



Universidad Nacional Autónoma de México



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

TITULO

**Recurrencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en
vagina en pacientes poshisterectomía por lesiones precursoras
de cáncer**

**Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como
Especialista en Gineco Obstetricia
Presenta**

Dra. Gabriela Lozano Cervantes

Director de Tesis:

Dr. José Basilio Hernández Sánchez

No. Reg. 195.2006

México, D. F. a Junio de 2006





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.



Universidad Nacional Autónoma de México



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

No. Reg. 195.2006

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

TITULO

**Recurrencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en
vagina en pacientes poshisterectomía por lesiones precursoras
de cáncer**

**Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como
Especialista en Gineco Obstetricia
Presenta**

Dra. Gabriela Lozano Cervantes

Director de Tesis:

Dr. José Basilio Hernández Sánchez

México, D. F. a junio de 2006

Agradecimientos





A DIOS:

Por permitirme alcanzar una meta más en mi preparación.

A MIS PADRES:

Que con su indeclinable cariño y brillante ejemplo de trabajo y superación, han iluminado siempre el sendero de mi existencia.

A MI FAMILIA Y AMIGOS:

Y a todas aquellas personas que estimo y quiero; por su interés y sugerencias que me brindaron; para mejorar diferentes aspectos de mi vida.

A TI.

Juan Carlos, por que siempre estuviste conmigo en las buenas y en las malas, y recuerda que yo siempre estaré a tu lado como lo hiciste tú.

CON ETERNO AGRADECIMIENTO



A MI HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.

POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE FORMARME, COMO MÉDICO
ESPECILIASTA Y TENER UN MEJOR FUTURO.

A MI ASESOR.

Dr. José Basilio Hernández Sánchez.

Por sus conocimientos y orientación que me brindo en la realización de este
trabajo.

"GRACIAS"

Índice

Introducción

I. Antecedentes

Cáncer de vagina

Cáncer cervicouterino

Virus del Papiloma Humano

Cáncer cervicouterino y cáncer de vagina

II. Planteamiento del problema

Pregunta De Investigación

III. Justificación

IV. Objetivos

V. Hipótesis

VI. Metodología

Universo de estudio

Grupo problema

Criterios de selección

Marco conceptual

Variable Dependiente

Variable Independiente

Plan de análisis

VII. Consideraciones Éticas

VIII. Resultados

Análisis descriptivo

Análisis Divariado

IX. Discusión

X. Conclusiones

XI. Limitantes y Recomendaciones

XII. Referencias Bibliográficas

XIII. INDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

XIV. ANEXOS

Resumen

Introducción .- Se realizó un estudio con la finalidad conocer la asociación entre la aparición del cáncer o de lesiones precursoras de este, en vagina en aquellas pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Objetivos .- General Determinar la existencia de la relación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Específico .- Estimación del grado de relación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Material y Métodos .- Se realizó un estudio de casos y controles, para lo cual se revisó los expedientes clínicos localizados de las libretas de cirugía de las pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino desde el mes de enero de 2001 al mes de diciembre de 2005

Resultados .- Se determinó la razón de momios para conocer si existió relación entre las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tratadas con histerectomía y la aparición de cáncer recurrente en vagina encontrando, una Razón de Momios de 7.8 con intervalos de confianza al 95% entre 0.91 y 170.75, así mismo se encontró un valor de Chi de mantel y Haenszel de 4.74 con una p de 0.029 .

Conclusiones .- Podemos concluir que con un 95% de confianza podemos si existe relación causal entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer de vagina y el antecedente de haber cursado con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tratadas con histerectomía

Summary

Introduction.- we made a study with the purpose to know the association between the appearance of cancer in vagina in patients with hysterectomy for precursor injuries of cervicouterine cancer.

Objectives .- General To estimate the existence of relationship between the appearance of precursor injuries for cancer in vagina in patient with precedents of hysterectomy of precursor injuries of cervicouterine cancer. Specific .-Estimation of the degree to relationship between the appearance of precursor injuries of cancer in vagina in patient with precedents of hysterectomy of precursor injuries of cervicouterine cancer.

Material and Methods .- we made a cases controls study, for which review the clinical history located of the surgery of the patients hysterectomy for precursor injuries of cervicouterine cancer from January, 2001 to December, 2005

Results .- we use odds ratio to know if there was relationship between the precursor injuries of cervicouterine cancer treated with hysterectomy and the appearance of cancer in vagina we found, a Reason of Odds of 7.8 with confidence intervals to 95 % between (among) 0.91 and 170.75, likewise there met Chi's Mantel and Haenszel of 4.74 and with a p of 0.029.

Conclusions .- we conclude that with 95 % of confidence there is a relationship between the appearance of precursor injuries of cancer of vagina and the precedent of having dealt with precursor injuries of cervicouterine cancer treated with hysterectomy

I. Introducción

El cáncer cervicouterino es actualmente una de las principales causas de mortalidad en el país además de ser también, uno de los principales motivos del esfuerzo del ISSSTE en cuanto a la detección oportuna, prevención y tratamiento de los pacientes que presentan esta entidad patológica, sin embargo el abordaje de este padecimiento no esta exento de complicaciones, abordajes no adecuados o entidades que forman parte de la misma historia natural de este padecimiento y que terminan afectando la calidad de vida de la pacientes que aun siendo intervenidas de cáncer cervicouterino como entidad primaria, presentan eventos posteriores, como lo son las recidivas y que terminan incidiendo en la sobrevida de los pacientes y en los esfuerzos para que estos padecimientos reciban el tratamiento adecuado.

El presente estudio tiene como finalidad conocer la asociación entre la aparición del cáncer o de lesiones precursoras de este, en vagina en aquellas pacientes que histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, y permitir avance en la búsqueda de una mejor atención y/o formas de abordaje que permita evitar las recurrencias.

I. Antecedentes

Cáncer de vagina

Se ha encontrado que ciertos factores de riesgo hacen que una mujer tenga mayores probabilidades de contraer cáncer de la vagina sin embargo aun cuando una mujer tenga uno o más factores de riesgo de cáncer de la vagina, es imposible determinar con certeza hasta qué grado ese factor de riesgo contribuyó a la aparición del cáncer sin embargo dentro de las más importantes se conocen las siguientes:

El cáncer de la vagina no es común. Cuando se encuentra en sus primeros estadios, suele ser curable. Hay dos tipos principales de cáncer de la vagina:

Carcinoma de células escamosas: Cáncer que se forma en las células escamosas, las células planas y finas que revisten la vagina. El cáncer de células escamosas de la vagina se disemina lentamente y suele quedarse cerca de la vagina, pero puede diseminarse a los pulmones y al hígado. Éste es el tipo de cáncer de la vagina más común. Se ve con mayor frecuencia en las mujeres de 60 años o mayores.

Adenocarcinoma: Cáncer que comienza en las células glandulares (secretorias). Las células glandulares en el revestimiento de la vagina producen y liberan algunos fluidos como moco. El adenocarcinoma tiene mayor probabilidad que el cáncer de células escamosas de diseminarse a los pulmones y a los ganglios linfáticos. Se encuentra con mayor frecuencia en las mujeres de 30 años de edad o menores.

La edad y la exposición al medicamento DES (dietilestilbestrol) antes del nacimiento pueden influir en el riesgo de la mujer de contraer cáncer de la vagina.

