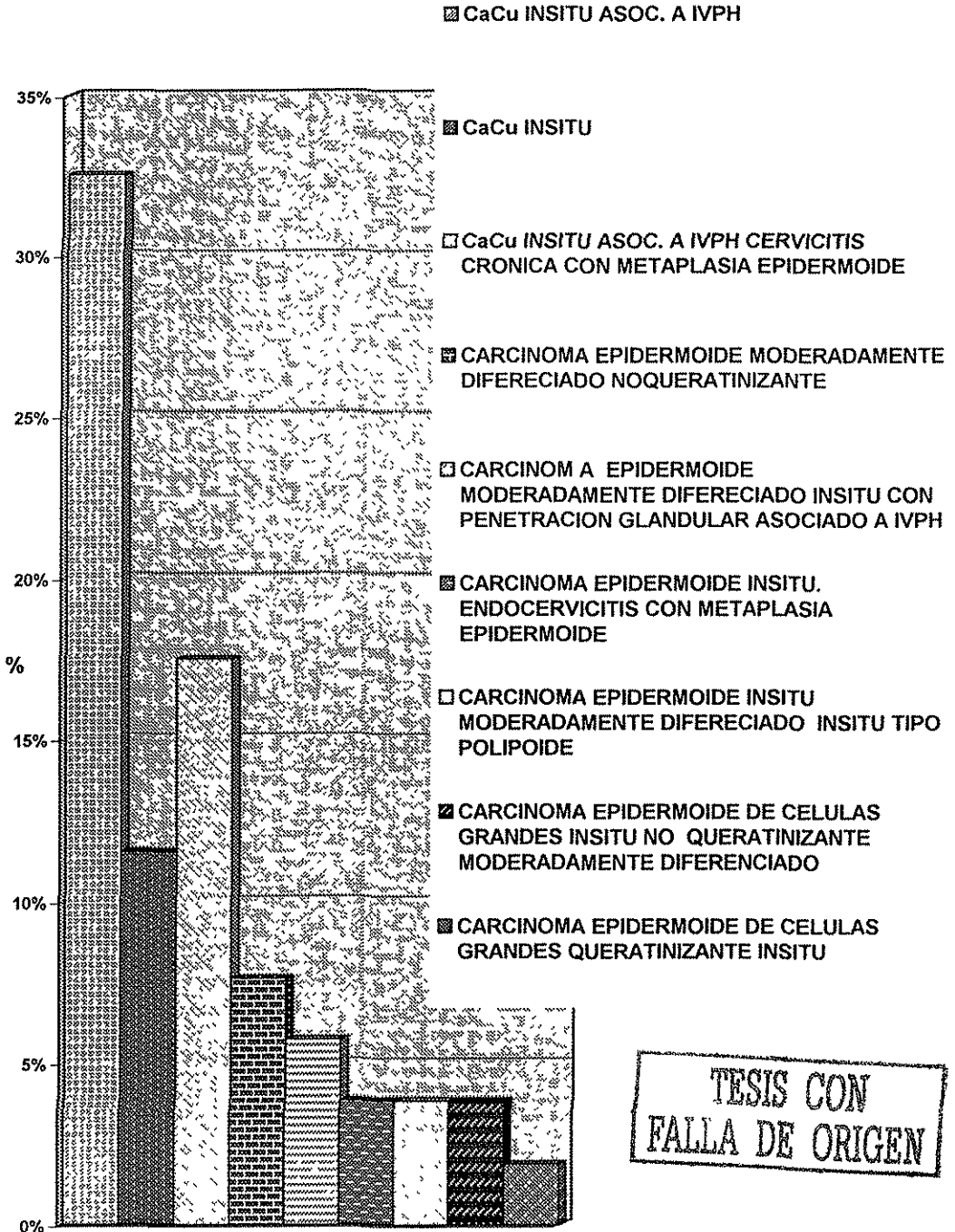


■ Ca Cu In situ

■ Ca Cu In situ asociado a IVPH

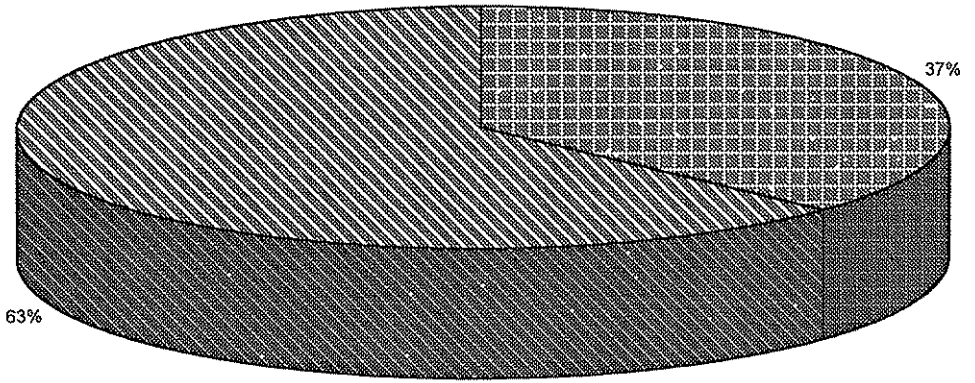
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SEGUIMIENTO

