



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

USO DE LA MICROCOLPOHISTEROSCOPIA EN COLPOSCOPIA NO
SATISFATORIA O EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE NIC O VPH.

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DRA. NORMA IDALIA SAENZ MENDEZ

ASESOR: DR. JUAN JIMENEZ HUERTA

Reg. Depto. De Investigación:HJM



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dr. Carlos Viveros Contreras

Titular unidad de enseñanza

Dr. Juan Jimenez Huerta

Titular del Curso Universitario.

INDICE

1. Resumen	5
2. Antecedentes	7
3. Problema	14
4. Objetivo	15
5. Material y métodos	16
6. Resultado	22
7. Discusión	32
8. Conclusiones	33
9. Bibliografía	34

1. **TÍTULO:** USO DE LA MICROCOLPOHISTEROSCOPIA EN COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA O EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE NIC O VPH.

2. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDO PATERNO: Sáenz APELLIDO MATERNO: Méndez

NOMBRE: Norma Idalia

CURSO UNIVERSITARIO: Ginecología y Obstetricia

EXTENSIÓN TELEFÓNICA: 7414, 7442, 7450 FIRMA:

3. DATOS DEL ASESOR

APELLIDO PATERNO: Jiménez APELLIDO MATERNO: Huerta

NOMBRE: Juan ADSCRIPCIÓN: Ginecología y Obstetricia

CARGO: ENCARGADO DEL SERVICIO DE CIRUGIA ENDOSCOPICA

EXTENSIÓN TELEFÓNICA: 7414 FIRMA:

APELLIDO PATERNO: Gutierrez APELLIDO MATERNO: Ramirez

NOMBRE: Antonio ADSCRIPCION: Ginecología y Obstetricia

CARGO: ENCARGADO DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA

EXTENSION TELEFONICA: 7246 FIRMA:

4. DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO FIRMA JEFE DEL
DEPARTAMENTO

4.1 Ginecología y Obstetricia

4.2 Ginecología Laparoscopica

4.3 Patología

RESUMEN

El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar en incidencia de tumores malignos y es tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas de la población en general. En la población del sexo femenino el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar dentro del rubro de neoplasias malignas, particularmente en el grupo que comprende de los 25 a los 35 años de edad.

La MCH es una técnica que fue descrita por primera vez por el austríaco, Antoine en 1949, y popularizada por el francés Jacques Hamou en 1980. La Microcolposcopia es un examen citológico en vivo del cérvix uterino que permite la localización de las lesiones precancerosas de canal exoendocervical.

OBJETIVO GENERAL

Identificar pacientes con lesiones intraepiteliales por medio de la microcolpohisteroscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes que ingresen a la consulta de displasias que por DOC se determine una lesión de Alto o bajo grado y/o pacientes con colposcopia no satisfactoria o antecedente por infección relacionada al VPH.

Se realizará microcolposcopia utilizando equipo de microcolpohisteroscopia. De acuerdo al programación se tomara el estudio en consultorio de ginecologia los dias jueves con el equipo previamente descrito.

RESULTADOS

En nuestra institucion se derivaron del servicio de displasias 120 pacientes 109 con diagnostico de colposcopia no satisfactoria y 11 con lesión intraepitelial de bajo grado, la edad fluctuó entre los 15 y 70 años de edad, teniendo el grupo con mayor incidencia entre 31 y 40 años de edad para colposcopia no satisfactoria y 21 a 30 años de edad para lesión intraepitelial de bajo grado.

Del total de las 120 pacientes derivadas del servicio de displasias para microcolposcopia 39 presentaron una lesión sospechosa por lo que se les realizó como diagnostico y terapeutico dada la alteración microcolposcópica, con diagnostico final de lesion de alto grado en 8 pacientes del total, la edad de las pacientes fue de 20 hasta mas de 70 años de edad.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que es capaz de diagnosticar cancer cervicouterino en fases iniciales comparado con el estudio de colposcopia punto de partida para un tratamiento oportuno sin perder de vista un menor costo en cuanto a tratamiento y seguimiento oncologico

5. ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas de la población en general. En la población femenina el cáncer cervicouterino es la primera causa de neoplasias malignas, particularmente entre el grupo de los 25 a los 35 años de edad. (1)

Se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino atribuible a la detección de las lesiones precursoras y pre invasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece una posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud. (1)

El diagnóstico presuncional de Cáncer cervicouterino se puede establecer mediante examen clínico, citología de cuello uterino o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con examen histopatológico.

La colposcopia es una técnica complementaria ginecológica que tiene su fundamento en las imágenes obtenidas al incidir la luz del colposcopio sobre

distintos tejidos del tracto genital inferior. Para poder obtener buenos resultados con la colposcopia es necesario conocer la histo-patología de éste así como sus mecanismos etiopatogénicos.

Las células de reserva, situadas en pequeños grupos por debajo del epitelio columnar a nivel de la Unión Escamo-Columnar (UEC), son consideradas pluripotentes (pueden regenerar epitelio cilíndrico o escamoso), y juegan un papel fundamental en la reparación de estos epitelios cuando son agredidos, utilizando un mecanismo que es el de la hiperplasia de las células de reserva (dando generalmente epitelio escamoso metaplásico).

Los procesos que conducen a la reepitelización de una ectopia son lentos. Se admiten 2 mecanismos: reepitelización ortoplásica y reepitelización metaplásica. La primera ocurre por proliferación de células basales del epitelio estratificado desde la periferia hacia el centro, desplazando al epitelio cilíndrico o bien cubriéndolo y dando lugar a imágenes de quistes de inclusión y orificios glandulares abiertos. La reepitelización metaplásica ocurre a partir de las células de reserva, dando lugar a unas células que cada vez se van convirtiendo en células de epitelio plano pero que en esas fases adquieren el nombre de metaplásicas y que dan lugar, también, a bocas glandulares y quistes de inclusión en el contexto de lo que ha venido a llamarse zona de reepitelización o, mejor, de transformación. Llamamos Zona de Transformación (ZT) al epitelio normal resultante de la epidermización o reepitelización de una ectopia, pudiéndose distinguir en la colposcopia por las irregularidades y secuelas que va ofreciendo. Hay una etapa inicial (ZT jóvenes), en que no captan lugol, o lo hace débilmente, a veces es acetoblanca.

Cuando tenemos una ZT más madura (puede estar simultánea a la anterior) es más difícil de distinguir salvo que deje glándulas abiertas o quistes de inclusión, puesto que capta ya bastante bien el lugol (2).

El proceso de metaplasia normal puede alterarse por la infección de ese epitelio metaplásico con el virus del papiloma humano (VPH). Esta infección puede resolverse espontáneamente o dar lugar a lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIPBG), que incluyen CIN I y condiloma. La mayoría de infecciones son transitorias, con una duración máxima de unos 12 meses, y no suponen ningún riesgo de transformación neoplásica. Dicho riesgo está limitado a las mujeres con infecciones persistentes por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR), que representan menos del 10-20% de los casos. La progresión a lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LIP-AG) o CIN II-III, y su mantenimiento, sólo ocurre en presencia de infección crónica. Para la progresión lesional son necesarios, además, otros cofactores como la edad, otras infecciones, déficit inmunitario o hábito tabáquico. La invasión del estroma y la presencia de metástasis requieren la actuación de factores angiogénicos.

El cuello uterino puede ser difícil de visualizar si encontramos una Interposición de pliegues vaginales o las posiciones uterinas forzadas de antero o retro flexión que lo sitúan fuera del enfoque habitual del espéculo.

También, la interposición de tumores previos pueden ocultar parcial o totalmente el cérvix, siendo los más comunes los pólipos endocervicales o endometriales; más raramente, miomas cervicales, quistes de inclusión vaginales, etc. Hipertrofias o elongaciones parciales cervicales, consecuencias del prolapso genital, también pueden ser causa de inobservación cervical;

además, naturalmente, de las secuelas estenóticas o sinequiales de la vagina tras tratamientos braquiradioterápicos.

A excepción de esta última, que puede considerarse una razón formal e insoslayable, el resto de las circunstancias pueden contemporizarse mediante el uso de diversos manipuladores o instrumentos como espátulas, separadores vaginales, pinzas de Pozzi, tenáculos o ganchos, espéculos envueltos en preservativo de látex, etc., requiriéndose a veces un estudio del cuello por áreas fragmentadas.

La principal causa de Colposcopia insatisfactoria en la **UNION ESCAMO-COLUMNAR NO VISIBLE** (UEC), parcial o totalmente, por su ascenso dentro del canal endocervical. Este hecho se debe fundamentalmente a los cambios fisiológicos que ocurren en el cérvix con la edad y la influencia del estado hormonal de la mujer. Su frecuencia, según Borgatta 1-5%, Marian 10-15%, Singer y Walker 10-20%, Shingleton, 1/4 en mayores de 40 años, 1/6 entre 30 y 40 años, 1/40 en menores de 40 años. Se estima que la mitad de las mujeres en la posmenopausia no tienen visualizable su UEC.

Electrocoagulación, críocoagulación, termocoagulación anteriores, son causa frecuente de colposcopia insatisfactoria. La conización con bisturí frío y puntos de Stumdorf suele también seguirse de una involución del epitelio escamoso en el canal cervical.

La MCH es una técnica descrita por primera vez por el austríaco, Antoine en 1949, y popularizada por el francés Jacques Hamou en 1980. La Microcolposcopia es un examen citológico en vivo del cérvix uterino que permite la localización de las lesiones precancerosas de exoendocervical.(7)

La MICROCOLPOSHISTEROSCOPIA se basa en la utilización de un histeroscopio de contacto, con un extremo biselado que se introduce en el canal cervical, y que con una tinción previa de lugol y tinta china azul, nos puede mostrar imágenes de 60 x con visualización de la estructura tisular y los núcleos teñidos. Quizás lo más elocuente de este procedimiento sea la posibilidad de localizar la altura de la UEC para estimar la profundidad idónea del cono.

Esta práctica, la microcolpohisteroscopia, está indicada en el estudio de las lesiones premalignas del cuello uterino y en su diagnóstico. Mediante la visión del cérvix se puede determinar la profundidad de la lesión, si la hubiera, y exactamente dónde es necesario intervenir.

Estudios realizados como el de la universidad de Roma donde se compararon tres de los estudios básicos para determinar cáncer cervicouterino como es el papanicolau, la colposcopia y la microcolposcopia. El objetivo de este estudio fue evaluar la fiabilidad diagnóstica de la microcolposcopia por medio de la correlación con la histología, colposcopia y resultados de la prueba de Papanicolau. Para el estudio, 256 pacientes con resultados de la prueba de Papanicolaou anormal fueron seleccionados y sometidos a colposcopia y microcolposcopia con el objetivo de evaluar la presencia de cualquier lesión intraepitelial. Ciento nueve de estos pacientes fueron sometidas a una biopsia. Los resultados de la Colposcopia, histología y citología fueron comparados con los obtenidos por microcolposcopia. En los casos de citología con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEGB), el porcentaje sobre el grado de lesión entre la prueba de Papanicolaou y los resultados de microcolposcopia fue 74%, mientras que en casos de citología con lesión intraepitelial escamosa

alto grado (LIEGA), era igual al 80%. La comparación entre colposcopia y microcolposcopia demostraron un nivel de acuerdo de 72% de calidades inferiores y 68% para los grados superiores. Finalmente, la histología estaba de acuerdo con microcolposcopia en el 73% de los casos de la neoplasia cervical intraepitelial grado 1 (CIN 1) y llegó a 71% para CIN 2-3. La Microcolposcopia demostró ser precisa en relación con el diagnóstico del grado de lesión y demostró ser definitivo en pacientes donde la citología fue positiva para la infección del VPH y en estos casos la colposcopia no fue capaz de identificar cualquier lesión.(7)

Un estudio de la Universidad de Bologna Italia evaluó si la microcolposcopia para delimitación topográfica de las lesiones endocervicales reduce los fracasos del tratamiento por escisión de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Trescientos cincuenta pacientes con hallazgos colposcópico e histopatológico de CIN endocervical fueron reclutados para tratamiento por escisión. Trescientos cuarenta y ocho de ellos fueron asignados al azar a tener o no tener microcolposcopia para la medición de la lesión endocervical antes del tratamiento de conización. La medición de lesión endocervical fue el único objetivo de la evaluación de microcolposcopia. Cuando se disponía de una extensión endocervical, el cono de biopsia fue cortado de acuerdo a la medición de la microcolposcopia. El estado de escisión fue evaluado y relacionados con la administración prequirúrgica de especímenes de la parte dispositiva. Después de la escisión, los pacientes fueron seguidos durante al menos 5 años después del tratamiento. Trescientos treinta (171 y 159 con y sin microcolposcopia preoperatoria, respectivamente) los pacientes completaron el estudio. La persistencia de la enfermedad fue definida por los resultados

citológicos, colposcopicos e histológicos. El valor de la Microcolposcopia se definió como integridad de escisión o falta de enfermedad persistente. Los resultados arrojaron que en especímenes quirúrgicos, los márgenes positivos involucrados se detectaron en 19 casos (5.4%). La Microcolposcopia prequirurgica se realizó en sólo uno de estos casos. La diferencia de excisión incompleta entre casos con o sin microcolposcopia fue estadísticamente significativa ($P < 001$). En pacientes que se encontraban en seguimiento, enfermedad persistente fue detectada en una mujer (0,6%) en el grupo de microcolposcopia y 16 mujeres (10%) en el grupo control. La comparación entre los dos grupos mostraron un riesgo significativamente menor de la enfermedad persistente cuando se realizó microcolposcopia prequirurgica ($P < 001$). La conclusión de dicho estudio refleja que si se mide la extensión de la lesión endocervical con microcolposcopia preoperatoria permite conos individualizados, mejorando así el pronóstico después del tratamiento por escisión del CIN.(8)

El Dr Reed del Hospital de Baltimore sugiere que la microcolposcopia debe ser complementaria a la realizacion de la colposcopia y que este estudio nos apoya en la visualizacion de lesiones endocervicales principalmente donde la UEC no es visible por lesiones del cervix.(9)

En un estudio de la Universidad de Roma, donde se estudiaron pacientes que se les realizo colposcopia y microcolposcopia, comparandose con resultados histologicos se logro determinar las indicaciones de la miscrocolposcopia las cuales acorde a su experiencia posterior a este estudio son: 1) identificación de la lesión endocervical y la union escamocolumnar, cuando colposcopicamente

no son evidentes; 2) la posibilidad de realizar una conización "a la medida"; 3) para el estudio del endocérvix después de la conización.(10)

Tabla 1. Definiciones

- Colposcopia: procedimiento exploratorio instrumentado en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento en el cual se observa la vulva, la vagina y cérvix uterino, visualizando en este último las condiciones de su epitelio, a la cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

- Displasia: anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

- Biopsia: extracción y examen microscópico con fines diagnósticos de tejido u otras materias procedentes de un organismo vivo.

- Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

- Criocirugía: aplicación de temperatura menor a 0 grados centígrados que alcanza el punto de congelación en las células produciendo la muerte celular.

- Electrocirugía: empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor a 5 mm.

- VPH: Virus del papiloma humano

- NIC: Neoplasia intraepitelial

6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte ginecológica siendo este uno de los mas grandes problemas de salud a nivel mundial.

El diagnostico temprano ofrece un tratamiento medico oportuno, siendo su diagnostico en base al DOC, COLPOSCOPIA O MICROCOLPOHISTEROSCOPIA.

El principal precursor del Cáncer Cervicouterino es la infección previa por VPH, por lo que el diagnostico de este virus en citología vaginal requiere de un tratamiento medico oportuno. La colposcopia convencional observa las estructuras vaginales y del cérvix en su exterior, las lesiones de canal cervical no se pueden observar mediante este estudio dejando así epitelio sin analizar al realizar este estudio o realizar métodos de tratamiento como cono biopsia por IVPH O NIC. La realización de la microcolpohisteroscopia ofrece el beneficio de observar directamente la zona de transformación y el canal cervical, delimitar el sitio de la lesión y ofertar un tratamiento acorde al grado de extensión de la lesión.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La microcolpohisteroscopia podrá identificar la existencia de la lesión por VPH o LESION INTRAEPITELIAL en la zona de transformación y canal cervical?

8. OBJETIVO GENERAL

Identificar pacientes con lesiones intraepiteliales por medio de la microcolpohisteroscopia.

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Pacientes que acudan a la consulta externa de displasias que cumplan con los criterios de inclusión en un periodo de tiempo de julio 2009 a julio 2010

10. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio OBSERVACIONAL, prospectivo, transversal y abierto.

11. MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes que ingresen a la consulta de displasias que por DOC se determine una lesión de Alto o bajo grado y/o pacientes con colposcopia no satisfactoria o antecedente quirúrgico por infección por VPH.

Se realizara microcolposcopia utilizando equipo de microcolpohisteroscopia. De acuerdo al día programado se tomara el estudio en consultorio de ginecología los días jueves.

12.1 CRITERIOS DE ENTRADA

Inclusión- Edad 25-65 años

Antecedente de IVPH O NIC detectado por colposcopia o Papanicolaou

Paciente con tratamiento previo de cono biopsia por VPH O NIC

Paciente con colposcopia previa no satisfactoria

No inclusión-

Paciente con histerectomía total previa

Paciente con CaCu ya diagnosticado por biopsia

Paciente que rechace el estudio

Paciente embarazada

12.2 CRITERIOS DE SALIDA

Exclusión- paciente que no acepte tratamiento

Paciente embarazada.

12.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad, NIC, VPH, Microcolpohisteroscopia.

12.4 HOJA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE DE LA PACIENTE			
EXPEDIENTE	EDAD:	TTO PREVIO:	
COLPOSCOPIA:(FECHA Y DIAGNOSTICO)			
DOC:(FECHA Y DIAGNOSTICO)			
IVSA:	PS:	MPF:	
MICROCOLPOSCOPIA:			

12.5 TÉCNICA

Para realizar la histeroscopia diagnóstica ambulatoria es necesario contar con una óptica de fibra de vidrio o de cristal, una cámara y una fuente de luz en el

histeroscopia de contacto que permita la visión de contacto y el interior del canal endocervical.

El histeroscopia se conecta a un monitor, desde el que se pueden grabar en vídeo las imágenes obtenidas o realizar fotografías digitales que permitirán el registro continuado de la paciente y el uso posterior de las imágenes al incluirse en las historias Clínicas.

Además, el histeroscopia cuenta con un microscopio de contacto que permite observar la zona de transformación y zonas con vascularización atípica de ciertas lesiones y el marcar la extensión de cono como tratamiento de la lesión.

Se coloca a la paciente en posición de litotomía forzada, se introduce espejo vaginal, se irriga con solución salina, se realiza vaginoscopia, posteriormente cervicoscopia panorámica, se realiza tinción con lugol y azul de waterman, se procede a realizar colposcopia de contacto para visualizar zona de transformación y datos histológicos. Se procede a realizar histeroscopia de canal cervical para evaluar lesiones intracervicales. Se da por terminado el procedimiento.

Tipo estimado del estudio 15 minutos.

12.6 ESTUDIOS DE LABORATORIO

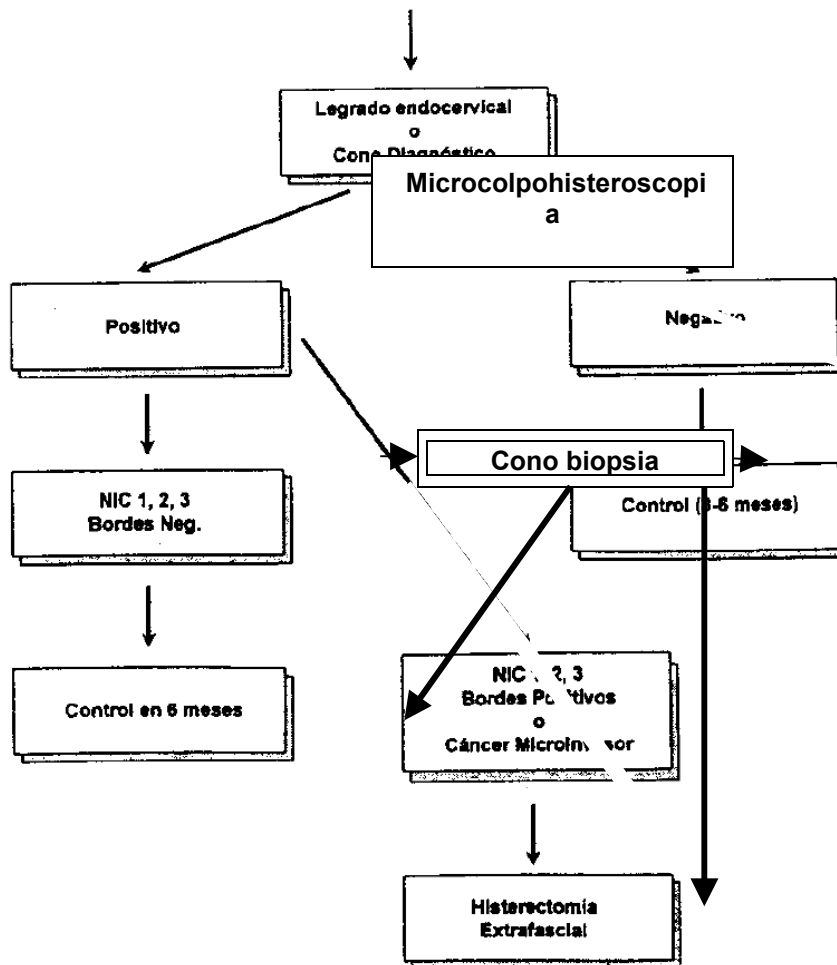
No son indispensables

12.7 ESTUDIOS ESPECIALES

Cono o histerectomía .

12.8 METODOLOGÍA (Diagrama de flujo)

**PACIENTE CON CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL
COLPOSCOPIA INSATISFATORIA**



12.9 PRUEBA(S) ESTADÍSTICA(S)

Se utilizaran medidas de tendencia central y de dispersion y porcentajes para descripcion de los resultados de las variables.

13. CONSIDERACIÓN ÉTICA

La microcolpohisteroscopia es un estudio invasivo que oferta un mejor diagnostico de lesiones intra cervicales para así mejorar el diagnostico oportuno y tratamiento a las pacientes que cuentan con lesiones de alto grado.