Entre los factores de riesgo figuran los siguientes:

- Tener 30 años o menos o tener 60 años o más
- Exposición al DES cuando estaba en el útero materno (en la década de 1950, se le dio el medicamento DES a algunas mujeres embarazadas para evitar aborto natural). Las mujeres expuestas al DES antes del nacimiento corren mayor riesgo de contraer cáncer de la vagina. Algunas de estas mujeres contraen un tipo de cáncer poco común llamado adenocarcinoma de células claras.
- Tener la infección del virus de papiloma humano (VPH).
- Usar un pesario vaginal para evitar que la matriz descienda hacia la vagina.

Entre los signos posibles del cáncer de la vagina figuran el dolor y la hemorragia anómala de la vagina.

Con frecuencia el cáncer de la vagina no causa síntomas tempranos y puede encontrarse durante un test de Papanicolau rutinario. Cuando ocurren síntomas, estos pueden ser causados por cáncer de la vagina o por otras afecciones. Debe consultarse al doctor si ocurre cualquiera de los problemas siguientes:

- Hemorragia o secreción no relacionada con la menstruación.
- Dolor durante el coito.
- Dolor en la región pelviana.
- Una protuberancia en la vagina.
- Para detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer de la vagina se utilizan pruebas que examinan la vagina y otros órganos de la pelvis.

Examen físico y antecedentes: Examen del cuerpo para verificar si existen signos generales de salud, incluso el control de signos de enfermedad, como tumores o neoplasias.

Ciertos factores afectan el pronóstico y las opciones de tratamiento.

El pronóstico depende de lo siguiente:

- El estadio del cáncer (si se encuentra solamente en la vagina o si se ha diseminado a otras regiones).
- El tamaño del tumor.
- El grado de las células tumorales (lo diferente que son de las células normales).
- Dónde se encuentra el cáncer dentro de la vagina.
- Si hay síntomas o no.
- La edad de la paciente y su estado general de salud.
- Si el cáncer se ha diagnosticado recientemente o ha recurrido (reaparecido).

En lo que respecta al tratamiento esto depende de :

- El estadio, tamaño y ubicación del cáncer.
- Si las células del tumor son células escamosas o adenocarcinoma.
- Si la paciente tiene útero o ha tenido una histerectomía.
- Si la paciente ha recibido radioterapia en la pelvis anteriormente

Cáncer cervicouterino

Situación actual

El Cáncer Cérvico Uterino, es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años por neoplasias. Es uno de los padecimientos que cuenta con procedimientos de detección temprana, así como tratamientos resolutivos

de fácil aplicación en sus primeras etapas. La experiencia de otros países muestra que la mejor alternativa para el control de la mortalidad por Cáncer Cérvicouterino es la detección y el tratamiento de los procesos inflamatorios Cérvico-Vaginales y Lesiones precursoras como son las displasias leves, moderadas, severas y aún el cáncer in situ. Para la detección temprana del Cáncer Cérvicouterino, la Citología Cervical, conocida como Papanicolaou, es el método de tamizaje de elección.

Epidemiología

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la forma más común de cáncer entre las mujeres de los países en desarrollo y es, después del cáncer de mama, el segundo tipo más común de cáncer en el mundo.¹ Por esta razón se han creado programas específicos de detección oportuna. Estos programas han sido particularmente exitosos en Dinamarca, Islandia, Finlandia, Suecia, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América (EUA). En otros países no han tenido el éxito esperado, debido, en gran parte de los casos, a la implantación

inadecuada de las políticas. La prueba que se utiliza comúnmente para detectar

este tipo de cáncer es la técnica de Papanicolaou, desarrollada en los años treinta. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer. Los estudios realizados en países desarrollados coinciden en señalar que los programas de detección que utilizan la prueba de Papanicolaou son eficientes y costo-efectivos. De hecho, Brown y Garber encontraron que el aumento reciente en la sensibilidad de la prueba de Papanicolaou la ha hecho todavía más costo-efectiva. Koopmanschap y colaboradores, en un estudio realizado en Holanda, concluyeron que la detección oportuna es una acción costo-efectiva si se la compara con no realizarla y tener que atender a una mujer con CaCu avanzado. Mandelblatt y Fahs, por su parte, realizaron un estudio en mujeres

mayores de 65 años, de bajos ingresos, en EUA, y concluyeron, también, que el programa de detección oportuna en esta población disminuye los costos de la atención y ahorra recursos en el futuro. En México, la prueba de Papanicolaou comenzó a utilizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer. Sin embargo, su uso masivo se inició en 1974 con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDC). No obstante, el CaCu sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública del país. Entre 1985 y 1995, la tasa de mortalidad por CaCu en México se incrementó de 7.7 por 100 000 mujeres a 9.6,7 la cual es una de las tasas de mortalidad por CaCu más altas del mundo.⁸ En el estado de Morelos, la tasa de mortalidad por esta causa es de 16.0/100 000 mujeres.

El Cáncer Cérvicouterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una Infección Viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora. Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. El Cáncer Cérvico Uterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones Precursoras denominadas "Displasias", las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas, según la gravedad de las alteraciones actualmente y de acuerdo a la nueva clasificación estas se clasifican en Lesiones Intraepiteliaes Escamosas de Bajo Grado donde se agrupan las displasias leves y moderadas y las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto grado que agrupan a la displasia severa y el cacu in situ.. Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un Cáncer Invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad. Los coriocarcinomas Cervicales y Endometriales son los tipos de Cáncer del Aparato Genital Femenino más comunes y constituyen aproximadamente del ocho al nueve porciento de todas las enfermedades malignas que se diagnostican en los Estados Unidos de América. En el mundo, la enfermedad es más común en las mujeres Latino Americanas y menos común en las Mujeres Judías y Europeas y más prevalente en mujeres de bajo Nivel Socioeconómico. La detección del carcinoma in situ, el cual se considera una etapa temprana del carcinoma cervical, ha aumentado en forma importante;

este aumento tal vez sea el resultado de la mayor frecuencia con que se realizan estudios citológicos. En nuestro país, el Cáncer Cérvicouterino continúa siendo un problema de Salud Pública, a pesar de que se trata de una enfermedad vulnerable a través de la Detección Temprana y de Tratamiento oportuno de sus lesiones precursoras.

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo bien caracterizados que se asocian a la enfermedad, éstos incluyen múltiples parejas sexuales, menor edad al inicio de las Relaciones Sexuales, exposición al Virus del Papiloma Humano (VPH), Tabaquismo, Factores Biológicos y Factores relacionados a la atención proporcionada para la detección y tratamiento oportuno de la enfermedad. Cada vez se acepta más como factor de riesgo el no haberse realizado nunca una prueba de Papanicolaou. En cuanto a factores de riesgo biológicos para Cáncer cervicouterino, se ha encontrado evidencia epidemiológica que sugiere que el Cáncer Cervical tiene un comportamiento parecido al de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Los procesos inflamatorios del Cervix juegan un papel importante sobre todo con relación con su etiología que puede ser de origen bacteriano, micótico, parasitario o viral. Entre las bacterias, el estreptococo, el estafilococo y el gonococo son los agentes causales más comunes, de los hongos, la candida albicans es la causa más común de cervicitis debido particularmente al uso amplio de antibióticos que alteran la flora bacteriana local; la tricomonas es el parásito de mayor prevalencia de los virus, el herpes simple es el más frecuente. Pero los estudios epidemiológicos más recientes han sido capaces de evidenciar la importancia creciente del Virus de Papiloma Humano (VPH) con esta patología. La infección por VPH esta asociada como riesgo para padecer Cáncer Cervical y Anogenital. Se han identificado más de 70 tipos de VPH, pero solo 23 infectan el canal Cérvico Uterino y de estos solo la mitad se han asociado con lesiones precursoras a Cáncer Invasor. Así por ejemplo los VPH tipos 6 y 11 causan condilomatosis y atipia celular leve o moderada en el epitelio cervical, mientras que el VPH 16, 18 y 31 causan displasia grave, Cáncer In Situ y Cáncer Invasor. Uno de los

mecanismos que explica la patogénesis del Cáncer se relaciona con la integración de los genes E6 y E7 del virus del papiloma al genoma del huésped, y así las proteínas transformadoras modificadas por estos genes se vuelven tumorigenos. Después de la identificación del VPH como la causa más importante del Cáncer Cérvicouterino, algunas investigaciones se han enfocado al estudio de cofactores y condiciones del huésped que expliquen la historia natural de la infección y su relación con infecciones precursoras y Cáncer Cérvico Uterino. La predisposición genética, el estado inmune, la presencia de enfermedades subyacentes y otros numerosos factores juegan un papel importante en la expresión final de la enfermedad, por lo que se considera que la lesión precursora y el Cáncer Invasor tienen una etiología multifactorial. Existe evidencia convincente que los programas de tamizaje por medio de la citología cervical es una medida efectiva en la reducción de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino. El grado de disminución alcanzado en la mortalidad esta directamente relacionado con la proporción de la población que se somete a tamizaje. De hecho todos los estudios realizados a este respecto en el mundo, muestra que la detección oportuna del Cáncer, no solo disminuye la mortalidad sino que también reduce la incidencia. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los Programas del Control del Cáncer Cérvico Uterino, deben hacer el mayor énfasis en ampliar las coberturas de detección en las mujeres con edades entre 30 y 50 años, con controles rutinarios cada 2 o 3 años. Sin embargo, para países con tasas de incidencia y mortalidad altas como el nuestro, recomienda que el grupo de edad se extienda y la detección se inicie a partir de los 25 años, con una cobertura mínima del 70% y una óptima del 100% de las mujeres. Por tal motivo son necesarios programas de educación para pacientes y médicos encaminados a alentar la práctica de la prueba de Papanicolaou

Virus del Papiloma Humano

Los virus del papiloma humano (VPH), son un grupo de más de 100 tipos de virus, se les llama papilomavirus porque algunos tipos pueden causar verrugas, papilomas o condilomas, los cuales son tumores benignos y constituyen la ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) más común de causa viral. Aunque los VPH son transmitidos generalmente por contacto sexual, no se puede precisar cuándo ocurre la infección.

Los papilomavirus que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies son diferentes de los que causan formaciones en la garganta o en el área genital. Algunos tipos de los virus del papiloma humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer, hay otros VPH's que se han denominado como virus de "bajo riesgo" porque rara vez desarrollan cáncer. Los VPH que tienen más probabilidades de llevar al desarrollo de cáncer se conocen como virus de "alto riesgo".

Tanto los VPH de alto como de bajo riesgo pueden causar el crecimiento de células anormales, pero generalmente sólo los de alto riesgo pueden llevar al cáncer. Los VPH de alto riesgo que se transmiten por contacto sexual son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69 y posiblemente algunos otros.

Estos tipos de VPH de alto riesgo causan formaciones que son generalmente planas y casi invisibles, comparadas con las verrugas causadas por los VPH-6 y VPH-11, sin embargo, las infecciones del VPH generalmente son asintomáticas, desaparecen por sí solas en el transcurso de unos pocos años y no causan cáncer, aunque algunas veces la infección del VPH se mantiene por muchos años, pudiendo causar anomalías en las células y conservando su transmisibilidad.

Las verrugas en el ano o los genitales, o cerca de ellos pueden aparecer varias semanas después del contacto sexual con una persona que tenga la infección del VPH o es posible que se lleven meses o años en aparecer; o quizá, no aparezcan nunca.

Otros VPH's pueden causar formaciones planas anormales en el área genital y en el cuello del útero, las verrugas anogenitales causadas por papilomavirus humano tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33 y 35 tienen un período de incubación de uno a seis meses. Los subtipos de VPH que infectan primariamente el epitelio de la

vulva incluyen los tipos 6 y 11. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 51, 52 y 56 son menos comunes en la enfermedad vulvar, pero están involucrados en la displasia y el cáncer invasivo cervicales, en los que juegan un papel en la patogénesis.

Las infecciones verrugosas endocervicales dadas por los tipos 16 o 18 han sido diversamente implicadas como una causa de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de cáncer cérvicouterino (CaCu).

Los VPH tipos 16 y 18 no producen en general verrugas genitales externas, que suelen deberse a los tipos 6 y 11, muchas pacientes con VPH también tienen otras

infecciones de transmisión sexual.

La incidencia de neoplasia cervical intraepitelial en las mujeres infectadas por el VIH se incrementa a medida que disminuyen el recuento de CD4 y la función del sistema inmunitario. El 60% de las mujeres infectadas por el VIH tienen displasia cervical, demostrable mediante extensión de Papanicolaou, lo cual resalta la importancia que posee el cribado citológico y la colposcopia en el tratamiento de estas mujeres.

La patogenia de las neoplasias malignas asociadas al VPH en los pacientes infectados por el VIH puede estar en relación con los efectos de las oncoproteínas E6 y E7, presentes en los subtipos 16 y 18 del VPH, sobre los genes supresores de tumores p53 y RB, por otra parte, puede existir una interacción sinérgica entre el VPH y el VIH, de manera que se aumente la expresión génica a

través de factores transactivadores como el E2 y el gen TAT.

El cáncer de cuello uterino es más extenso y más difícil de curar en las mujeres VIH positivas que en las mujeres VIH negativas, la tasa de recidivas tras el tratamiento convencional es elevada.

Por otro lado, el carcinoma de pene se suele producir en los varones no circuncidados que no mantienen una buena higiene local. El VPH, sobre todo los subtipos 16 y 18, puede desempeñar un papel en algunos casos, se han descrito distintas lesiones premalignas con diferente presentación clínica, sobre todo la eritroplasia de Queyrat, la enfermedad de Bowen y la papulosis bowenoide. La eritroplasia de Queyrat y la enfermedad de Bowen evolucionan

hacia un carcinoma escamoso invasivo en el 5 al 10% de los pacientes, algo que no se ha descrito en la papulosis bowenoide.

Estas tres lesiones son prácticamente idénticas histológicamente y puede resultar más útil denominarlas neoplasia intraepitelial o carcinoma in situ.

Los estudios sugieren que el hecho de que una mujer padezca cáncer cervical depende de una variedad de factores que actúan junto con los VPH's de alto riesgo principalmente. La patología del VPH se ha relacionado con los hábitos sexuales, tanto como con los factores reproductivos, tales como la multiparidad, el inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años, múltiples parejas sexuales y la menarca tardía; así como en diversos estudios se ha encontrado correlación con tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y de estudios, antecedente de cual-

quier enfermedad de transmisión sexual y haber tenido uno o más partos vaginales para ser relacionados con displasia cervical.

El inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años incrementa el riesgo en 50%; existe una tendencia protectora tras el inicio tardío de la vida sexual activa.