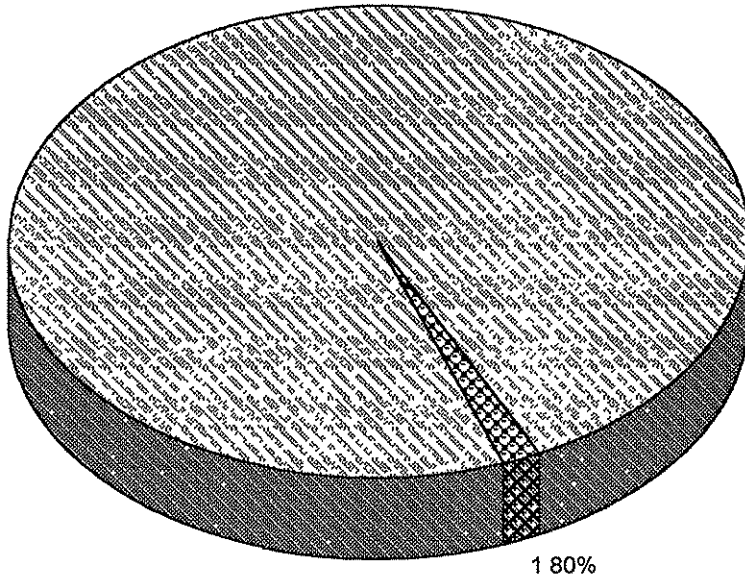


■ DESERCIÓN

■ SEGUIMIENTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECIDIVA DE Ca Cu In situ



▣ RECIDIVA DE Ca Cu In situ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1 Berumen J; Miranda-EI, Zafra G. Casas- Segura E Molecular epidemiology of high incidence cancers in Mexico Gac-Med-Mex 1997, 133 suppl 1 35-41
2. Naumann-RW, Crispens- MA; Alvarez –RD Conservative conization for microinvasive carcinoma of the cervix Am-J-Obstet-Gynecol 1997 May; 176 (5).1009-10
- 3 Alex Ferenczy, MD Natural history of cervical neoplasia:overview up date Am- J-Obstet-Gynecol. 1996 Oct, 175 (4pts) 1099-1114
- 4 Montalvo-TS; Cantu- AG, Hinojosa-RR, Garza FC, Electrosurgical excision of the transformation zone carried out as ambulatory procedure in patients with abnormal cervical cytology Ginecol- Obstet-Mex 1996 Jan; 64:36-9
5. Ferenczy-A, Choukroun-D, Arseneau-J Loop electrosurgical excision procedure for esquamous intraepithelial lesion of the cervix advantages and potential pitfalls Obstet-Gynecol-1996 Mar, 87(3) 332-7
6. Jones- HW-3rd Impact of the Bethesda System. Cancer supplement November 15, 1995 Vol 76 (10) 1914-18
- 7 Ferenczy-A; Franco-E,Arseneau, J Wright Richardt. Diagnostic performance of Hybrid capture human papilloma virus deoxyrribonucleic acid assay combined with liquid-base cytologic study Am J Obstet Gynecol 1996 sep, 175 (3pt1) 651-6
- 8 Lizano M; García- Carranca-A Molecular variants of human papilloma viruses types 16,18 y 45 in tumors of the uterine cervix in Mexico Gac-Med-Mex 1997 133 suppl 1 43-8

9. Hatch-KD, Schenrider-A; Abdel- Nour-MW. An evaluation of human papilloma virus testing for intermediate-and high-risk types as triage before colposcopy
Am-J-Obstet-Gynecol 1995 Apr, 172 (4pt 1) 1150-7.
10. Leslie J. Degrosot, Edwin L. Kaplan Maureen, The natural history of carcinoma of the cervix in young women S-Med-J- 1992 Nov, 82 (5). 351-4
- 11 Ferris-DG, Hainer-BL, Pfenninger-JL, Zuobern "See and treat" electrosurgical loop excision of the cervical transformation zone J-Fam-Pract 1996mar, 42(3).253-7
12. Verduzca- Rodriguez- LA, Palet- Guzman-JA, Cervicouterine cancer and age Ginecol-Obstet –Mex. 1997 Apr, 65 119-22
13. Lazcano-Ponce-E, Hernández-Avila-López-Carrillo; Alonso- de Ruiz-PP, Torres-Lobaton-A Reproductive risk factors and sexual history associated with cervical cancer in Mexico Rev-Invest-Clin. 1995 sep-oct; 47(5) 377-85
- 14 Sánchez-Vega JT; Torres ME Tay Zavala J, Ruiz-Sanchez CD, Romero Cabello R. Frequency of intraepithelial neoplasia of the cervix and risk factors in womwn in Mexico City. Ginecol-Obstet-Mex 1997 Jan, 65· 3-5.
- 15 Hernandez Avila-M-Lazcano-Ponce EC, Alonso de Ruiz-PP-López Carrillo Evaluation of a program for the early detection of cancer the uterine cervix in Mexico City A population loased epidemiologic study of cases and controls Gac-Med-Mex 1994 Jul-Aug, 130(4) 201-9
- 16 Hernandez-Avila-M Lazcano-Ponce E, Alonso- de Ruiz- PP Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico a case-control study Arch-Med-Res 1997, summer, 28(2) 265-71

17. Verduzca Rodriguez - LA Palet- Guzman- JA, Aguirre Gonzalez Cervico-uterine cancer and age Ginecol- Obstet- Mex. 1997. Apr; 65: 119-22
18. Lazcano-Ponce-E; Rascon-Pacheco RA; Lozano-Asencio-R Mortality from cervical Carcinoma in Mexico-impact of screening 1980-1990 Acta Cytol. 1996 May-Jun; 40(3): 506-12
19. Torrella-Kouri-M; Morsberger-S, Carrillo-A, Mohar-A HPV prevalence among Mexican women with neoplastic and normal cervixes Gynecol-Oncol 1998 Jul, 70(1) 115-20.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN