

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN – LEÓN)*

Facultad de Ciencias Médicas

MEDICINA



Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

TEMA:

Abordaje y Seguimiento Diagnóstico de las lesiones cervicales preinvasoras en pacientes atendidas en la clínica de Patología Cervical en el periodo de Enero del 2004 a Enero 2005 del Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

Autor:

Magela del Carmen Pravia Lazo.

Tutor:

*Dr. Nelson Delgado Gutiérrez.
Gineco – Obstetricia. HRCAM.*

Asesor:

*Dr. Juan Almendárez.
Msc. Salud Pública y Epidemiología.*

León, Nicaragua. 2006.



Autor:
Magela Pravia.

Abordaje y seguimiento diagnóstico de lesiones cervicales preinvasoras



DEDICATORIA

A DIOS:

Nuestro Padre Celestial, Supremo y Maravilloso que guía nuestras vidas y que sin su voluntad nada es posible.

A mi Madre:

Quien ha sido mi mayor ejemplo de sacrificio y dedicación; siendo su inmensurable amor tierno lo que me impulsa a continuar hasta la meta.

A MIS MAESTROS:

Por su dedicación incondicional a la enseñanza y a quienes agradezco mi formación.

A todos ellos.

¡Muchas Gracias!



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Nelson Delgado con toda mí admiración y respeto quien me orientó en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Juan Almendárez por el tiempo y paciencia invertido asesorándome por su apoyo en las correcciones del trabajo.

Al grupo de profesores Docentes del Departamento de Ginecología.

Al Dr. Leonidas Icaza por su tiempo y conocimiento.

Al personal de Admisión y Estadística del Hospital César Amador Molina por su disposición.

A todas aquellas personas de que una u otra forma hicieron posible la realización del presente trabajo.

¡Gracias!



OPINIÓN DEL TUTOR

En los últimos días se habla mucho sobre lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino (Neoplasia Intraepitelial Cervical) y su asociación a muchos factores de riesgo; entre los que se encuentra la presencia del virus del papiloma humano (VPH).

Esto hace necesario el manejo integral de la mujer y la utilización de métodos diagnósticos que nos permitan detectar tempranamente y poder incidir en este proceso neoplásico cervical.

Es así, como en el presente estudio nace la inquietud de analizar estas lesiones cervicales y métodos diagnósticos utilizados en cuanto a su frecuencia, resultados, manejo y seguimiento de las pacientes.

De esta forma ofrecer una mejor calidad en la atención y prestación de los servicios en el programa de atención integral de la mujer.

Dr. Nelson Delgado.



RESUMEN.

Entre las enfermedades que afecta a la población mundial, el cáncer Cervico uterino representa una de las patologías más frecuentes, la detección precoz y oportuna mediante la toma adecuada y periódica del frotis de Papanicolaou, a logrado detectar en su etapa más temprana a nivel de Neoplasia Intraepitelial Cervical, permitiendo tratar dicha patología y así disminuir la incidencia y mortalidad a través de métodos diagnósticos.

Actualmente no existe estudio epidemiológico en nuestra región, por lo que se considero de suma importancia conocer el abordaje y seguimiento diagnóstico de lesiones precursoras de cervix.

En nuestro estudio, se evaluaron un total de 216 pacientes con citologías positivas de ingreso, con colposcopia y biopsia de cervix. Encontrándose la edad de 20 – 35años (47.7%) de nivel de escolaridad primaria con números de compañeros sexuales, multiparidad y el no uso de métodos de barrera.

Los hallazgos citocolpohistológicos encontraron la presencia del virus del papiloma humano (VPH) en su mayor porcentaje asociado a neoplasia intraepitelial cervical en diversos grados, a los cuales se le dieron tratamiento y seguimiento en la consulta externa. Un 82.8% se le realizaron procedimientos Qx a los cuales se continuaron su tratamiento. Del total de 216pacientes estudiadas el 24.5% no asistió a consulta externa por razones desconocidas, un 4.2% referidas a Oncología y el resto con controles en consulta externa, por lo cual se debe orientar a la población femenina por parte del personal medico de la importancia, detección precoz y seguimiento de lesiones precursoras de cervix.



