

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**“HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
O.D.”**

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE ALTO
RIESGO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DEL AÑO 2004 AL
2008**

**P R E S E N T A
DR. EDUARDO NIETO VÁZQUEZ**

**ASESOR DE TESIS
DR. SERGIO BRUNO MUÑOZ CORTÉS**



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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis Padres y hermanos, mi razón de vivir, por estar toda la vida conmigo, por su apoyo incondicional, por quererme tanto.

Gracias Dr. Antonio Guerrero por su comprensión, por sus enseñanzas, por todo.

Dra. Rocío Guerrero, Gracias por todas las enseñanzas que me ha proporcionado, por la confianza depositada en mí persona, pero sobre todo Gracias por ser una gran amiga.

Gracias Dr. Sergio B. Muñoz por sus enseñanzas y gracias por su amistad.

Gracias a Manuel Villegas por su apoyo incondicional de toda la vida, gracias por tus consejos, y por la confianza que siempre depositaste en mí, pero sobre todo por enseñarme una palabra clave en mi vida **“ACTITUD”**, actitud con las pacientes, con el trabajo, con la enseñanza, actitud ante la vida. Mil Gracias por ser mi amigo.

Gracias a Lola, gran amiga de la residencia, por tus enseñanzas, por tu temple, por ser mi amiga.

Gracias Fisz e Ixchel por ser grandes hermanas, por ser grandes amigas y por permitirme ser parte de su vida.

Gracias a mis compañeros residentes de guardia: Bety Martínez, Bruno Grifaldo, Jessi Valdés, Ndahita Ramírez, Arturo Díaz, Karina Ledesma, Alejandro Rodríguez, Morelia Vallejo, Ana Laura Calleja, Karla Moreno, Elizabeth Gómez, José Manuel García Wrooman, Diana Tiro y Paola Martínez. Gracias por ser mi Segunda Familia, y ser una GRAN FAMILIA. Por crecer con ustedes, realmente los extrañaré mucho.

**Gracias
A mis Padres
A mis Hermanos
A mi Guardia
A mis Amigos**

ÍNDICE

	Pág.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	6
HIPÓTESIS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	7
DISEÑO Y DURACIÓN.....	7
POBLACIÓN.....	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	8
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9

HISTORIA DE LA COLPOSCOPÍA.....	9
COLPOSCOPÍA Y EMBARAZO.....	9
APLICACIONES DE LA COLPOSCOPÍA.....	11
RESULTADOS.....	18
ANÁLISIS.....	32
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pacientes embarazadas se encuentran en un estado de inmunodepresión fisiológico, si además cuentan con una patología agregada, aumenta el riesgo de infecciones a nivel cervical y con esto elevación de complicaciones durante el embarazo.

JUSTIFICACIÓN

Conocer los hallazgos colposcópicos de pacientes embarazadas que se encuentran internadas en embarazo de alto riesgo por diferentes patologías, para dar tratamiento específico a la patología cervical, así como el seguimiento posterior al mismo.

HIPÓTESIS

Las pacientes con embarazo complicado, tienen mayor riesgo de tener infecciones a nivel cervical por el estado de inmunosupresión fisiológica que se tiene durante el embarazo y por sus factores de riesgo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de patología cervical que tienen las pacientes embarazadas de alto riesgo en el Hospital General de México del año 2004 al 2008.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer los hallazgos colposcópicos más frecuentes en pacientes embarazadas de alto riesgo.

Conocer la patología cervical que se asocia a las pacientes con embarazo de alto riesgo.

Conocer los principales factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino en pacientes con embarazo de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DEFINICIÓN DE VARIABLES

DISEÑO Y DURACIÓN

Es un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo con duración de cinco años, iniciando el primero de enero del 2004 y termina el treinta y uno de diciembre del 2008.

Se estudiaron 598 pacientes que se encontraban hospitalizadas por una complicación del embarazo en la unidad 112, Ginecología y Obstetricia (Perinatología) a las cuales se les realizó colposcopia en la clínica de colposcopia.

Se estudiaron las siguientes variables

VARIABLES CUANTITATIVAS DISCRETAS

- Edad de la paciente
- Número de parejas sexuales
- Inicio de vida sexual activa

VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL

- Edad gestacional (primero, segundo y tercer trimestre)

VARIABLES CUALITATIVAS DICOTÓMICAS (POSITIVO O NEGATIVO)

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Diabetes mellitus
- Infección por virus del papiloma humano
- Lesión intraepitelial de bajo y de alto grado
- Cervicovaginitis
- Amenaza de parto pretérmino
- Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo

VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL

- Hallazgos colposcópico

POBLACIÓN

Mujeres embarazadas hospitalizadas en el servicio de Perinatología, que hayan acudido al área de colposcopia del Hospital General de México para realización de estudio colposcópico durante el periodo comprendido entre el primero de enero del 2004 al treinta y uno de diciembre del 2008.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes embarazadas hospitalizadas en alto riesgo que hayan acudido a realizarse estudio colposcópico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes embarazadas no hospitalizadas.
Pacientes no embarazadas.

MARCO TEÓRICO

COLPOSCOPÍA Y EMBARAZO HISTORIA DE LA COLPOSCOPÍA²

La colposcopia nació por obra de Hans Hinselmann, su lugar de nacimiento fue Neumunster (Holstein) en 1884. Se inscribe en la Universidad de Kiel en 1908. En 1921, cuando es profesor extraordinario en la universidad de Hamburgo, comienza los estudios para observar mejor la portio. Con ayuda de técnicos de la firma Leitz pone el primer colposcopio. En 1925 publica el primer artículo sobre colposcopia.

En 1928 Schiller demuestra que el carcinoma de cuello uterino no contiene glucógeno. Hinselmann introduce la prueba con yodo en colposcopia. En 1938 introduce la prueba con ácido acético. En 1946 es juzgado por un tribunal de guerra ingles es condenado y suspendido por haber avalado la esterilización forzada de internados nazis. En 1949 obtiene su jubilación a los 65 años, muere en Hamburgo en 1959. Estaba convencido de que la utilización de un auxiliar óptico permitiría un diagnostico mas exacto. Además describió una serie de lesiones asociadas con el carcinoma invasor y haber dado el significado de las lesiones precancerosas. Clasifico estas lesiones en atipias epiteliales simples y atipias epiteliales agravadas.

La colposcopia nació en Alemania en 1924, se difundió lentamente en este país. En 1960 Bret y Coupez publican el primer libro francés de colposcopia, en ese mismo año Bolten publica en E.U. En 1972 se funda en Mar de Plata la internacional Federation for cervical Phatology and colposcopy (IFCPC). En 1970 se aceptó la colposcopia de segundo nivel después de un examen citológico anormal.

La colposcopia ha presentado en el curso de los años mas precisión de sus posibilidades diagnosticas y aplicación practica, hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo. Es importante en el diagnóstico precoz del carcinoma de cérvix, así como también para la profilaxis de la enfermedad. El estudio colposcópico estudia in vivo el comportamiento biológico del revestimiento epitelial del cuello uterino. Localizar con exactitud las muestras para biopsia dirigida, efectuar con mayor precisión tratamientos locales. Evidenciar después del tratamiento, con la aplicación de ácido acético al 5% y lugol la persistencia de las lesiones precursoras. En los ultimo años ha encontrado la posibilidad de estudiar la topografía de la unión escamo cilíndrica mediante el empleo de la micro colposcopia en pacientes postmenopáusicas o en colposcopias insatisfactorias por atrofia.

Colposcopia

Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.¹

Colposcopia no satisfactoria

Cuando no se puede visualizar la unión escamo columnar o los límites de la lesión en el cuello uterino.¹

Factor de riesgo

Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.¹

Displasia

Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.¹

Biopsia

Proceso de extracción de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo, para examen microscópico con fines de diagnóstico histopatológico.¹

Histopatología

Estudio microscópico y macroscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.¹

Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG)

Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia colocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/NIC 1.¹

Lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG)

Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones identificadas como displasia moderada, grave y carcinoma in situ/NIC 2-3.

Sistema de clasificación Bethesda

Nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical, colposcopia y estudio histopatológico.¹

Virus del Papiloma Humano

Microorganismos pertenecientes a la familia de los papilloma-viridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo celular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.¹

Zona de transformación

Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplásico.¹

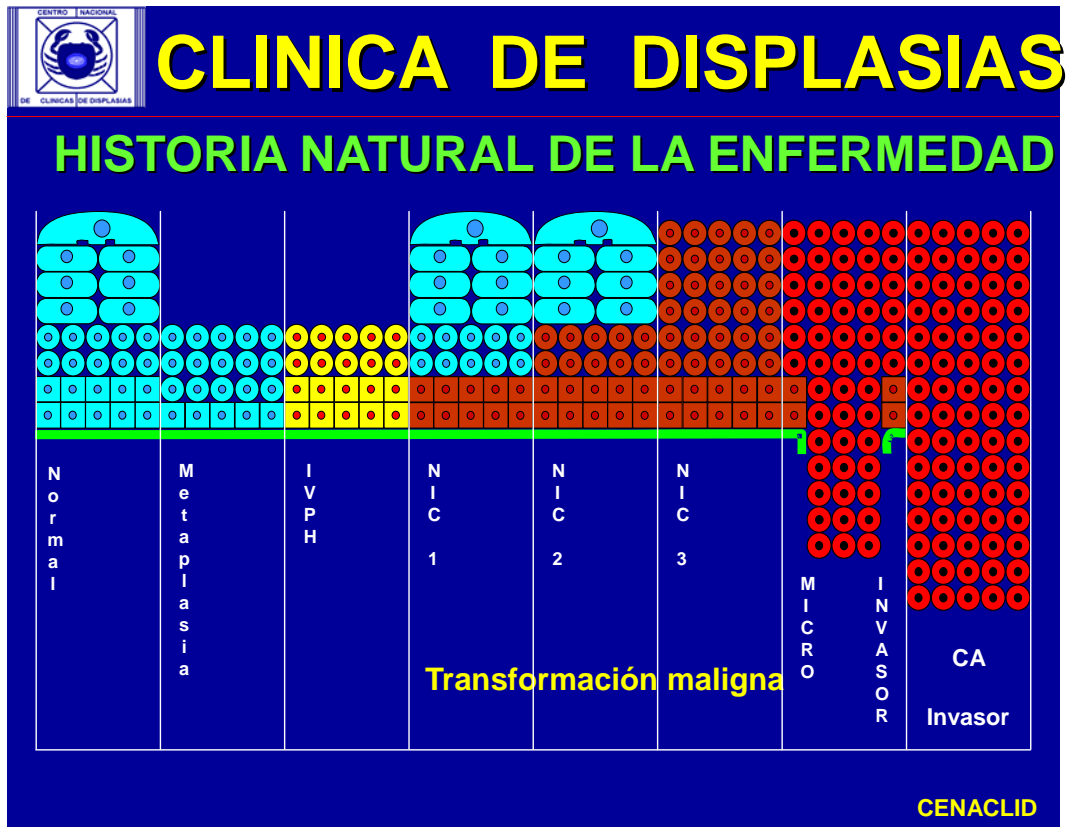
APLICACIONES DE LA COLPOSCOPÍA⁴

Indicaciones

- Valoración de pacientes con citología anormal.
- Estudio diagnóstico en las pacientes sintomáticas.
- Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical.
- Apreciación de la respuesta a tratamiento con estrógenos.
- Vigilancia de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) durante el embarazo.
- Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas con terapéutica conservadora.
- Diagnóstico de las infecciones virales.
- Diagnóstico de patología vulvar.
- **Las indicaciones para realizar colposcopia en pacientes embarazadas, son las mismas que en la paciente no embarazadas**

El examen colposcópico describirá lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue¹:

1. Sin alteraciones
2. Alteraciones inflamatorias inespecíficas
3. Lesión intraepitelial de bajo grado
4. Lesión intraepitelial de alto grado
5. Lesiones sugestivas de invasión
6. Cáncer invasor
7. Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, deciduosis, pólipo)



Cambios colposc6picos del cuello uterino durante el embarazo^{2,4}

Aumento del patr3n vascular, patr3n vascular decidual at3pico, polipoide, patr3n de punteado y mosaico fino dentro de la metaplasia que puede ocasionar diagn3stico err3neo de las lesiones.

Los cambios que se dan en el Ectoc3rvix son resultado del aumento de estr3genos, produciendo tinte azul por aumento de la vascularidad, mayor volumen cervical por hipertrofia del estroma fibromuscular.

En el Endoc3rvix el conducto endocervical se evierte, principalmente en prim3paras, mientras que el conducto endocervical est3 abierto, sobretodo en multiparas. Hay metaplasia escamosa importante del epitelio evertido expuesto a la acidez vaginal.

Cuadros colposc6picos durante el embarazo

Modificaciones macrosc6picas

- Hipertrofia
- Congesti3n
- Cianosis

Modificaciones microsc6picas

- Epitelio pavimentoso
 - Proliferaci3n del estrato intermedio
 - Hiperactividad de las c3lulas basales
- Epitelio glandular
 - Hiperplasia e hipertrofia
 - Metaplasia
- Evidente vascularizaci3n superficial, con vasos finos, de calibre y ramificaciones regulares con fino punteado difuso y fino reticulado.
 - Estroma Hipervascularizaci3n
 - Edema
 - Decidualizaci3n

Transformaci3n anormal

- Cuadros histol3gicos benignos pueden interpretarse como sospechoso
- El epitelio blanco grav6dico aparece como un 3rea de superficie irregular sobreelevada, falsamente engrosada, aspecto de mosaico causado por dilataci3n de vasos, edema y decidualosis.

Deciduosis

- Cuadro colposcópico mas peculiar del embarazo, con "Aparición a nivel del estroma cervical de modificaciones que pueden asimilarse a las que fisiologicamente se producen a nivel endometrial durante el embarazo".
- Esta presente en 30% de colposcopías realizadas en la gravidez. Aparece alrededor de la 12 semanas de gestación.

Deciduosis subpavimentosa

- Fenómeno plurifocal, en anillo incompleto, localizada en la unión escamocilíndrica, según su profundidad o exuberancia puede ser plana o nodular o vegetante ésta es una área roja congestionada mas o menos elevada a veces ulcerada, frágil.

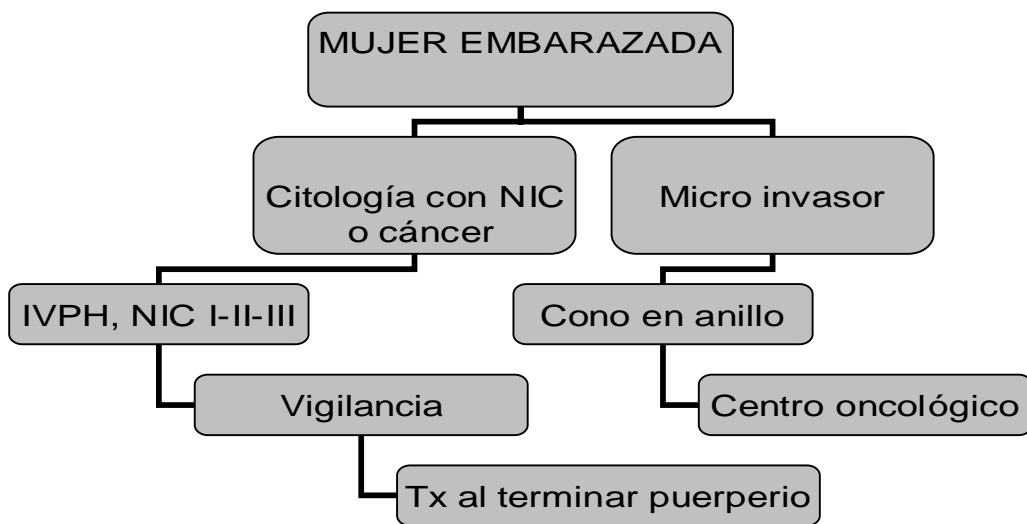
Deciduosis subcilíndrica

- Acentúa las características del ectropión gravídico, determinando una hinchazón de las papilas que aparecen rojas y congestivas después de aplicar solución fisiológica y blanco amarillentas con el ácido acético. Es muy frágil, presenta erosiones y sangrado.

"La valoración colposcópica postgravídica se efectuará preferentemente en condiciones de relativa estabilidad hormonal, es decir, cuando se haya restablecido la menstruación regular".

Las pacientes embarazadas que presenten citología con lesión intraepitelial de bajo grado, de alto grado y cáncer invasor, pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio¹

APENDICE NORMATIVO D¹
Embarazada y Citología



APENDICE NORMATIVO D¹
Embarazada y Citología
LEIBG, LEIAG



Si no existe lesión, la paciente se revalorará a las 12 semanas del nacimiento del producto. Pacientes con citología de cáncer invasor serán enviadas a un servicio o Centro Oncológico.

Cuando se tenga la confirmación histopatológica de lesión intraepitelial de bajo y alto grado. Las pacientes embarazadas permanecerán en vigilancia con citología y colposcopia cada doce semanas y se programará su revaloración a las doce semanas de ocurrido el nacimiento del producto.

El tratamiento que se aplicará a las pacientes embarazadas con cáncer invasor será de acuerdo a¹

- Etapa clínica
- Valoración por el Médico Perinatólogo
- Tipo histopatológico
- Opinión de la paciente
- Comité de ética

Si el resultado histopatológico es de cáncer micro o invasor, la paciente será referida a un servicio o Centro Oncológico, en el que será evaluada por el Comité de ética de la institución y tratada de acuerdo a¹

- Etapa clínica
- Valoración por el Médico Perinatólogo
- Tipo histopatológico
- Opinión de la paciente
- Comité de ética

RESULTADOS

Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo con duración de un cinco años iniciando el primero de febrero del año 2004 y termina el treinta y uno de diciembre del año 2008.