Respecto al programa DOC, se evidenció que un número importante de mujeres solicitan los servicios cuando presentan síntomas. Los síntomas como sangrado disfuncional, metrorragia y leucorrea sanguinolenta suelen ser relevantes en mujeres con alto riesgo, más aún, de las mujeres que desarrollan cambios anormales en las células con tipos de alto riesgo de VPH, sólo un porcentaje pequeño desarrollará cáncer cervical si las células anormales no se extirpan. Los análisis de muestras de células del cuello uterino son una forma efectiva de identificar tipos de alto riesgo de VPH que pudieran estar presentes. La prueba de Papanicolaou involucra la recolección, preparación y examen de las células exfoliadas del cérvix uterino, y por ser un procedimiento rápido, no invasivo y relativamente barato, lo convierten en un procedimiento para uso masivo en la detección del cáncer y como método de seguimiento en mujeres con previas anormalidades. Sin embargo los resultados pueden variar tanto por errores en el muestreo, como en la interpretación y la variación apreciativa para separar los resultados positivos de los negativos; se debe hacer generalmente como parte de un examen ginecológico al menos una vez cada 3 años,

iniciando a los tres años de que hayan empezado con su vida sexual activa, pero no antes de los 21 años.

Aunque no hay actualmente cura médica para la infección de virus del papiloma, se puede dar tratamiento a las lesiones y verrugas causadas por estos virus.

Los métodos usados comúnmente para tratar las lesiones son la criocirugía, el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa caliente y la cirugía convencional, tratamientos similares pueden usarse para verrugas genitales externas además de medicamentos.

Investigadores del Instituto Nacional de Cancerología y en otras partes, están estudiando en qué forma los VPH causan cambios precancerosos en células normales y cómo pueden prevenirse estos cambios. Los investigadores están usando VPH's cultivados en el laboratorio para encontrar la forma de prevenir la infección y sus enfermedades relacionadas y para crear vacunas contra los virus. Las vacunas para ciertos virus del papiloma, tales como el VPH-16 y VPH-18, están siendo analizadas en estudios clínicos para la prevención del cáncer cervical; se han planeado estudios semejantes para otros tipos de cáncer.

Investigaciones en laboratorio han indicado que los virus del papiloma humano producen proteínas conocidas como E5, E6 y E7. Estas proteínas interfieren con las funciones celulares que normalmente previenen un crecimiento excesivo, razón por la cual se les conoce como oncoproteínas. Por ejemplo, la VPH-E6 interfiere con la proteína humana p53.

Esta proteína está presente en toda la gente y actúa para impedir que crezcan los tumores.

Esta investigación se está usando para desarrollar formas de interrumpir el proceso por el que la infección del VPH puede llevar al crecimiento de células anormales.

Se destaca la necesidad de realizar investigaciones en el campo de la causalidad

de los factores de riesgo; así mismo en sistemas de salud, para evaluar la calidad y el costo beneficio de los esquemas preventivos y de detección oportuna de CaCu y con ello dar respuesta, en ese campo, al mejoramiento en la calidad de vida de la mujer.

Cáncer cervicouterino y cáncer de vagina

Padecer de cáncer cervical o condiciones cervicales precancerosas (neoplasia intraepitelial cervical o displasia cervical) aumenta el riesgo de una mujer de contraer cáncer de células escamosas vaginales. Esto se debe a que los cánceres cervicales y vaginales tienen factores de riesgo parecidos, tales como la infección con HPV. Algunos estudios sugieren que las mujeres cuyo cáncer cervical fue tratado con radioterapia tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de la vagina, posiblemente porque la radiación pudiera haber dañado al ADN de las células vaginales. Sin embargo, otros estudios no han respaldado esta conclusión, y el asunto sigue sin resolverse en la actualidad.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado significa que hay un gran número de células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales. Del mismo modo que las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, estos cambios precancerosos comprenden sólo células en la superficie del cuello del útero. Estas células no se harán cancerosas y no invadirán las capas más profundas del cérvix por muchos meses, tal vez años. De aquí la importancia de las lesiones precursoras de cáncer cervico uterino.

México ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel mundial por cáncer cérvico-uterino. Cada dos horas fallece una mujer por esta enfermedad en la época más productiva de su vida a causa del descuido, ignorancia o atención tardía de este tipo de problema.

Por la dimensión que adquiere el cáncer cervical, aquellos abordajes para el manejo de este padecimiento deben considerar la recidiva de lesiones precursoras neoplásicas o del mismo cáncer en distintas áreas al cérvix y el útero como lo es la vagina.

II. Planteamiento del problema

Pregunta De Investigación

¿Existe relación entre la presentación de recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina en pacientes poshisterectomía con diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer cervico Uterino?.

III. Justificación

La elevada morbi-mortalidad que presenta el cáncer cervico uterino en la población, ha favorecido la vigilancia y tratamiento de aquellas entidades que favorecen la aparición de cáncer en el cervix uterino, sin embargo se han encontrado que en algunos pacientes se puede presentar procesos neoplásicos posterior al tratamiento quirúrgico, por lo que el estudio de la relación que existe entre las lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, permitirá una mejor comprensión de las complicaciones del padecimiento, permitirá la aplicación de terapias integrales y permitirá ofrecer a nuestros pacientes un mejor tratamiento y mejor pronóstico.

IV. Objetivos

General

- Determinar la existencia de la relación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Específicos

- Determinación de la incidencia de la aparición de casos de lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.
- Estimación del grado de relación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina en paciente con antecedentes de histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

V. Hipótesis

Existe diferencia entre los pacientes que presentaron lesiones precursoras de cáncer en vagina, previa histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino contra aquellas que no presentaron lesiones precursoras de cáncer en vagina previa , previa histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

VI. Metodología

7.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio de casos y controles, para lo cual se revisó los expedientes clínicos localizados de las libretas de cirugía de las pacientes hysterectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino desde el mes de enero de 2001 al mes de diciembre de 2005

Universo de estudio

Pacientes Hysterectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Grupo problema

Pacientes con lesiones precursoras de cáncer en vagina con antecedentes de hysterectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino

Criterios de selección

Criterios de inclusión de los casos:

- Paciente con lesión precursora de cáncer en vagina con antecedentes de hysterectomía por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino
- Encontrase anotado en las libretas de quirófano

Criterios de exclusión de los casos:

- No se aplicaron

Criterios de eliminación de los casos

- Falta de expediente clínico
- Datos incompletos en el expediente clínico

Criterios de inclusión de los controles:

- Paciente con antecedente de histerectomía por un diagnóstico diferente a lesiones precursoras de cáncer cervicouterino
- Encontrase anotado en las libretas de quirófano

Criterios de exclusión de los controles:

- No se aplicaron

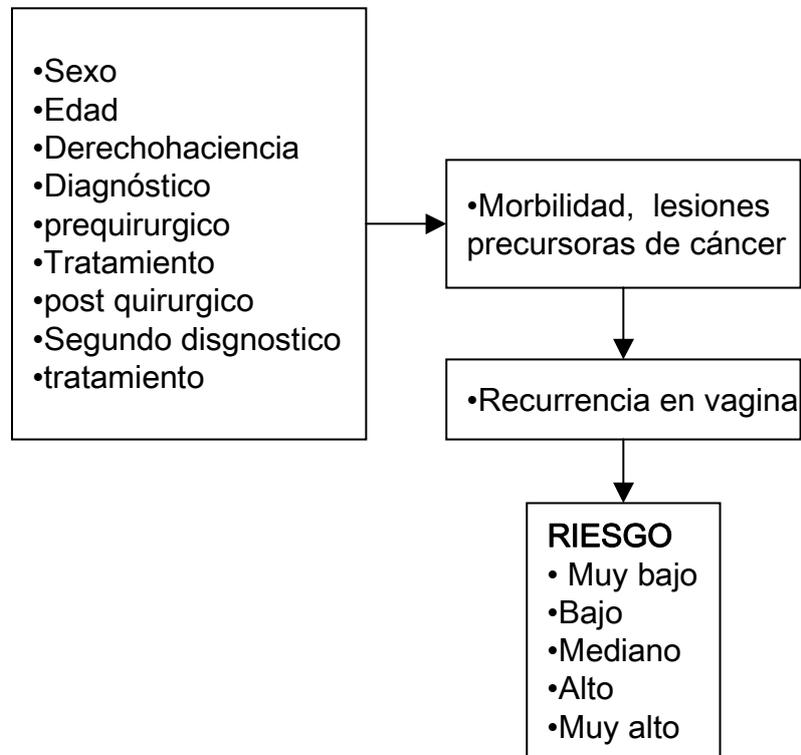
Criterios de eliminación de los controles

- Falta de expediente clínico
- Datos incompletos en el expediente clínico

7.5 Tamaño de la muestra

Pacientes Histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino del mes de enero de 2001 a diciembre de 2005

Marco conceptual



7.6 Variables

Para realizar este estudio se tomo en cuenta las siguientes variables obtenidas tanto de las libretas de quirófano como de los expedientes de los pacientes.

- ✓ No. De derechohabiencia
- ✓ Iniciales del nombre
- ✓ Edad
- ✓ Inicio de vida sexual activa
- ✓ No. de partos
- ✓ No. de abortos
- ✓ No. de Cesáreas
- ✓ Diagnóstico prequirúrgico
- ✓ Fecha de cirugía

- ✓ Tratamiento post quirúrgico
- ✓ Fecha del segundo diagnóstico
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Tratamiento del segundo diagnóstico

VARIABLE DEPENDIENTE

Aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina

Definición	Se refiere a la aparición de lesiones precursoras en cáncer en la vagina, ya sea que estas han sido diagnosticadas de forma clínica o por medios histopatológicos
Operacionalización	Diagnóstico de cualquier lesión precursora de cáncer reportado en los expedientes de las pacientes hysterectomizadas por lesiones precursoras de cáncer en cervix.
Escala	Cualitativa, nominal

VARIABLE INDEPENDIENTE

Histerectomía por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

Definición	Se refiere a la aparición de lesiones precursoras de cáncer las cuales condujeron a la realización de una histerectomía como tratamiento.
Operacionalización	Histerectomía realizada a paciente por lesión precursora de cáncer cervico uterino, registrada en las libretas de quirófano.
Escala	Cualitativa, nominal

No. De derechohabencia

Definición	Número asignado por el ISSSTE con criterios de identificación del paciente así como de su estatus de derechohabencia
Operacionalización	Número registrado en las libretas quirúrgicas y expedientes clínicos
Escala	Cualitativa, nominal

Iniciales del nombre

Definición	Primera letra de nombre y apellidos del paciente
Operacionalización	Iniciales del nombre registrado en el expediente clínico
Escala	Cualitativa, nominal

Edad

Definición	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la recolección del dato
Operacionalización	Edad en años cumplidos registrada en el expediente
Escala	Cuantitativa, discreta

Inicio de vida sexual activa

Definición	Edad en la que se comenzó a la mantener relaciones sexuales
Operacionalización	Edad registrada en el expediente en años cumplidos
Escala	Cuantitativa, discreta

No. de partos

Definición	Número de nacimientos de productos vivos por el canal de parto
Operacionalización	Número de partos registrados en el expediente
Escala	Cuantitativa, discreta

No. de abortos

Definición	Número de productos que no pesaron mas de 500 gramos o no cumplieron al menos 20 semanas de gestación
Operacionalización	Número de abortos registrados en el expediente clinico
Escala	Cuantitativa, discreta

No. de Cesáreas

Definición	Número de nacimientos de productos, por vía abdominal por medio de una intervención quirúrgica
Operacionalización	Número de cesáreas registradas en el expediente
Escala	Cuantitativa, discreta

Diagnóstico prequirúrgico

Definición	Diagnostico presuntivo por el cual es realizada la intervención quirúrgica
Operacionalización	Diagnostico registrado en los expedientes de cada paciente
Escala	Cualitativa, nominal

Tratamiento post quirúrgico

Definición	Intervención realizada en la paciente posterior a su tratamiento quirúrgico encaminado a la curación o mejoría de la paciente
Operacionalización	Tratamiento al que fue sometido el paciente posterior a su intervención quirurgica
Escala	Cualitativa, nominal

Segundo Diagnostico

Definición	Diagnostico realizado como entidad patológica de parición posterior a la histerectomía en la paciente.
Operacionalización	Registro clínico o patológico de la paciente registrado en la libreta de cirugía y/o en su expediente clínico
Escala	Cualitativa, nominal

Tratamiento del segundo diagnostico

Definición	Abordaje medico y/o quirúrgico con la que se dio atención a la paciente de un diagnostico secundario al que motivo l histerectomía
Operacionalización	Atención medico quirúrgica a la paciente con recurrencia de lesiones precursoras de cáncer
Escala	Cuantitativa, discreta

7.7 Fuentes de información

Los datos para el análisis de obtuvieron de las siguiente fuentes.

- Libretas de quirófano de obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE
- Expedientes clínicos de los pacientes

Plan de análisis

Se realizara la obtención de la Razon de momios para determinar la existencia del riesgo de presentación de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino en aquellas pacientes con antecedentes de haber presentado histerectomía por lesiones precursoras de cáncer en cervix uterino.

Se determinará su significancia estadística así como los intervalos de confianza en que se desplace nuestro estimador

VIII. Resultados

Análisis descriptivo

Se analizaron un total de 138 pacientes de los cuales todos habían sido sometido a histerectomía.

Para el total de las pacientes la edad promedio fue de 50.25 años, mientras que se encontró que la edad promedio de las pacientes en que se presentó recurrencia de cáncer o lesiones precursoras en vagina fue de 50.29 años mientras que en las pacientes que no presentaron recurrencia fue de 49.86

Tabla No. 1 Edad promedio de pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio	%
138 pacientes (total de la muestra)	50.25	100
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	50.29	44.9
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	49.86	5.0

El inicio de la vida sexual activa de todas las pacientes de la muestra fue en promedio a los 20.46 años de edad, manteniendo para el grupo de edad de pacientes con recurrencia una media de 20.0 años y de 20.52 años de edad para el grupo de pacientes donde no se encontró recurrencia como puede pareciarse en la tabla No 2.