INDICE.

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| ANTECEDENTES | 2 |
| JUSTIFICACIÓN | 4 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| OBJETIVOS | 6 |
| Objetivo General..... | 6 |
| Objetivos Específicos..... | 6 |
| MARCO TEORICO | 7 |
| NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)..... | 7 |
| CITOLOGIA CERVICAL O PAPANICOLAOU..... | 12 |
| COLPOSCOPIA..... | 17 |
| BIOPSIA CERVICAL..... | 21 |
| PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS NIC | 21 |
| MATERIAL Y MÉTODO | 27 |
| OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 29 |
| RESULTADOS | 31 |
| Datos Generales:..... | 31 |
| Datos GinecoObstétricos: | 31 |
| Hallazgos Citocolpohistológicos Y Tratamiento | 32 |
| DISCUSIÓN..... | 34 |
| CONCLUSIONES..... | 38 |
| RECOMENDACIONES | 39 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 40 |
| ANEXOS..... | 44 |



INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades que afectan a la población mundial, el cáncer Cervico uterino representa una de las patologías más frecuentes en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionado con las neoplasias malignas en la población general, y dentro de los procesos neoplásico que afectan el trato reproductor femenino, sobre todo detectado en su etapa más temprana a nivel de neoplasia intraepitelial cervical (displasia y carcinoma IN SITU). ^{1,2}

La detección precoz y oportuna mediante la toma adecuada y periódica del frotis de papanicolaou en el primer nivel de atención ha logrado detectar displasia y cáncer cervical preinvasivo con presencia de células anormales o lesiones precursoras, lo que permite tratar tempranamente ésta patología; y así disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo planteando estrategias y promoción de estilo de vida saludable, así como el aseguramiento del acceso de servicio de salud sexual y reproductiva. ^{3,4}

Actualmente, la Colposcopia es una técnica diagnóstica clínica que está siendo utilizada en el complemento de información por el papanicolaou, incrementándose la detección de displasia y cáncer cervical preinvasivo lo que permite brindar un diagnóstico histológico más exacto, así como la extensión de la lesión. ⁴

En nuestro país; sigue siendo un reto para que el diagnóstico se realice tempranamente, que incluye una serie de factores materiales, humanos y sobretodo la cultura de la población femenina, el acceso al programa y las pacientes que acuden a las unidades de salud, hospitales cuando la neoplasia cervicouterina se encuentra en estadíos avanzados. ^{5,6}



ANTECEDENTES

A nivel mundial el cáncer cérvico uterino, es la segunda causa de cáncer en mujeres; sobre todo en países desarrollo, es una causa importante de morbi – mortalidad lo que implica un problema de salud publica. ^{2,3}

Según estadísticas de defunciones, tasas de incidencia y datos de servicio hospitalario, muestran que cada año aproximadamente una de cada mil mujeres del grupo de edad entre 30 -54 años que viven en América Latina y del caribe desarrollan cáncer cérvico uterino requiriendo hospitalizaciones prolongadas, agravando el problema familiar y social. ³

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia de Managua, estiman que el cáncer cérvico uterino se sitúa en el 2do lugar como causa de muerte dentro de los casos de cáncer registrados en dicho centro en un periodo de cuatro años de 1995 – 1998 reportándose un total de 1405 casos de cáncer cérvico uterino siendo el grupo más afectado entre las edades de 41 a 50 años; el 40.2% de estos casos corresponden o se encuentran en el estadio II y el 34.6% en el estadio III. ^{4,5,6}

En nicaragua a pesar de no contar con un sistema de registro de cáncer; las estadísticas existentes demuestran que en el quinquenio (1993 – 1997) se presentaron un promedio de 191 muertes por un año a causa de esta patología. ⁶

Durante la década de 1982 a 1991, el cáncer cérvico uterino ocupó el primer lugar dentro de las siete primeras causas de muertes por neoplasias malignas siendo el grupo etáreo mas afectado las edades correspondidas entre 35 – 64 años. Para 1999, en las unidades de salud se atendieron 131,997 mujeres que demandaron el examen de papanicolaou, obteniendo una cobertura de este servicio de 11%; a la vez se registró



un total de 1453 egresos hospitalarios con diagnóstico de cáncer cérvico uterino y 152 defunciones por esta causa. ^{6,7,8}

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 35 y más años para el año 2003 era de 28% por cien mil mujeres en edad fértil y se esperaba que en el 2005 las mismas no sufran variaciones pero se ha planteado como meta que ésta se reduzca a 27.4% en el 2010 y 24.3% por 100,000 mujeres en edad fértil para el 2015. ^{9,10,11,22}

Se ha establecido como indicadores intermedios el plan nacional de salud, el aumento de la cobertura de citologías cervico vaginales, las que en el año 2003 fueron de 9.3% de las mujeres en edad fértil y se espera que aumenten a 17.3% para el 2010 y para el año 2015 a un 23.8% de las mujeres en edad fértil. ^{22,23}

En muchos países desarrollados, existen programas de detección selectivos de citología cervical que varía en grado de organización (programas de cribado) cuyo objetivo, es reducir la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino a través de la detección temprana y del tratamiento de las alteraciones epiteliales de lesiones premalignas. ⁷

Con la introducción del frotis de papanicolaou y la colposcopia, se incrementa la detección de displasia y cáncer cérvico uterino preinvasivo, lo que permite tratar tempranamente esta patología y así dar un tratamiento exitoso y disminuir la incidencia de cáncer invasivo con dicho tratamiento a un menor costo tanto social como para los servicios de salud disminuyendo su mortalidad. ^{6, 7,17}

Durante los últimos años se han emprendido acciones tendientes a dar cumplimiento a los acuerdos internacionales que contribuyen a promover la salud de la mujer y la familia, marcándose en las normas de prevención y atención de cáncer cérvico uterino lo cual es una de las herramientas básicas que se implementan para mejorar la calidad de atención de las pacientes en unidades de salud. ⁷



JUSTIFICACIÓN

Es sabido que el cáncer cervical desde el comienzo revela un crecimiento lento y paulatino antes de completar su desarrollo y nos proporciona varios años de su evolución en fase premaligna (INTRAEPITELIAL ASINTOMÁTICA) en las cuales éstas patologías pueden ser curable, con mayores y mejores posibilidades de vida con la detección oportuna a través de la citología, colposcopia e histología. ^{6,7,10}

Actualmente, no existe estudio alguno en nuestra región; razón por la cual considero de mucha importancia el estudio de la enfermedad en etapa temprana de su aparición, número de casos, grupo étnico, hallazgos citocolpohistológicos y tratamientos a seguir para la curación y bienestar de las pacientes afectadas y atendidas en esta unidad hospitalaria; mejorando así la calidad en la prestación de servicios en los programas de atención integral de la mujer. ²²



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el abordaje y seguimiento de las lesiones cervicales preinvasoras encontradas en la clínica de patología cervical en el período de enero del 2004 a enero del 2005 en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa?



OBJETIVOS

Objetivo General.

Evaluar el abordaje y seguimiento diagnóstico de las lesiones cervicales premalignas de pacientes atendidas en la clínica de Patología Cervical en el periodo de Enero del 2004 a Enero del 2005 en el Hospital Regional “Cesar Amador Molina” de Matagalpa.

Objetivos Específicos.

- ⊕ Identificar los rasgos epidemiológicos y antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes atendidas.
- ⊕ Determinar los hallazgos cito-colpohistológicos encontrados de las lesiones cervicales premalignas.
- ⊕ Evaluar el seguimiento de las lesiones cervicales premalignas de acuerdo al diagnóstico y tratamiento a seguir.



MARCO TEORICO

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, es decir, precursora del cáncer cervico uterino, han sido ampliamente estudiada y discutida en los años de la décadas de 1930 hasta la actualidad.

Las displasia es una lesión en la cual parte del espesor del Epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de Atipía. Las anomalías epiteliales comprendidas en las denominaciones de displasia se observan en el epitelio pavimentoso de la portio tanto como en el Epitelio Metaplásico de la mucosa endocervical. La displasia puede dividirse en tres grados: ^{7,8,10}

- Displasia Leve (Grado I)
- Displasia Moderada (Grado II)
- Displasia Grave y Carcinoma in situ (Grado III)

El concepto de neoplasia cervical intraepitelial indicado con mayor frecuencia con el acrónimo CIN (del Inglés Cervical Intraepitelial Neoplásica) anula el Sistema Dualista, “ Displasia” (Carcinoma IN SITU) y considera a las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario continuo e ingracecente, con diversos grados de anomalía de diferenciación y de maduración celular en el espeso del epitelio cervical hasta el compromiso total de ésta con la configuración morfológica del Carcinoma IN SITU. ^{7,8,18}

Esquema Histológico:

El CIN I está caracterizado por células por alteraciones de sus diferenciaciones que se encuentran en el tercio inferior del Epitelio correspondiente a la Displasia Leve.



El CIN II se establece cuando las células con diferenciación alterada ocupan los dos tercios inferiores del estrato epitelial y corresponde a la Displasia Moderada.

El CIN III se basa cuando las células indiferenciadas que ocupan el espesor del epitelio hasta a una altura superior a los dos tercios o todo el espesor y corresponde a la Displasia Grave y al Carcinoma IN SITU. ^{7,15}

Patogenia.

La historia natural convencional del Cáncer del Cuello Uterino consideran como agente desconocido que actuando como las células de reservas o sobre el Epitelio Metaplásico de la zona de transformación extremadamente receptivo para cualquier agente nocivo y en presencia de cofactores inmunológicos, hormonales, etc. Determina modificaciones morfológicas que se evidencia mediante las Colposcopía, en los diversos grados de la transformación anormal y que corresponde histológicamente al CIN de grado progresivo hasta el Carcinoma Invasor. ^{7,8}

La reinterpretación del esquema convencional identifica en el agente desconocido al HPV determina un proliferación epitelial que puede mantenerse como tal, experimentar una regresión o progresión o desviarse en sentido neoplásico. ^{7,17}

Datos Morfológicos.

- ➡ Coexistencia de Infección por HPV con el CIN, sea como evidencia morfológica de infección sobre agregada o como infección adyacente.
- ➡ Presencia de lesiones intraepiteliales sincrónicas en localización cervical y vulvar asociado con el HPV.
- ➡ Coexistencia de infección por HPV en los carcinomas invasores e IN SITU del pene. ⁸



Cofactores.

Desde el comienzo de la década de 1990 se pensaba que aún admitiendo el papel del HPV en las génesis del Carcinoma Espinocelular del Cuello Uterino, y sin más, de los carcinomas del tracto genital inferior, la sola infección por HPV no sería capaz de inducir la transformación neoplásica. Si bien los clásicos factores de riesgo del Carcinoma del Cuello Uterino indicaría con los factores de riesgos de la infección por HPV; la gran difusión de ésta, el alto porcentaje de regresión espontánea de la infección y por último, el diverso pico de incidencia de la infección por HPV (en edad joven) y del Carcinoma del Cuello Uterino (Cuarta y Quinta década de vida.) ^{7,8}

En general, la participación del HPV en la cancerogénesis puede resumirse así:

- ✦ Algunos HPV son potencialmente oncogénicos.
- ✦ Los factores de huésped controlan y previenen el crecimiento maligno inducido por estos virus.
- ✦ Los carcinógenos químicos o físicos actúan sinérgicamente con el HPV determinando la inducción neoplásica. ⁸

Los cofactores que se toman en consideración para el cuello uterino son:

- ✦ El virus Herpes Simple tipo 2 (HSV 2)
- ✦ Factores Inmunológicos.
- ✦ El Humo de Cigarrillo.
- ✦ Factores Hormonales ^{8,25}

Historia Natural.

La Evolución Teórica del CIN es la de una progresión regular del CIN I AL CIN II, AL CIN III, y de allí a la invasión del Estroma; es decir, al Carcinoma Invasor. Es sabido que existen dos tipos de estudios sobre la Historia Natural de la Displasia Cervical. El primer tipo evalúa la historia natural de la Displasia Cervical diagnosticada mediante el



Examen Citológico. Este tipo de estudio tiene su limitación en el hecho de que al basar el diagnóstico en un extendido citológico; no puede ser descartada la existencia de lesiones más graves desde el momento del diagnóstico. ^{7, 10, 20}

El segundo tipo de estudio valora la historial natural de la Displasia Cervical después del examen histológico, éste tiene tres condicionamientos:

En primer lugar “La interpretación diagnóstica”, es conocida la variabilidad diagnóstica en el CIN, ello sugiere que la frecuencia de la progresión de un CIN de bajo grado a un CIN de alto grado, está condicionado por el grado de certeza diagnóstica del Patólogo.

El segundo punto es que áreas de CIN de bajo grado pueden coexistir con áreas de CIN de alto grado, así como áreas de CIN III se hayan a menudo presente en los bordes de un carcinoma invasor. ⁸

Un tercer punto importante es que el diagnóstico de CIN es escisional, por lo tanto, pueden extirparse enteramente algunas lesiones con un biopsia cervical, determinando de este modo una aparente regresión espontánea y en consecuencia, una reducción de los casos que podrían transformarse en invasores. ^{7, 8, 17}

Está fuera de duda que una parte de los CIN pasa a CIN II y de allí a un CIN III, Y está comprobado que una parte los CIN III, se transforman en carcinoma invasor; del mismo modo que no existen dudas que un elevado porcentaje de los CIN I citológicos experimenta regresión.

Se calculan que en las sesiones del CIN III la progresión a carcinoma invasor; se producen en el 20 a 60 % de los casos con un tiempo de tránsito, calculando sobre la base de la edad de incidencia que dura de 10 a 15 años.

Recordemos que el porcentaje de regresión y de progresión del CIN de alto grado es difícil de establecer, puesto que, son sometidos a tratamiento. ⁸



Diagnóstico.

La CIN es totalmente asintomática, la anamnesia, por lo tanto, no puede orientar en el diagnóstico de éstas lesiones. Igual sucede con la infección del cuello uterino mediante el especulo disponemos actualmente de tres métodos diagnósticos de probada Eficacia para la detección del CIN: Citología Exfoliativa, Colposcopia y Biopsia.

El CIN III alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década en la vida, mientras que el carcinoma invasor tiene una incidencia máxima en la cuarta década de la vida. El CIN por lo tanto, tiene el máximo incidencia de años antes que el pico máximo de incidencia del carcinoma invasor. El CIN III es un hecho raro después de los 50 años, son evidentes las implicaciones de estos en el contexto de un programa de detección. ^{2,8,10}

El CIN puede tener localización Exocervical, Exo-endocervical, y Endocervical.

Las células que constituyen el cuadro Citológico del CIN I, son de modo exclusivo de tipo superficial e intermedio de elementos isodiamétricos, poligonales, con citoplasma abundantes, puede haber células superficiales, fusiformes, nucleadas, o nó, con citoplasma, los núcleos son únicos o múltiples, sobre todo en presencia de infección por HPV de forma redondeada.

El CIN II (Displasia Moderada) se caracteriza por la presencia de elementos de tipo superficial e intermedio junto con células Parabasales Discarióticas, presentan un núcleo un 2 a 3 veces más grande que lo normal, con cromatina granular.