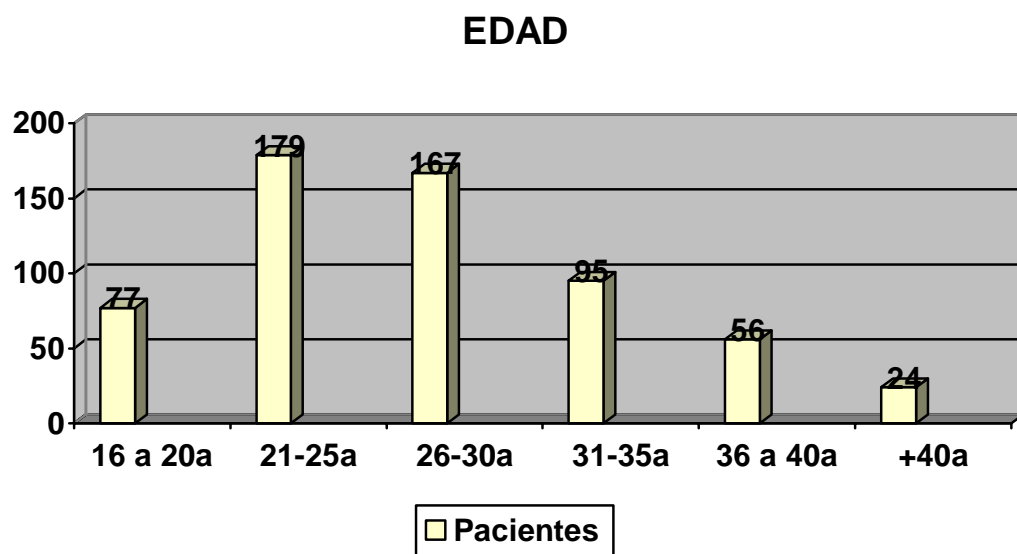
Se revisaron 598 pacientes embarazadas que se encontraban hospitalizadas en alto riesgo, a las cuales se les realizó Colposcopia en la clínica de Coloposcopia.

Los factores de riesgo y variables que se estudiaron de las pacientes son los siguientes:

Edad

Edad	Número de pacientes
16 a 20 años	77 pacientes
21 a 25 años	179 pacientes
26 a 30 años	167 pacientes
31 a 35 años	95 pacientes
36 a 40 años	80 pacientes
Más de 40 años	56 pacientes

Tabla 1. Número de pacientes estudiadas divididas por grupos de edad.



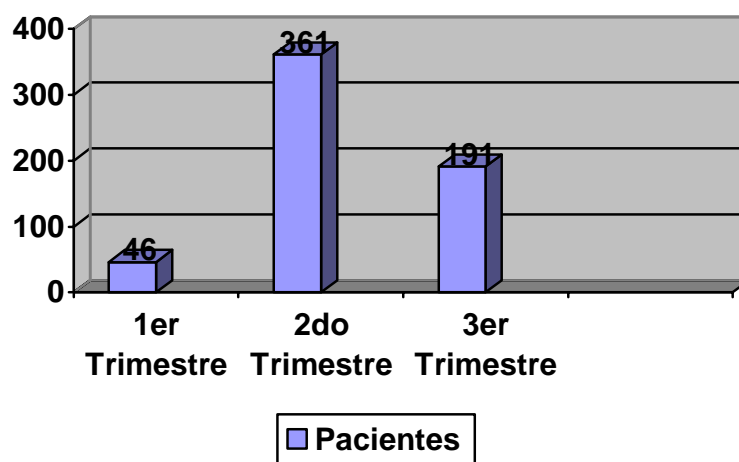
Gráfica 1. Grupos por edad de las pacientes estudiadas.

Edad Gestacional

Edad gestacional	Número de pacientes
Primer trimestre	46 pacientes
Segundo trimestre	361 pacientes
Tercer trimestre	191 pacientes

Tabla 2. Total de pacientes estudiadas distribuidas por trimestre de gestación.

EDAD GESTACIONAL



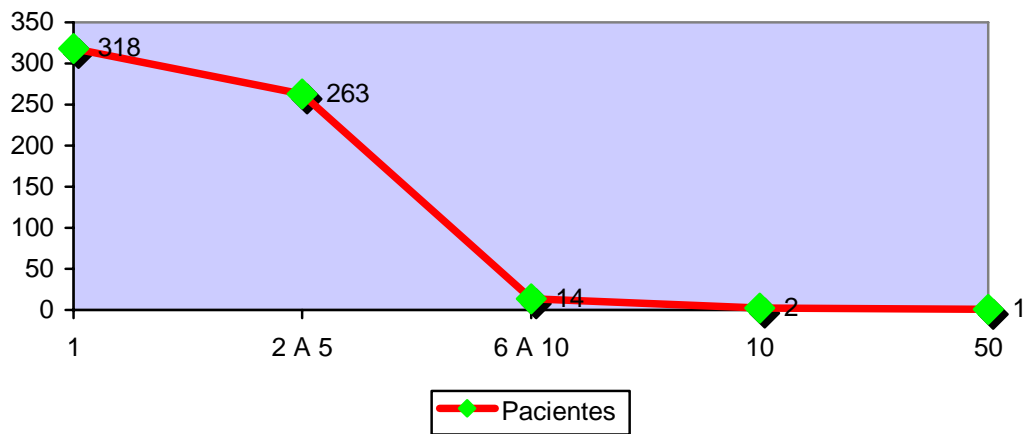
Gáfica 2. Grupos de pacientes distribuidas por trimestre de gestación.