La realización de dicho estudio al mismo tiempo que la colposcopia disminuye su costo y oferta un mejor diagnostico y tratamiento con mejores resultados. En cuanto a toma de biopsia para muestra diagnostica definitiva el único inconveniente para la paciente es el dolor en el momento de la toma y el probable sangrado posterior a la toma que cede a la aplicación de tapón vaginal compresivo, uso de analgésicos y antibióticos. En caso de persistir sangrado se puede controlar con electrocoagulación.

14. COSTO APROXIMADO DEL PROYECTO

COLPOSCOPIA: \$154

MICROCOLPOHISTEROSCOPIA: \$1200

15. CRONOGRAMA

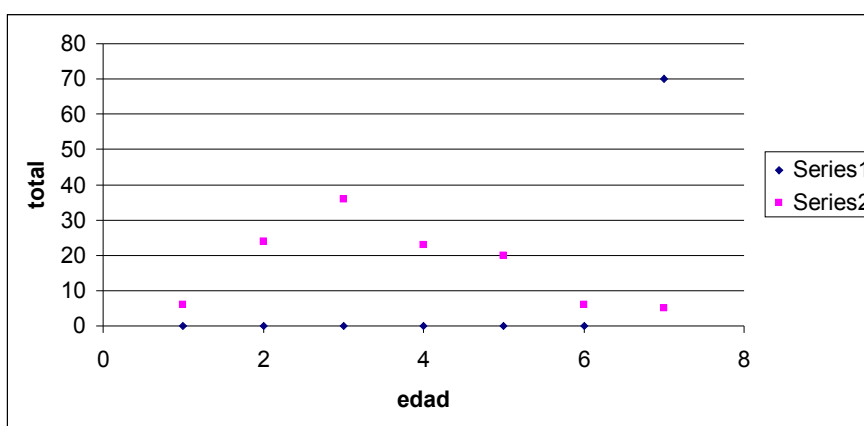
	JUNIO 2009	JULIO09 JUNIO10	JULIO 2010	AGOSTO 2010
ENTREGA DE PROTOCOLO	XXXX			
RECOLECCION DE DATOS		XXXXX		
ANALISIS DE RESULTADOS			XXXXX	
ENTREGA DE RESULTADOS				XXXXXX

16.- RESULTADOS.-

Se realizaron 120 microcolposcopias a pacientes referidas de la clinica de displasias con las siguientes edades:

EDAD	TOTAL
15-20	6
21-30	24
31-40	36
41-50	23
51-60	20
60-70	6
+ 70	5
TOTAL:	120

TABLA1: TOTAL DE PACIENTES DIVIDIDAS POR EDAD.

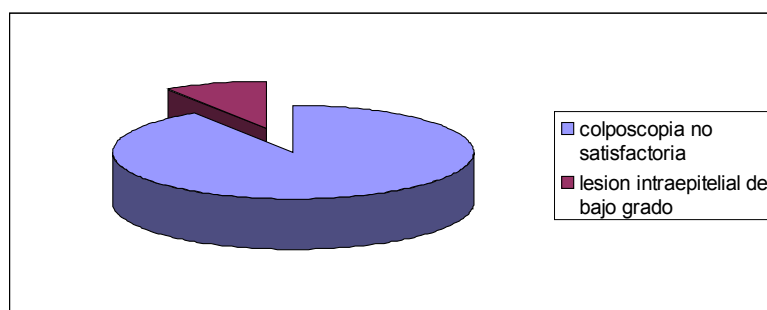


GRAFICA 1.- TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS DIVIDIDAS POR GRUPO DE EDAD.

De los 120 pacientes estudiados los diagnosticos de envio de la clinica de displasias correspondes a colposcopia no satisfactoria en el 109 de los casos de los cuales 5 corresponden a pacientes de 15 a 20 años, 17 corresponden a pacientes de 21 a 30 años, 34 de 31 a 40 años, 23 de 41 a 50 años, 19 de 51 a 60 años, 6 de 61 a 70 años y 5 mayores de 71 años. Pacientes con lesion intraepitelial de bajo grado corresponde a 11 pacientes de los cuales 1 corresponde de 15 a 20 años, 7 de 21 a 30 años, 2 de 31 a 40 años, 1 de 51 a 60 años.

EDAD	C.NO SATIS.	LIBG	LIAG	IVPH
15-20	5	1		
21-30	17	7		
31-40	34	2		
41-50	23			
51-60	19	1		
61-70	6			
+ 70	5			
TOTAL	109	11		

TABLA 2: TOTAL DE PACIENTES DIVIDIDAS POR DIAGNOSTICO DE ENVIO DE CLINICA DE DISPLASIAS POR GRUPO DE EDAD.



GRAFICA 2: TOTAL DE PACIENTES REFERIDAS DE CLINICA DE DISPLASIAS POR DIAGNOSTICO DE ENVIO.