En el CIN III (Displasia Grave), carcinoma IN SITU, las células tiene dimensiones que varían desde las de una célula de reserva a las de una célula parabasal, la relación núcleo-citoplasma, el núcleo está rodeado por escasos citoplasma de aspecto florido con membrana nuclear engrosada y multilobular por la presencia de profundas incisiones. ^{7, 8, 17,22}



VII. Cuadro Clínico

Los pacientes con lesión intraepitelial cervical de bajo grado suelen permanecer asintomáticas. Cuando los síntomas se presentan, por lo general son provocados por alguna infección vaginal asociada, la única manera de descubrir estas lesiones es por examen citológico, efectuado por exámenes ginecológicos periódicos de detección del cáncer.

Muchas pacientes tienen una secreción profusa a menudo mal oliente aun sin relaciones sexuales, en especial cuando la enfermedad esta avanzada, el dolor no es un síntoma frecuente a menos de que la enfermedad este avanzada.

En los últimos estadios presentan síntomas vesicales y rectales. Cuando afecta las raíces nerviosas lumbosacros y ciáticas y la pared pelviana lateral, el dolor pelviano irradiado a la pierna se vuelve insoportable y es indicativo de enfermedad avanzada, el edema de los miembros inferiores indica obstrucción tumoral del drenaje linfático. ^{7, 8, 18}

CITOLOGIA CERVICAL O PAPANICOLAOU.

Es un elemento importante en la detección de lesiones cervicales precancerosas, identificado a las mujeres que requieran un seguimiento y tratamiento, debe ser realizado en intervalos adecuados a las mujeres de mayor riesgo y en fases asintomáticas para garantizar la revocación de la morbilidad y mortalidad. La técnica es relativamente barata, idónea y precisa para el diagnostico de displasia cervical y cáncer.

^{7,11,19}

Histopatológicamente las lesiones cervicales pre-invasoras incluyen estados progresivos de displasia (leve, moderada y severa), las cuales llevan al carcinoma "IN SITU", a la micro invasión y finalmente a la invasión profunda y a distancia. ⁸



Clasificación basada en el sistema de Bethesda para el reporte del diagnóstico de la Citología Cervical.

Declaración de la adecuación de la muestra:

- ❖ Satisfactoria
- ❖ Menos que óptima
- ❖ Insatisfactoria

Explicación para las muestras “menos que óptimas/insatisfactorias”

- ❖ Celularidad escasa
- ❖ Mala fijación o preservación
- ❖ Presencia de material extraño (lubricante)
- ❖ Parcial o completamente cubierto por inflamación.
- ❖ Parcial o complemento cubierto por sangre
- ❖ Excesiva citólisis o autólisis

- ❖ Ausencia de componente endocervical, en mujer premenopáusica que tiene cervix
- ❖ No representativo del sitio anatómico
- ❖ Otros.

Categorías Generales:

- ❖ Dentro de límites normales
- ❖ Otros
 - a. Consúltense los diagnósticos descriptivos
 - b. Se recomienda diagnósticos más completos



Diagnósticos descriptivos

- ❖ Infección
- ❖ Hongos
- ❖ Bacterias
- ❖ Protozoos
- ❖ Viral

Cambios Reactivos o Reparativos

- ❖ Inflamación
- ❖ Misceláneos

Anormalidades de las Células Epiteliales:

- ❖ Células escamosas atípicas de significado indeterminado.
- ❖ Lesión escamosa intraepitelial (SIL)
- ❖ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, incluyendo:
 - a. Cambios celulares asociados a HPV.
 - b. Displasia leve/neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I).

Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado, incluyendo:

1. Displasia moderada/NIC II.
 2. Displasia severa/NIC III.
 3. Carcinoma IN SITU/NIC III.
- ✓ Carcinoma de células escamosas
 - ✓ Células glandulares



- ✓ Presencia de células endometriales
- ✓ Células glandulares atípicas de significado indeterminado.
 - a. Endometrial
 - b. Endocervical
 - c. Sin otra especificación

Adenocarcinoma.

- A. Especificar el probable sitio de origen, endocervical, endometrial extrauterino
- B. Sin otra especificación

Otra neoplasia maligna epitelial.