Número de Parejas Sexuales

Número de parejas sexuales	Número de pacientes
1	318 pacientes
2 a 5	263 pacientes
6 a 10	14 pacientes
Más de 10	2 pacientes
Más de 50	1 pacientes

Tabla 3. Número total de pacientes estudiadas, divididas en grupo de acuerdo al número de parejas sexuales.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

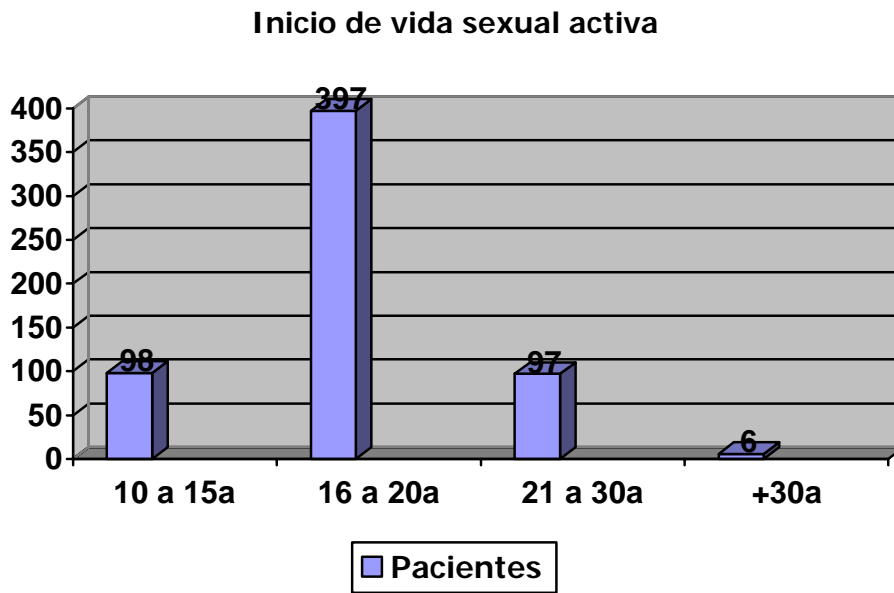


Gráfica 3. Grupo de pacientes estudiadas distribuidas de acuerdo al número de parejas sexuales.

Inicio de Vida Sexual

Edad	Número de pacientes
10 a 15 años	98 pacientes
16 a 20 años	397 pacientes
21 a 30 años	97 pacientes
Más de 30 años	6 pacientes

Tabla 4. Número total de pacientes estudiadas distribuidas en grupos de acuerdo a la edad en la cual inicio a tener actividad sexual.

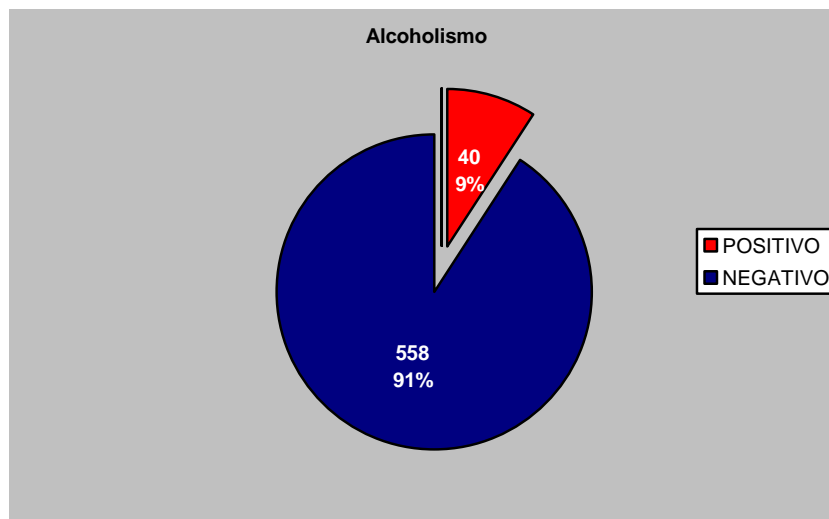
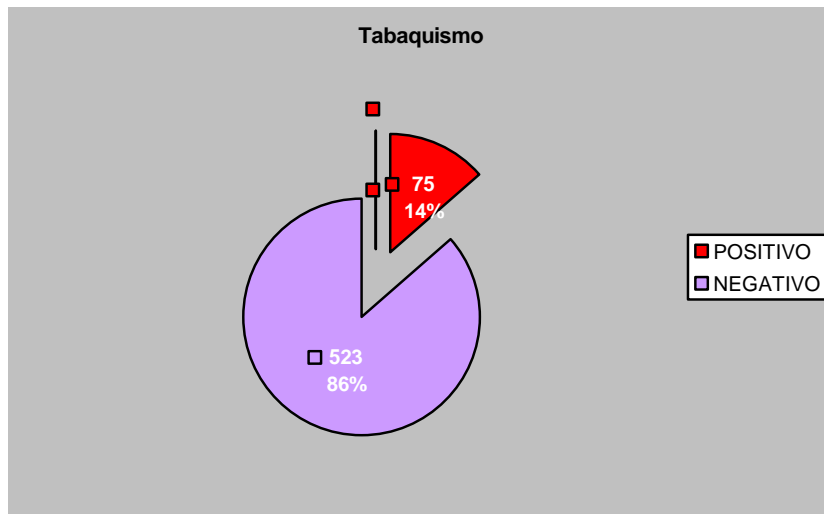


Gráfica 4. Grupos de pacientes estudiadas distribuidas de acuerdo a la edad de inicio de vida sexual.

Tabaquismo y Alcoholismo

Tabaquismo	
Positivo	75 pacientes
Alcoholismo	
Positivo	40 pacientes

Tabla 5. Total de pacientes estudiadas con tabaquismo o alcoholismo positivo.