Tabla No. 2 Edad de inicio de vida sexual activa en pacientes hysterectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio	%
138 pacientes (total de la muestra)	20.46	100
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	20.52	44.9
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	20.00	5.0

El número de partos promedio para todas las pacientes de la muestra fue de 2.74 de 3.29 para las pacientes en que se presentó recurrencia de cáncer en vagina y de 2.6 para las pacientes con hysterectomía en donde no se presentó recurrencia (tabla3)

Tabla No. 3 Número promedio de partos en pacientes hysterectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio	%
138 pacientes (total de la muestra)	2.74	100
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	2.6	44.9
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	3.29	5.0

El número de abortos promedio para el total de las pacientes de la muestra fue de 0.38 de los casos con recurrencia de cáncer en vagina fue de 1.0 y en las pacientes donde no hubo recurrencia fue de 0.0 (tabla4)

Tabla No. 4 Número promedio de abortos en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio	%
138 pacientes (total de la muestra)	0.38	100
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	0.0	44.9
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	1.0	5.0

En el número de cesareas se puede observar que existe un promedio de 0.46 cesareas para el total de la muestra, de 0.57 para las mujeres donde se presentó recurrencia y de 0.31 para las mujeres donde no se presentó recurrencia en vagina de lesiones precursoras de cáncer tal y como se observa en la tabla número 5.

Tabla No. 5 Número promedio de cesareas en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio	%
138 pacientes (total de la muestra)	0.46	100
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	0.31	44.9
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	0.57	5.0

El tiempo que promedio que transcurrió entre la fecha de histerectomía y el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer en vagina fue de 13.42 meses sin embargo la recurrencia de lesiones en vagina ocurrió con mayor frecuencia a los 6 meses, como se muestra en el gráfico No 1 y la tabla No 6

Tabla No. 6 Periodo de tiempo en que se presentó la recurrencia entre los pacientes con lesiones precursoras de cáncer .

Meses en que se presentó la recurrencia	Frecuencia (número de casos)	%
6 meses	3	42.85
8 meses	2	28.57
18 meses	1	14.28
42 meses	1	14.28
Total	7	100

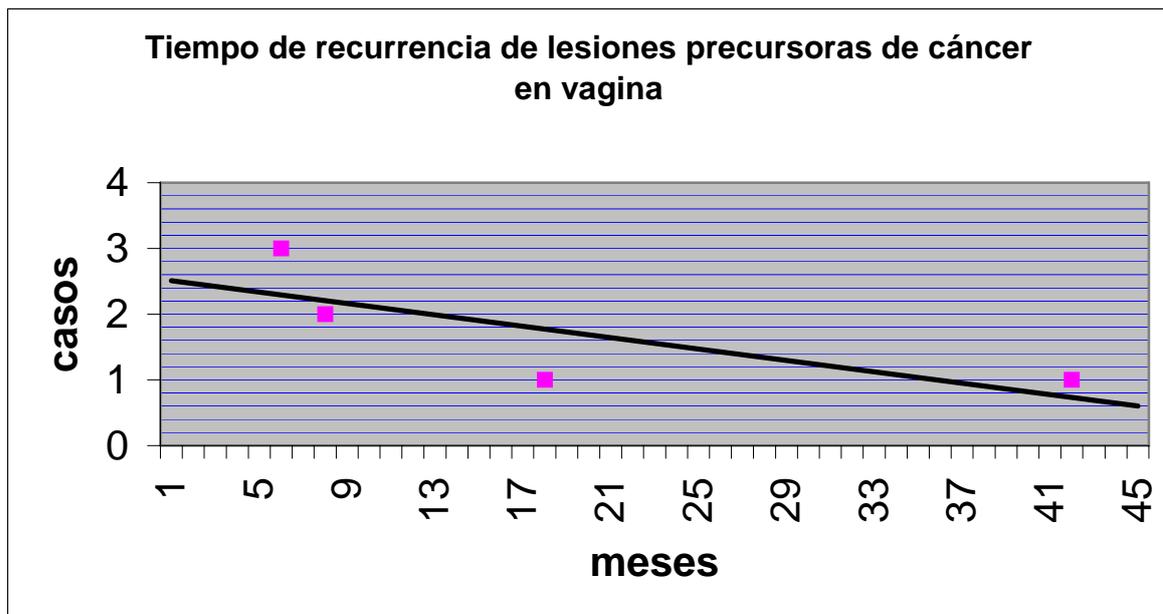


Grafico No.1 Tiempo transcurrido entre la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina y su histerectomización por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino.

se realizó una correlación para si existía algún cambio durante el periodo de tiempo y la aparición de recurrencias encontrándose una r^2 de 0.5596 y una $y = -0.0433x + 2.4519$

Los diagnósticos para la realización de histerectomía debida a lesiones precursoras fueron 30.4% de lesión intraepitelial de alto grado y un 69.5% de cómo se muestra en la figura No 2

Diagnóstico prequirúrgico

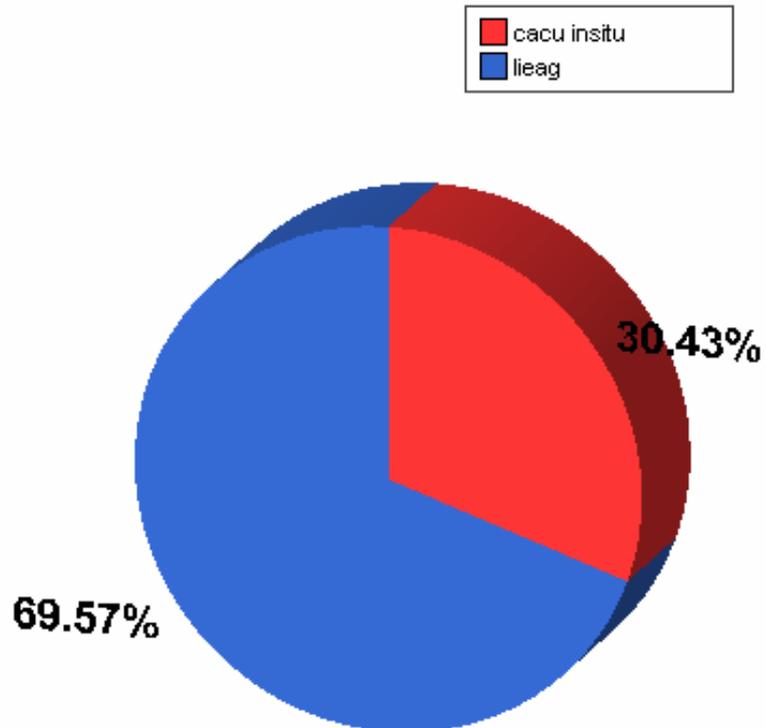


Grafico No.2 Diagnostico prequirúrgico de pacientes con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Análisis Bivariado

Se realizó la determinación de la razón de momios para conocer si existió relación entre las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tratadas con histerectomía y la aparición de cáncer recurrente en vagina encontrando, una

Razón de Momios de 7.8 con intervalos de confianza que se movían entre el 0.91 y 170.75, así mismo se encontró un valor de Chi de mantel y Haenszel de 4.74 con una p de 0.029 como se observa en la tabla No 7

Grafico No.7 Medidas de asociación de pacientes con lesiones precursoras de cáncer en vagina con el antecedente de histerectomomía por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

Medida	Valor
RM	7.8
Intervalo de confianza superior (95%)	0.91
Intervalo de confianza inferior (95%)	170.75
Chi de Mantel y Haenszel	4.74
P	0.029

IX. Discusión

De los resultados obtenidos en el análisis descriptivo del presente trabajo encontramos que la edad promedio es prácticamente la misma para los grupos de pacientes que presentaron la recurrencia y para aquellos en donde esta no apareció, se realizó el cálculo de una diferencia de medias (prueba z) para intentar controlar el sesgo o el grado de distorsión que a todos los estudios agrega la variable edad, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de edad de los pacientes donde se presentó la recurrencia de cáncer en vagina respecto del grupo que no sentó este evento, por lo que podemos decir que la edad no fue factor

confusor para la el hallazgo de causalidad entre el padecimiento y el factor de riesgo postulado.