Evaluación Hormonal

- A) Patrón hormonal compatible con la edad e historia
- B) Patrón hormonal compatible con la edad e historia específica.
- C) Evaluación hormonal no posible
- D) Otros. 8

Edad de inicio y frecuencia para la toma del papanicolaou:

Todas la mujeres que son o han sido, sexualmente activas deben realizarse una prueba de papanicolaou o mujeres de 25-65 años o mujeres mayores de 65 años que no tengan un estudio citológico reciente o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo una vez que se han realizado tres o mas exploraciones anuales satisfactorias, con resultados de papanicolaou normales, pueden reducirse la frecuencia del frotis del papanicolaou.

De suma importancia, el criterio medico la prueba debe realizarse a toda mujer embarazada, independientemente de la edad de gestación, la unión escamocilíndrica se halla en eversión por la hipertrofia y dilatación del canal endocervical. La repetición



del examen citológico no debe hacerse antes de 3 semanas del primero y debe transcurrir por los menos una semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de la muestra para repetir el examen. ^{7,8}

No debe realizarse cuando:

- La paciente esta menstruando
- Es portadora de infección vaginal relativa
- Aplicación de tratamiento o lavados vaginales 24 hrs. antes del examen.
- Relaciones sexuales 24 hrs. antes del examen. ^{22,23}

Informe e Interpretación de los Resultados del Papanicolaou.

1. El resultado deberá informarse a la usuaria en un periodo no mayor de un mes.
2. Para informar los resultados de la citología se utilizara el Sistema Bethesda.
3. La solicitud de citología se llenara en original y dos copias. Esta solicitud acompañada de la lámina con la muestra tomada a la usuaria, será enviada al departamento de patología para su lectura.
4. El resultado de la citología se reportara en la misma solicitud. La primera hoja (original), se conservara en el archivo de patología. La segunda hoja (primera copia) Se enviara al expediente clínico del hospital o unidad de salud de referencia, la tercera hoja (segunda copia) se enviara al registro central del programa de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. ^{7, 8, 10,16}



COLPOSCOPÍA

Consiste en la evaluación clínica del epitelio cervical permitiendo observar cambios en los patrones de superficie y red vascular. Es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos. ^{7,8}

I. Historia

Nacida como recurso de diagnóstico temprano del carcinoma del cuello uterino, la colposcopia ha representado en el curso de los años una caracterización más precisa de sus posibilidades diagnósticas y una ampliación de sus posibilidades de aplicación práctica, hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad pélvica.

En 1925, Hinselmann director de la clínica ginecológica de la universidad de Hamburgo, Alemania, inventó y puso en funcionamiento un dispositivo óptico que le permitió ver el cuello uterino a gran medida.

Pero el mérito de Hinselmann no radica solo en la concepción de la colposcopia como medio de exploración, sino que además con ayuda de su invento descubrió y sistematizó una serie de lesiones cervicales, antes totalmente desconocidas y que fueron la base para un mejor conocimiento de la patología cervical. Al practicar biopsias repetidas y correlacionar los aspectos colposcópicos con los histológicos, formuló una visión totalmente inédita de los orígenes del cáncer cervical, que aun hoy es fundamental, junto con la citología para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. ^{7,11}

La colposcopia se le suman las ventajas que derivan de las posibilidades de localizar con exactitud las muestras para biopsia, de efectuar con mayor precisión tratamientos locales, de controlar a distancia los resultados de tratamiento locales de diversos tipos y



de reconocer la existencia de procesos inflamatorios oligosintomáticos, a la vez tiene sus limitaciones, esta estimado que el 15% de las pacientes rinde un diagnóstico insatisfactorio porque la zona de transformación no puede ser visualizada por completo, además no permite conocer las características de las células que componen el epitelio, solo indirectamente, al no poder enjuiciar la morfología del citoplasma y del núcleo de las células, y del conducto endocervical a pesar de estas limitaciones expuestas, la colposcopia es un método de gran utilidad en el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. ^{8,11,23}

Durante la observación del cuello se debe observar y reconocer la anatomía del.