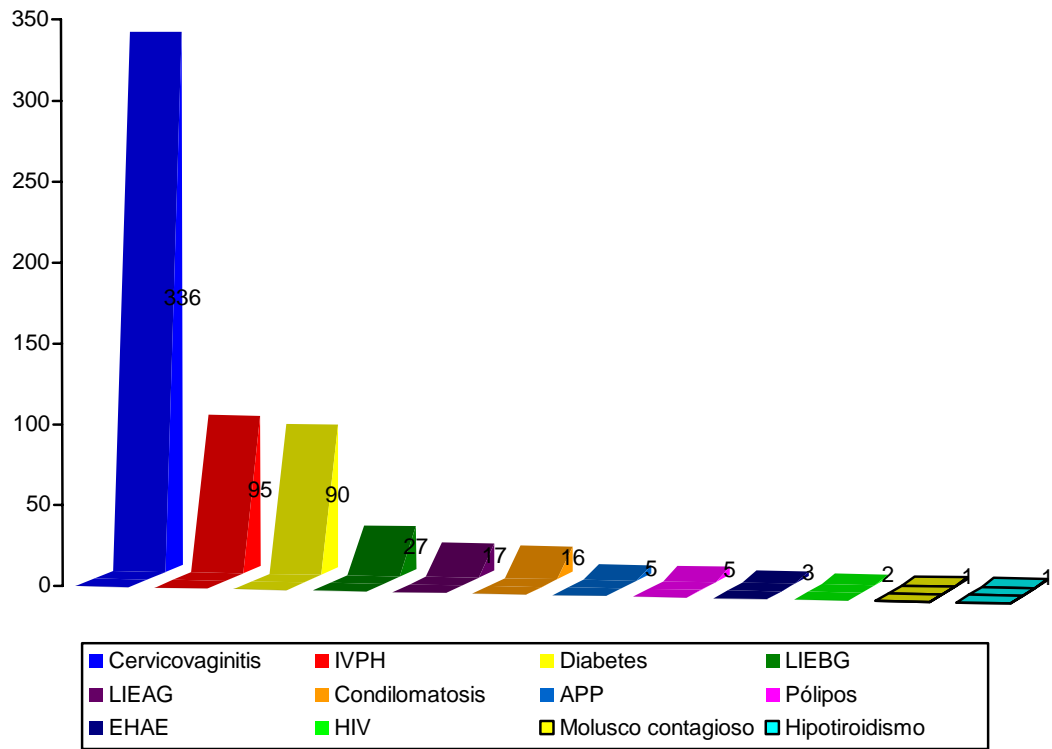
Gráfica 5. Número total de pacientes y porcentaje con tabaquismo y alcoholismo positivo y negativo.

Diagnóstico de envío

Diagnóstico de envío	Número de pacientes
Cervicovaginitis	336 pacientes
IVPH	95 pacientes
Diabetes Pre o Gestacional	90 pacientes
LIEBG	27 pacientes
LIEAG	17 pacientes
Condilomatosis	16 pacientes
Poliposis cervical	5 pacientes
EHAE	3 pacientes
HIV	2 pacientes
Molusco contagioso	1 paciente
Hipotiroidismo	1 paciente

Tabla 6. Total de pacientes distribuidas en grupos de acuerdo al diagnóstico de envío a la Clínica de Coloscopia.

DIAGNOSTICOS DE ENVIO



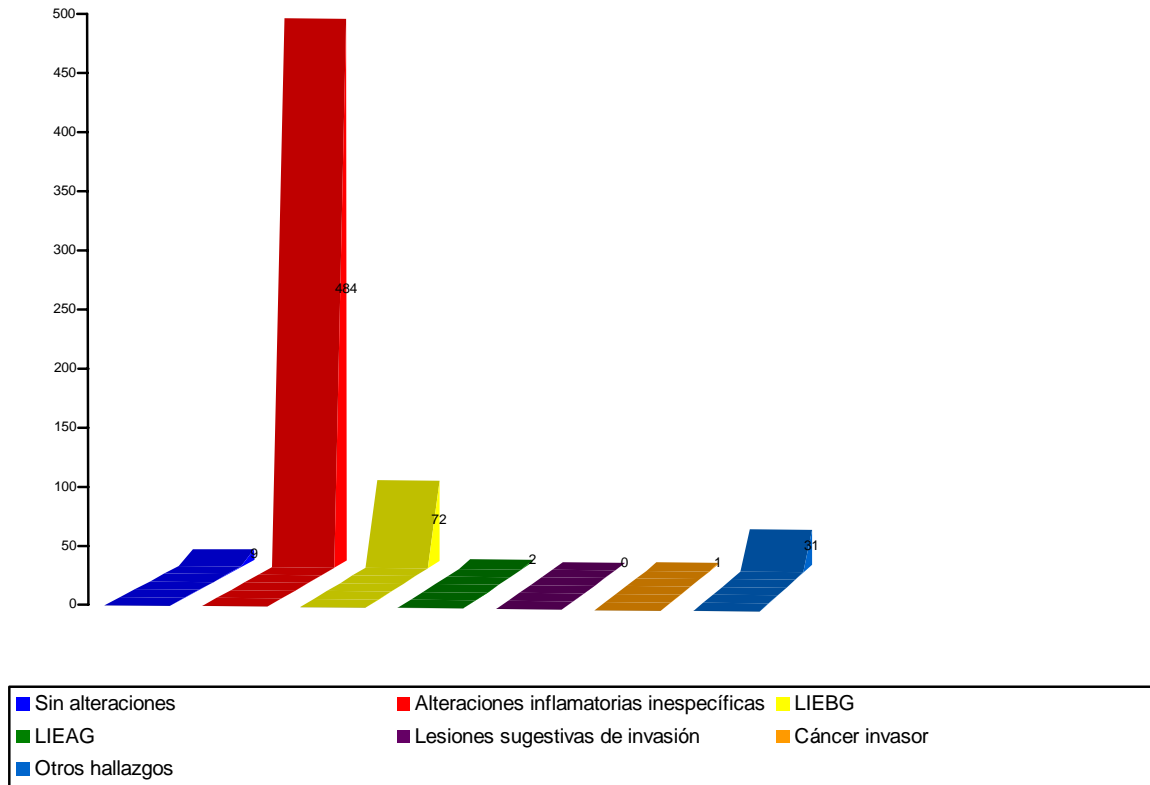
Gráfica 6. Total de pacientes distribuidas en grupos de acuerdo al diagnóstico de envío.

Hallazgos colposc6picos

Hallazgos colposc6picos	N6mero de pacientes
Sin alteraciones	9 pacientes
Alteraciones inflamatorias inespec6ficas	484 pacientes
LIEBG	72 pacientes
LIEAG	2 pacientes
Lesiones sugestivas de invasi6n	0 pacientes
C6ncer invasor	1 paciente
Otros hallazgos	Condilomas 9 pacientes Deciduosis 18 pacientes P6lipos 4 pacientes

Tabla 7. Total de pacientes estudiadas distribuidas en grupos de acuerdo a los hallazgos colposc6picos.

DIAGNÓSTICOS COLPOSCÓPICOS



Gráfica 7. Grupos total de pacientes distribuidas de acuerdo al hallazgo colposcópico.