Tampoco se pudieron observar diferencias significativas de el número de embarazos y partos entre los grupos, sin embargo fue importante encontrar que para el caso de los abortos, si se observaron diferencias ya que cuando el promedio para los grupos que no presentaron recurrencia de lesiones precursoras de cáncer fue de 0, pero para el caso de aquellas en que si se encontraba la recurrencia en cáncer de vagina este fue de 1.

En lo respectivo al tiempo en que se atendió las lesiones precursoras de cáncer cervico uterino por medio de la histerectomía y el momento en que se presentó nuevamente la recurrencia en vagina encontramos que el tiempo promedio fue de 13.42 meses.

Estos datos fueron graficados y fue posible observar una posible declinación de recurrencias respecto del tiempo transcurrido entre el primer y el segundo diagnostico, encontrándose una aparente correlación inversamente proporcional de que al aumento del tiempo menor la frecuencia de aparición de recurrencias.

Por lo que se opto por realizar una prueba de correlación encontrándose una r^2 de 0.5596 por lo que prácticamente no existe relación alguna además se calculo la pendiente encontrando una $y =$ de $-0.0433x$ a $+2.4519$ lo que nos permite pensar que es solo un artefacto, es decir una impresión gráfica esta aparente disminución de casos respecto al paso del tiempo.

En el caso del diagnostico que llevo a la histerectomía a las pacientes se observo que tanto la lesión intra-epitelial de alto grado como en cáncer insitu fueron los únicos dos diagnósticos y no existe relación aparente entre estas entidades y la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina, y el que la Lesión intraepitelial de alto grado sea el diagnostico más frecuente tiene que ver más con el momento del diagnostico que por el grado de relación existente entre este y las recurrencias.

Finalmente se realizó la determinación de la razón de momios para conocer la existencia de causalidad entre las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tratadas vía la histerectomía y de la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina y encontramos que aquellas mujeres que tenían el antecedente de haber sido histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervicouterino es decir que poseían el factor de riesgo tuvieron 6.8 veces más el riesgo de presentar recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina que aquellas pacientes que no presentaron este antecedente.

Sin embargo encontramos que en nuestros intervalos de confianza calculados al 95% nuestro valor inferior si tocaba la unidad y esto se contrapone al principio que una exposición no puede ser a la vez factor de riesgo (170.75) y factor protector (0.91) por lo que tuvimos que apoyarnos en el resultado de las pruebas de significancia estadística donde encontramos una Chi de mantel y Haenszel de 4.74 que se encuentra por arriba del valor crítico que para al 95% es de 1.96 entonces podemos decir que a pesar que nuestro valor menor obtenido del calculo del intervalo de confianza no afecta al estimador, ya que aun nuestra p de 0.029 nos permite sustentar que nuestros datos son significativos.

Por otro lado es importante y de llamar la atención que nuestro valor superior del intervalo de confianza es de 170.75, ya que el valor máximo calculado para nuestro estimador haría mas de 100 veces (169.75) el riesgo de tener el evento dado que se tiene el factor de riesgo.

Con estos datos podemos sustentar que este efecto esta dado más por el tamaño de la muestra que por que no tenga significancia estadística.

A pesar de intentar controlar el efecto del tamaño de la muestra esto fue relativamente complicado ya que no fue posible aumentar la muestra no solo por alguna consideración, económica o de tiempo, si no por que como describimos anteriormente, este estudio se realizó con el total de los casos registrados por lo que sería muy complicado aumentar esta muestra.

En cualquiera de los casos esto no afecta la orientación de este estudio, ya que la representatividad se la da el hecho de haber contado con el total de la muestra, sin embargo se calculó la beta con el programa estadístico epi 6 para poder decir a que porcentaje del universo en estudio se representa y se encontró que con una prevalencia de 0.01 del factor de riesgo nuestro estudio tiene una representación, es decir una beta de 0.62 por lo que no siendo esta superior al 0.80, no es representativa de una proporción importante de nuestra población y la potencia es pequeña.

Empero los resultados obtenidos nos permiten pensar que si existe una relación entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer en vagina y la presencia de lesiones precursoras de cáncer cervicovaginal tratado con histerectomía.

X. Conclusiones

Podemos concluir que nuestra hipótesis nula es rechazada, ya que con un 95% de confianza podemos afirmar que si existe relación causal entre la aparición de lesiones precursoras de cáncer de vagina y el antecedente de haber cursado con lesiones precursoras de cáncer cervico uterino tratadas con histerectomía

Existe una gran preocupación por pensar que existe una relación entre estas recurrencias y el la eficiencia de las técnicas de histerectomía (en el caso de este trabajo el total de estas fueron histerectomías totales abdominal faciales), y que es un mal abordaje lo que facilita la aparición de recidivas en las pacientes. Sin embargo para poder llegar a esta afirmación sería necesario otro estudio, ya que en el presente no solo no era esta variable la que se intentaba demostrar si no que sería necesaria la implementación de otro modelo de abordaje y análisis.

El ISSSTE invierte una gran cantidad de recurso humanos y económicos en la atención de su derechohabiente, por lo que es importante el conocer este dato, ya que a pesar que los resultados de este trabajo no son suficientes para orientar por completo no solo nuevas formas de abordaje y estudio si significan un aporte al conocimiento y la historia natural de este dentro de la población derechohabiente.

El seguimiento de casos adquiere una gran relevancia por lo demostrado en este estudio , ya que es posible la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer y por esta circunstancia se vuelve imprescindible, la sensibilización de los pacientes y el amplio manejo de información que en forma accesible debemos darle a conocer, ya que si bien son pocos proporcionalmente los casos donde se presentan recurrencia, estos existen y el no poner sobre aviso a nuestros pacientes puede hacerlos confiarse y volver donde la atención

especializada una vez que se han instalado procesos oncológicos que requieren de un abordaje más agresivo.

Por otra parte esto permitirá al personal médico no estar expuesto a consecuencias legales por falta de información, ya que una vez descubierto el velo, de que es posible una nueva aparición de lesiones precursoras de cáncer el paciente no interpretará como negligencia o falta de pericia del médico la causa de aparición de nuevas lesiones.

XI. Limitantes y Recomendaciones

Existen limitantes importantes para el desarrollo de este tipo investigaciones ya que el número de casos es limitado y no necesariamente se encuentran disponibles de manera rápida todos los expedientes de los cuales recoger información.

La falta de tiempo también es importante para la búsqueda y recolección de datos, ya que no se dispone por estar comprometidos de manera previa con la atención de los pacientes, sin embargo cualquier aportación que se realice en este sentido será perfectamente aprovechada.

La recomendación más importante sería la del aumento de la muestra por medio de la implementación de este estudio de manera multicéntrica, ya que el ISSSTE cuenta con varios hospitales regionales, lo cual permitiría una mayor representatividad y a la vez daría al ISSSTE una panorámica completa y representativa de su población derechohabiente respecto de este padecimiento.

XII. Referencias Bibliográficas

Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of highgrade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(18):1406–1414.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002; 51(RR-6).