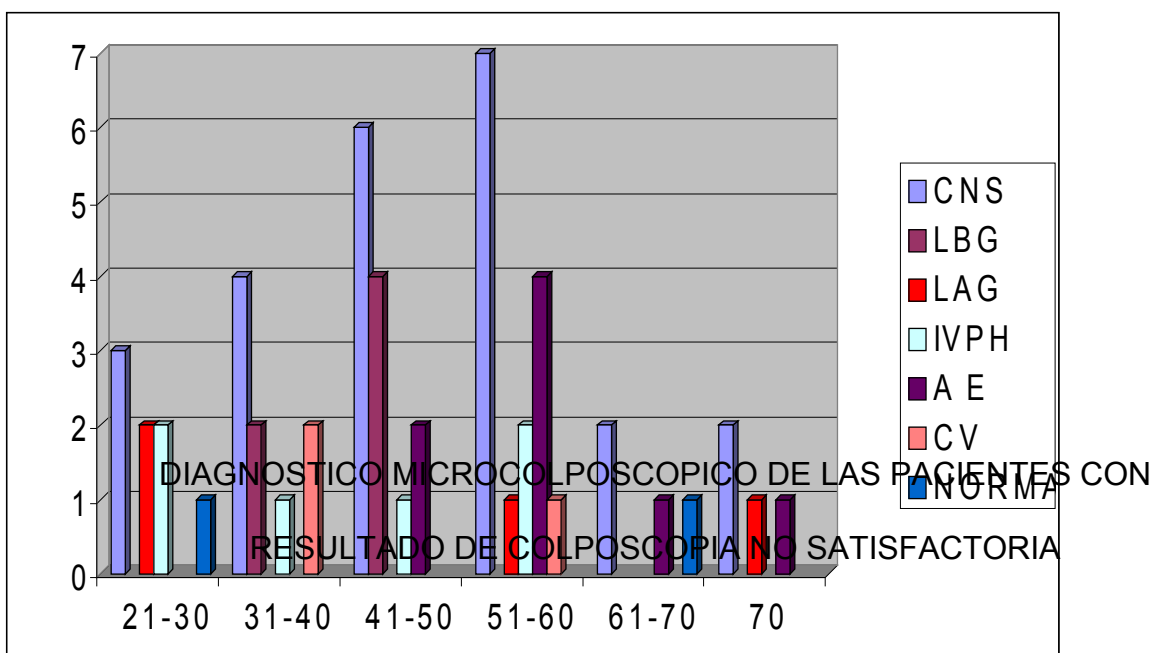
Del total de las pacientes (120) que se les realizo microcolposcopia, a 39 se les realizo cono asa por presentar lesion dentro del canal endocervical, de las cuales, 24 pacientes tenian un dx colposcopico de colposcopia no satisfactoria, 6 de ellas presentaron lesion intraepitelial de bajo grado, 6 presentaron lesion

por VPH, 2 asociadas entre LEIBG + IVPH, 8 pacientes atrofia epitelial las cuales predominaban en edades mayores a 40 años, sin alteracion 2 pacientes sin embargo 4 pacientes con colposcopia no satisfactoria presentaron lesion de alto grado 2 de ellas de edad entre 21 a 30 años y 2 mayores de 60 años, 3 pacientes se presento cervicitis.

**RESULTADO DE LAS PACIENTES CON DX COLPOSCOPICO DE
COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA**

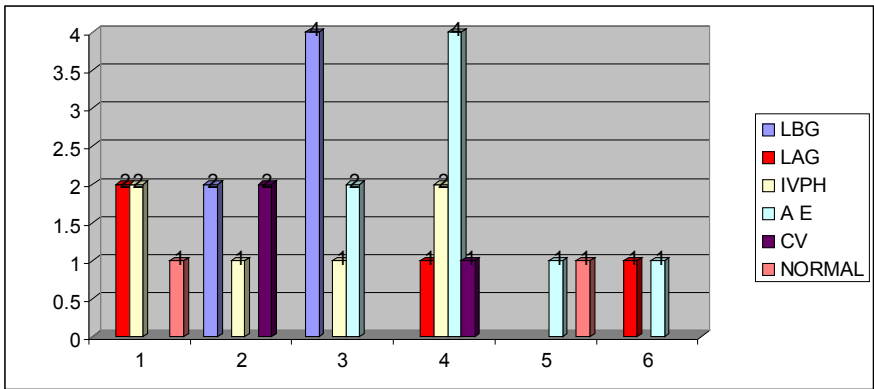
TABLA 3 RESULTADO DE LA MICROCOLPOSCOPIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO DE COLPOSCOPIA NO SATISFATORIA.

EDAD	LBG	LAG	VPH	ATROFIA EPITELIAL	CERVICITIS	NORMAL	TOTAL
15-20							
21-30		2	2			1	5
31-40	2		1		2		5
41-50	4		1	2			7
51-60		1	2	4	1		8
61-70				1		1	2
+70		1		1			2
TOTAL	6	4	6	8	3	2	29



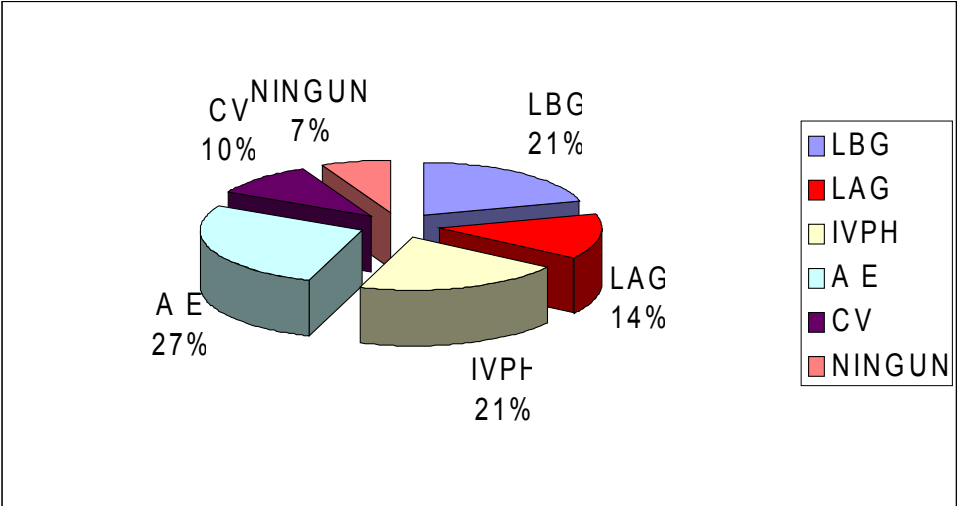
GRAFICA 3: PACIENTES CON COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA (CNS-COLOR GRIS), RESULTADO DE LA MICROCOLPOSCOPIA DIVIDIDO POR EDADES: LESION DE BAJO GRADO (LBG), LESION DE ALTO GRADO (LAG), INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (IVPH), ATROFIA EPITELIAL (AE), CERVICITIS (CV), NORMAL (NORMAL).