ANÁLISIS

Edad de la paciente

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos observar que las pacientes de 21 a 30 años fueron el mayor porcentaje de pacientes estudiadas, correspondiendo al 56% del total de pacientes, 29 por ciento de 21 a 25 años y el otro 27 por ciento de 26 a 30 años. Edad en la cual es bien sabido que inician las lesiones precursoras cuando las pacientes tienen factores de riesgo, por lo cual es importante un estudio minucioso de las pacientes a edades tempranas.

Sin embargo es importante recordar que el cáncer cervicouterino invasor es mucho más frecuente en las mujeres mayores de 35 años sin embarazo, la asociación de cáncer cervicouterino y embarazo es rara³. En América Latina, se ha registrado una mayor incidencia del CaCu entre los 35 y los 65 años; en los países en desarrollo como México, las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) han sido documentadas a partir de los 20 años, pero predominan en la cuarta décadas de la vida. La mayor incidencia del cáncer in situ se observa entre los 30 y 39 años, pudiendo observar que dentro de nuestra muestra pacientes mayores de 30 años corresponden al 30 por ciento de la población.

La mayor frecuencia de los microinvasores e invasores se detecta en la sexta década de la vida y la menor en la tercera^{3,7}.

Edad Gestacional

Otra variable a estudiar fue la edad gestacional de la paciente a la que se le realizó la Colposcopia, como se observa previamente, de las 598 pacientes estudiadas el 60% pertenecieron al grupo de embarazadas del segundo trimestre, 8 por ciento al primer trimestre y 32 por ciento al tercer trimestre. Es importante mencionar que cuando una paciente se le diagnóstica cáncer cervicouterino durante el embarazo la supervivencia global de todos los estadios a 5 años es de aproximadamente del 50%, sin embargo entre más temprano sea el embarazo el pronóstico para la madre y el producto empeora^{5,6}. El pronóstico es diferente de acuerdo al trimestre que se encuentre la gestación.

Número de Parejas sexuales e Inicio de vida sexual activa

Diferentes estudios epidemiológicos han establecido que el riesgo de neoplasia cervical aumenta en las mujeres que inician relaciones sexuales durante la adolescencia y se ha sugerido que el cuello uterino de la adolescente, es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito^{7,8}.

Se observa que todas aquellas en quienes se presentaba la enfermedad, habían tenido vida sexual intensa en los últimos 10 años, sobre todo en aquellas que la inician antes de los 16 años; lo mismo se observa en estudios de alteraciones displásicas, en donde la incidencia es mayor. Este hecho se puede explicar a que en la adolescencia se produce migración de la unión escamocolumnar hacia el endocérnix, mediante un proceso de metaplasia epitelial; en este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por epitelio plano estratificado y da origen a la llamada zona de transición, donde se localiza la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino. El riesgo de padecer la patología aumenta en las mujeres que tienen más de tres compañeros de sexo; no se ha documentado relación entre aquellas que refirieron parejas esporádicas y la presencia de la neoplasia, pero sí se ha encontrado esta relación en las mujeres cuyos compañeros sexuales refirieron más de 25 compañeras sexuales⁷.

Con lo anteriormente comentado, podemos observar que en nuestro estudio el 53 por ciento de las pacientes sólo han tenido un compañero sexual, sin embargo el 43 por ciento de las pacientes han tenido de 2 a 5 compañeros sexuales, es decir casi la mitad de la población estudiada ha tenido más de una pareja sexual, lo cual incrementa el riesgo de padecer neoplasia intraepitelial cervical y con ello conlleva el riesgo de tener cáncer cervicouterino a edades tempranas¹⁰

Es importante mencionar también que de nuestra población estudiada el 82 por ciento ha iniciado su vida sexual antes de los 20 años de edad lo cual es otro factor de riesgo importante para cáncer cervicouterino. Y podemos ver con los resultados antes descritos que más del 50% de la población de nuestro estudio ha tenido más de una pareja sexual y ha iniciado su vida sexual antes de los 20 años de edad.

Tabaquismo

Se ha asociado con la alteración de las células escamosas a todos los niveles tanto del tracto respiratorio como de los genitales predominantes en el cáncer. Los carcinógenos procedentes de la combustión de tabaco y transportados por el sistema circulatorio tal vez sean secretados por el epitelio cervical, pudiendo iniciar o actuar como carcinógenos en las células ya afectadas por otros, como los derivados de benceno y alquitrán liberados en la combustión de la hoja del tabaco procesada, que posiblemente cooperen a los cambios en el epitelio durante el coito, ante la presencia del virus del papiloma humano subtipos oncogénicos: 16, 18 y 31. El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales precursoras y cáncer, algunos autores han comprobado una depleción numérica de las células de Langerhans, las cuales son componentes del sistema inmunitario local y actúan como activadoras de los linfocitos " T ". El

tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.^{9,10} En nuestro estudio el 13 por ciento de la población estudiada refiere tabaquismo positivo y 7 por ciento alcoholismo. Dos factores de riesgo importantes como se comentó anteriormente.

Diagnóstico de envío en correlación con los Hallazgos colposcópicos

De las 598 pacientes que se incluyeron en nuestro estudio, todas se encontraban hospitalizadas en perinatología se les mando a realizar estudio colposcópico a 336 pacientes por presencia de cervicovaginitis, 95 pacientes por presencia de virus del papiloma humano, 90 pacientes por diabetes mellitus pregestacional o gestacional, 27 pacientes con antecedente de lesión intraepitelial de bajo grado y 17 pacientes por lesión del alto grado, 16 por condilomatosis, 5 por poliposis, 3 pacientes con enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, dos pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, y una paciente con hipotiroidismo y una más con molusco contagioso.

De todos estos diagnósticos de envío la mayoría de las pacientes se encontraron alteraciones inflamatorias inespecíficas representando el 81 por ciento de los hallazgos colposcópicos, en menor proporción (9 pacientes) sin alteraciones, sin embargo 72 pacientes con presencia de lesión intraepitelial de bajo grado y dos de alto grado. Como se comenta en la norma a estas pacientes se les debe dar vigilancia cada 12 semanas y posteriormente en el puerperio revaloración para seguimiento y control. Sin embargo del total de pacientes estudiadas una paciente mediante estudio colposcópico, biopsia dirigida y estudio histopatológico se diagnóstico con cáncer cervicouterino invasor en el tercer trimestre del embarazo y la resolución fue por operación cesárea sin accidentes ni incidentes.