Chu NR. Therapeutic vaccination for the treatment of mucosotropic human papillomavirus-associated disease. *Expert Opinion on Biological Therapy* 2003; 3(3):477–486.

Dimas Hernández Aten Efraín A. Medina Villaseñor, Ricardo A. Ybarra Yee María de los Ángeles Hernández et, al Radical hysterectomy in recurrent cervical cancer after primary radiation therapy. *Gamo* Vol. 4 Núm. 6, Nov-Dic 2005

Del Mistro A, Chieco Bianchi L. HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *European Journal of Cancer* 2001; 37:1227–1235.

Hernández S R, Fernández C C, Baptista L P. *Metodología de la Investigación*. Mc Graw – Hill. 2º edición. México 1998.

Kruger SK., Brinton L. Adenocarcinomas of the uterine cervix: The epidemiology of an increasing problem. *Epidemiologic Reviews* 1993; 15(2): 486-498.

Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine* 2003; 348(6):518–527.

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuarios de morbilidad 2004

Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística. 2 (18): 2004

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2000 México 2000

Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, et al. HPV DNA testing in cervical cancer screening: Results from women in a high-risk province of Costa Rica. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(1): pp 87–93.

XIII. INDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

Tablas:

Tabla No. 1 Edad promedio de pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio
138 pacientes (total de la muestra)	50.25
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	50.29
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	49.86

Tabla No. 2 Edad de inicio de vida sexual activa en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio
138 pacientes (total de la muestra)	20.46
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	20.52
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	20.00

Tabla No. 3 Número promedio de partos en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio
138 pacientes (total de la muestra)	2.74
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	2.6
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	3.29

Tabla No. 4 Número promedio de abortos en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio
138 pacientes (total de la muestra)	0.38
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	0.0
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	1.0

Tabla No. 5 Número promedio de cesareas en pacientes histerectomizadas por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

n	Promedio
138 pacientes (total de la muestra)	0.46
62 pacientes (pacientes sin recurrencia)	0.31
7 pacientes (pacientes con recurrencia)	0.57

Tabla No. 6 Periodo de tiempo en que se presentó la recurrencia entre los pacientes con lesiones precursoras de cáncer .

Meses en que se presentó la recurrencia	Frecuencia (número de casos)
--	-------------------------------------

6 meses	3
8 meses	2
18 meses	1
42 meses	1
Total	7

Grafico No.7 Medidas de asociación de pacientes con lesiones precursoras de cáncer en vagina con el antecedente de histerectomomía por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino

Medida	Valor
RM	7.8
Intervalo de confianza superior (95%)	0.91
Intervalo de confianza inferior (95%)	170.75
Chi de Mantel y Haenszel	4.74
P	0.029

Gráficas

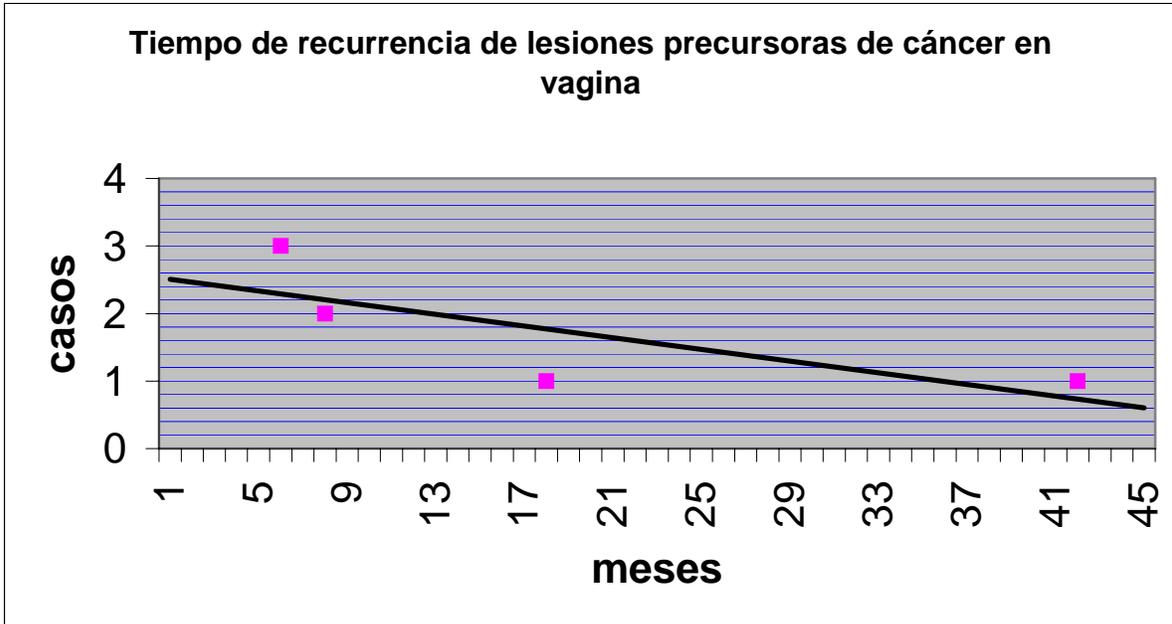


Grafico No.1 Tiempo transcurrido entre la recurrencia de lesiones precursoras de cáncer en vagina y su histerectomización por lesiones precursoras de cáncer cervico uterino.

Diagnóstico prequirúrgico

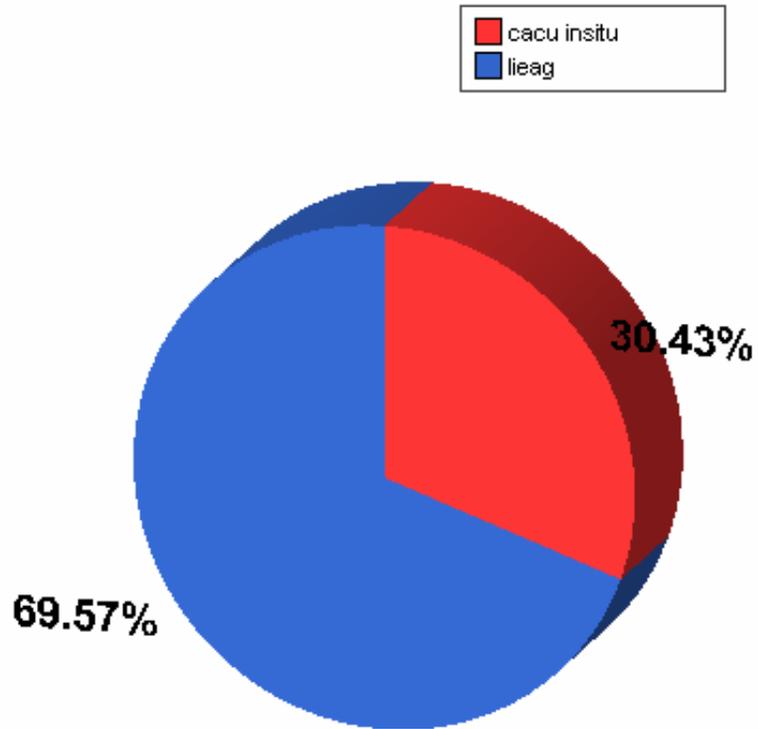


Grafico No.2 Diagnostico prequirúrgico de pacientes con lesiones precursoras de cáncer cervico uterino.

XIV. ANEXOS