RESULTADO DE MICROCOLPOSCOPIA CON DIAGNOSTICO DE COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 4.- RESULTADO DE MICROCOLPOSCOPIA DIVIDIDA POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA, GRUPO 1 / 21-30 AÑOS, GRUPO 2 / 31 A 40 AÑOS, GRUPO 3 / 41 A 50 AÑOS, GRUPO 4 / 51 A 60 AÑOS, GRUPO 5 / 61 A 70 AÑOS, GRUPO 6 / MAS DE 71 AÑOS.

RESULTADO MICROCOLPOSCOPICO EN PACIENTES CON
COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA



GRAFICA 5.- RESULTADOMICROCOLPOSCOPICO DE PACIENTES CON COLPOSCOPIA NO SATISFATORIA, LESION DE BAJO GRADO (LBG), LESION DE ALTO GRADO (LAG), INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (IVPH), ATROFIA EPITELIAL (ATROFIA EPITELIAL), CERVICOVAGINITIS (CV), NINGUNO (NINGUNO).

De las pacientes referidas con lesion intraepitelial de bajo grado, en total 11 pacientes, 7 corresponden a diagnosticos de lesion de bajo grado por microcolposcopia, 7 diagnosticos de infeccion por virus del papiloma

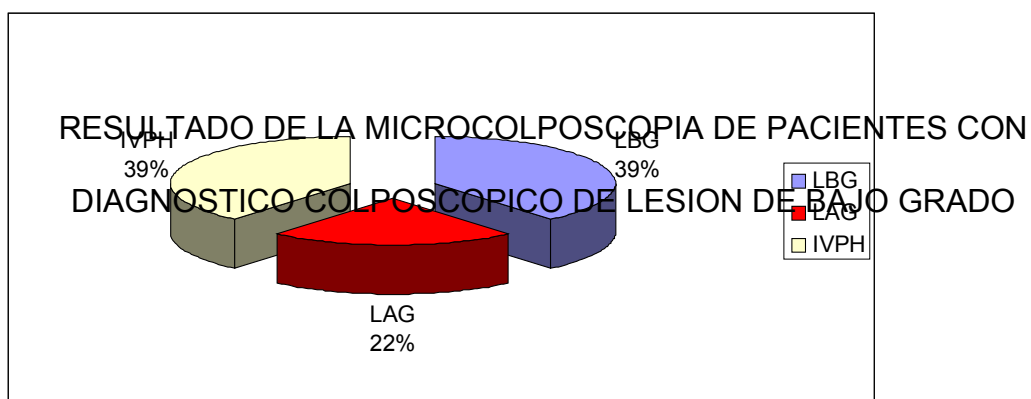
humano 5 relacionado con diagnostico de lesion de bajo grado, 4 lesiones de alto grado y 2 de ellos asociado a virus del papiloma humano.

	LESION BAJO GRADO
15-20	1
21-30	7
31-40	2
41-50	
51-60	1
61-70	
+70	
TOTAL	11

TABLA 4.- TOTAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO DE LESION DE BAJO GRADO DIVIDIDO POR EDADES.

	LBG	LAG	VPH
15-20	1		
21-30	4	1	5
31-40	2	1	2
41-50		1	
51-60		1	
61-70			
+70			
TOTAL	7	4	7

TABLA 5.- TOTAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO MICROCOLPOSCOPICO DE LESION DE BAJO GRADO (LBG), LESION DE ALTO GRADO (LAG), VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH). DIVIDIDO POR GRUPO DE EDAD.

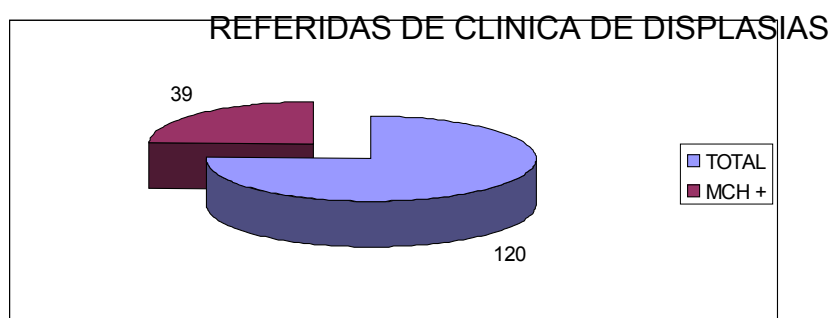


GRFICA 6.- RESULTADO MICROCOLPOSCOPICO DE PACIENTES CON LESION DE BAJO GRADO POR COLPOSCOPIA. LESION DE BAJO GRADO (LBG), LESION DE ALTO GRADO (LAG), INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (IVPH).

Del total de las pacientes referidas de la clinica de displasias para la realizacion de microcolposcopia, 39 resultaron positivas con lesion dentro del canal endocervical lo que implica un 32.5 % del total de las pacientes referidas.