Se enviaron 16 pacientes con diagnóstico de condilomatosis, únicamente 9 pacientes con diagnóstico colposcópico, 5 pacientes se enviaron con diagnóstico de poliposis, y con adecuada correlación con los hallazgos colposcópicos 4 en total con este diagnóstico. Cabe mencionar que la literatura comenta que aproximadamente el 30 por ciento de las pacientes presentan decidualosis en el embarazo, la cual inicia a partir de las 12 semanas de gestación, en este estudio, únicamente se encontraron 18 pacientes que representa el 3 por ciento de la muestra, sin embargo como se comentó anteriormente la mayoría de las pacientes que se estudiaron se encontraban en el segundo trimestre del embarazo, mientras que en el primer trimestre solo se encontraban el 7 por ciento de la población estudiada.

CONCLUSIONES

La asociación de lesiones cervicales precursoras y embarazo es alta, (10%). Aproximadamente el 1-2% de los cáncer cervicouterino se diagnostican en el embarazo. La incidencia se eleva del 3-4% al considerarse el CACU en el postparto. La incidencia variable de 1: 1200-10,000. Las mujeres embarazadas afectadas por cáncer representarán el 0,8% de los cánceres que afectan al sexo femenino^{5,11,12}. El cáncer invasor durante el embarazo se maneja de acuerdo con los protocolos que existen para la mujer no gestante, sin embargo debe ser individualizado; idealmente se trata de respetar lo más posible estas normas.

El origen del CaCu debe ser considerado multifactorial, ya que no ha sido reproducido un agente causal que por sí solo manifieste la neoplasia en el cérvix. Hoy por hoy la teoría viral como agente predisponente es la más importante; numerosas evidencias experimentales sugieren que algunos virus del papiloma humano (VPH) están implicados en la patogénesis del cáncer ano genital y particularmente en el CaCu^{13,14,15,16}

Es importante conocer los principales factores de riesgo que tienen las pacientes y estudiarlos³. Como se ve en el estudio, nuestras pacientes siguen teniendo los principales factores de riesgo, es decir inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, más de una pareja sexual, tabaquismo positivo, y por consiguiente cáncer y embarazo a edades tempranas sobre todo pacientes entre 20 y 35 años de edad. Esto conlleva a que las defunciones por CaCu en México como en la mayoría de los países en desarrollo de Latinoamérica no se ha logrado tener el impacto favorable en el control, los tumores malignos están dentro de las primeras diez causas de mortalidad, superados por las enfermedades del corazón.

Es significativo que 3 a 5% de las embarazadas presenten cifras de citología anormal (la población no embarazada presenta, para la misma década 2 a 3%)⁵. La conducta general en lesiones precursoras de bajo y de alto grado es posponer el tratamiento hasta el puerperio, vigilando durante este período de espera, con citología y colposcopia.

El reconocimiento de que la infección por HPV es la causa central de neoplasia cervicouterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Mediante la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por HPV se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual^{17,18}.

BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y DE LA MAMA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.
2. Giuseppe de Palo, William Chanen, Santiago Dexeus Trias de Bes. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Segunda edición. Elsevier España, 2007. pp 5-9.
3. Muñoz Cortés SB, et al. Patrones de seguimiento postratamiento de las lesiones intraepiteliales. Gamo Vol 5 Núm 4. Jul-Ago. 2006.
4. Alfonso Torres Lobatón. Guillermo Gómez Gutiérrez. Ramón A. Piñón CarreraS. Alfonso Torres Rojo. Jorge M. Ortiz León. Edgar Román Bassaure. Juan Carlos Oliva Posada. Miguel Angel Morales Palomares. Cáncer cervicouterino en el Hospital General de México, OD: Frecuencia de sus etapas clínicas y su correlación con la edad. Gamo Vol. 6 Núm. 2, Mar-Abr 2007.
5. John W. Sellors, M.D. R. Sankaranarayanan, M.D. Colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Editor Organización Panamericana de la Salud. 2003.
6. Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 2003.
7. Arias, Fernando; Guia Practica para el Embarazo y el parto de alto riesgo, Ed. Mosby/doyma libros, tercera edicion. 2003.
8. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud publica mex 2005; 47 (5).
9. Dr. Omar Nazzal N. CANCER CERVICO-UTERINO Y EMBARAZO: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Volume 67, número Número 1. Santiago 2002.
10. Szarewski A, Cuzick J. Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence. Journal of Epidemiological Biostatistics 3:229–256 (1998).

11. Frías Mendívil Mauricio, et al. Factores de riesgo asociados a cancer cervicouterino Un estudio de casos y controles. Rev Inst Nal Cancerol Méx 1999; 45(4): 209-216.
12. DeCherney HA, Nathan. Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos. 8ª ed. México D.F: McGraw Hill-Interamericana; 2003.
13. Llaca RV, Fernández AJ. Obstetricia clínica. 1ª ed. México D.F.: McGraw Hill- Interamericana; 2000.
14. José Antonio Sánchez Hernández, Miriam Ivonne Huerta. José Antonio Rivera Tapia. Mónica Rosales Pérez. Infección por VPH y cáncer cervicouterino Rev Mex Patol Clin, Vol. 52, Núm. 4, pp 222-233. Octubre-Diciembre, 2005.
15. Castellanos MR. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. Rev Fac Med UNAM 2003; 46: 63-66.
16. Dr. Felipe Serman. CANCER CERVICOUTERINO: EPIDEMIOLOGIA, HISTORIA NATURAL Y ROL DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO. PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.4 Santiago 2002. 318-323.
17. Olga L. Rincón, BSc, Luis René Pareja, M.D, Sergio Jaramillo, M.D., Beatriz H. Aristizábal, Virus del papiloma humano, respuesta inmune y cáncer cervical: una relación compleja.
18. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. J Clin Virol 2005;32(Suppl 1):S16-24.
19. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. Int J Gynecol Cancer 2005;15:727-4.