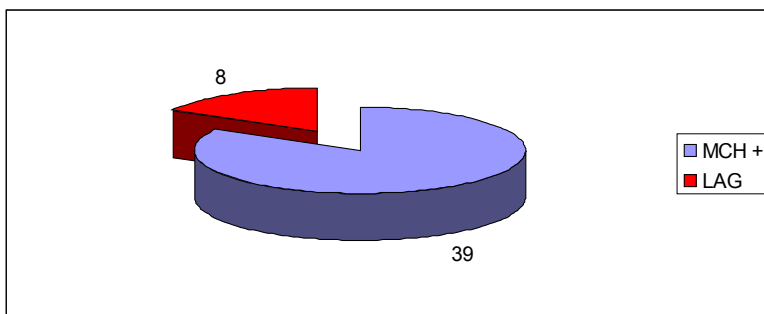
De las 39 pacientes positivas en el estudio de microcolposcopia, el 20.5 % de las mismas resultaron con lesion intraepitelial de alto grado. Lo que implica el 6.6 % del total de las pacientes referidas de la clinica de displasias concolposcopia no satisfactoria o con lesion de bajo grado.

RESULTADO POSITIVO EN LA MICROCOLPOSCOPIA EN PACIENTES



GRAFICA 7.- TOTAL DE PACIENTES POSITIVAS REFERIDAS DE LA CLINICA DE DISPLASIAS CON MICROCOLPOSCOPIA (MCH +).

PACIENTES CON LESION DE ALTO GRADO CON
MICROCOLPOSCOPIA POSITIVA



GRAFICA 8.- PACIENTES CON MICROCOLPOSCOPIA POSITIVA (MCH +), PACIENTES CON LESION DE ALTO GRADO POR MICROCOLPOSCOPIA (LAG)

DISCUSION

La microcolpohisteroscopia es una tecnica utilizada en Europa desde la decada de los 80's y su popularidad en dicho continente a logrado avances significativos en la deteccion oportuna de lesiones cervicales al inicio de las

mismas. Los seguidores de dicha técnica refieren la combinación de colposcopia con microcolposcopia para la detección oportuna de dichas lesiones, en el Hospital Juárez de México se inició el protocolo de estudio sobre microcolpohisteroscopia, el cual por ser un estudio ambulatorio representa un apoyo diagnóstico para uno de las principales patologías oncológicas de nuestro país al ser el cáncer cervicouterino el principal cáncer ginecológico de morbimortalidad. Su uso en nuestro país aún no es un recurso al alcance de todos los sistemas de salud, de ahí la importancia de determinar su utilidad para hacer diagnósticos oportunos y poder ofertar un tratamiento temprano a las lesiones de alto grado en el interior del canal endovaginal.

RESULTADOS

En nuestra institución se derivaron del servicio de displasias 120 pacientes 109 con diagnóstico de colposcopia no satisfactoria y 11 con lesión

intraepitelial de bajo grado, la edad fluctuó entre los 15 y 70 años de edad, teniendo el grupo con mayor incidencia entre 31 y 40 años de edad para colposcopia no satisfactoria y 21 a 30 años de edad para lesión intraepitelial de bajo grado.

Del total de las 120 pacientes derivadas del servicio de displasias para microcolposcopia 39 presentaron una lesión sospechosa se les realizó como diagnóstico y terapéutico por presentar alteración microcolposcópica, con diagnóstico final de lesión de alto grado en 8 pacientes del total, la edad de las pacientes fue de 20 hasta más de 70 años de edad.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que es capaz de diagnosticar cáncer cervicouterino en fases iniciales comparado con el estudio de colposcopia punto de partida para un tratamiento oportuno sin perder de vista un menor costo en cuanto a tratamiento y seguimiento oncológico

16.-BIBLIOGRAFÍA

1. Number of Cervical Biopsies and Sensitivity of Colposcopy

Julia C, Vivien VOL. 108, NO. 2, AUGUST 2006 OBSTETRICS & GYNECOLOGY PAG 264, 266.

2. La biopsia como estandar de oro para determinar la discrepancia entre citología y colposcopia, en displasias y cancer de cuello uterino.

COMPLEJO HOSPITALARIO MIRAFLORES, CIUDAD DE LA PAZ

(2000- 2004) Dr. Wilge Panozo Meneses Revista Médica - Organo

Oficial del Colegio Médico de La Paz - Vol 11 N° 2 Mayo - Agosto 2005

3.- NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCION, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICOUTERINO 1998 NOM-014-SSA2-1994 PAGES 10, 11, 17, 20, 23, 25.

4.- *Scott D.* Vol 88, no 1, July 1996, Microscopic Topografic Endocervical Assessment Before Excisional Treatment of cervical intraepithelial neoplasia *Medical Care* • Volume 46, Number 1, January 2008
Disenrollment From Medicaid After Recent Cancer Diagnosis, *

5.- The Effect of Medicare Health Care Systems on Women With Breast and Cervical Cancer Robert S. Kirsner, MD VOL. 105, NO. 6, JUNE 2005 The American College of Obstetricians and Gynecologists.

6.- Lukic A, Iannaccio S et al. Microcolposcopy in the diagnostic evaluation of abnormal cervical cytology: when and why to do it. Clin Exp Obstet Gynecol. 2009;36(1):26-30. BJOG. 2009 Jan;116(2):220-9.

- 8.- [Guerra B](#), [Guida G](#), et al. Microcolposcopic topographic endocervical assessment before excisional treatment of cervical intraepithelial neoplasia [Obstet Gynecol](#). 1996 Jul;88(1):77-81.
- 9.- [Reed TP](#), [Saade G](#). J Microcolposcopy. When and how to do it. [Reprod Med](#). 1993 Sep;38(9):725-8.
- 10.- [Pace S](#), [Labi GL](#), Intraepithelial cervical lesions: colpo-microcolposcopic diagnosis [Minerva Ginecol](#). 1993 Jan-Feb;45(1-2):9-11.
- 11.- [Louwers JA](#), [Kocken M](#), et al Digital colposcopy: ready for use? An overview of literature.