- 1- Exocervix: con apariencia uniformemente lisa de color rosado brillante.
- 2- Endocervix. Mucosa con discretos relieves papilares, lisos, rosados y brillantes.
- 3- Orificio cervical externo: coincide idealmente con el límite entre la mucosa exocervical y endocervical
- 4- Zona de transformación: debe ser entendido desde el inicio que la zona entera de transformación del cervix debe ser visualizada es aquella área entre el epitelio columnar y el epitelio escamoso original, donde la acción y cambios cervicales es marcada, por consiguiente es el área donde el epitelio columnar se ha transformado o esta siendo transformado en un nuevo epitelio escamoso.

La zona de transformación entera debe ser visualizada, en otras palabras, el epitelio columnar debe ser visualizado internamente y el epitelio escamoso original debe ser visualizado externamente, el proceso de transformación es usualmente denominado metaplasia escamosa. ^{7, 15,17}

La descripción de los cambios sistemáticos de la zona de transformación son los siguientes:

- 1- El epitelio columnar bajo la influencia de PH bajo o Ácido sufre una metaplasia temprana.
- 2- El metaplasia temprana puede tomar 2 tipos de evolución: normal o anormal.



- 3- La evolución normal continúa a la metaplasia fisiológica y al bien diferenciado nuevo epitelio escamoso, estos cambios son considerados como una zona de transformación normal.
- 4- La evolución anormal cambia a metaplasia atípica bajo la influencia quizás de experiencia sexual temprana, infección viral o uso de dietil – estilbestrol (D.E.S).

La metaplasia atípica sufre 2 respuesta alternativas, con una respuesta adecuada del huésped no propensa a la lesión, la cual podría quedarse constante y no cambiar por toda la vida de la paciente y otra con una respuesta inadecuada del huésped donde puede ocurrir una displasia leve, modera y severa, y ser seguida a cáncer IN SITU, para cáncer invasor. Esto probablemente es una enfermedad progresiva requiriendo meses y años para que ocurra. El metaplasia atípica y su progresión con una respuesta inadecuada del huésped son denominados zonas de transformación anormal. El valor real de la colposcopia consiste en el hecho de que estos cambios sean identificados. ^{7,8,10}

INDICACIONES DE LA COLPOSCOPIA

- 1- Valoración de pacientes con citología anormal
- 2- Estudio diagnóstico de las pacientes sintomáticas
- 3- Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical
- 4- Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos.
- 5- Control del NIC durante el embarazo
- 6- Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas con terapéuticas conservadoras.
- 7- Diagnóstico de las infecciones virales
- 8- Diagnóstico de la patología vulvar (vulvoscopia)
- 9- Diagnóstico de la patología peniana (peniscopía) 8



TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA:

Existen varios hechos que han dificultado la comprensión del valor de la colposcopia y por lo tanto, su difusión.

El primero es la terminología utilizada que con frecuencia ha incorporado términos histológicos para designar imágenes colposcópicas creando así confusiones entre la correspondencia de los cuadros colposcópicos e histológicas.

En segundo lugar se han establecido relaciones excesivamente simples entre las imágenes observadas al colposcopio y su substrato microscópico, por último, para comprender el valor real de la colposcopia, es necesario conocer las estructuras microscópicas normales y patológicas del cuello uterino. ^{4,7,8}

TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA DE BURGHARDT (1984)

I. Hallazgos colposcópicos normales.

- a. Epitelio pavimentoso original.
- b. Ectopia (Epitelio Cilíndrico)
- c. Zona de transformación

II. Hallazgos colposcópicos anormales

- Queratosis (leucoplasia)
- Punteado
- Mosaico
- Zona de Transformación insólita
- Erosión (Úlcera)
- Área Yodoclara netamente circunscrita insignificante.



III. Carcinoma Invasor Sospechoso.

IV. Carcinoma Invasor

V. Otros hallazgos colposcópicos (miscelánea)

- Alteraciones inflamatorias.
- Pólipos.
- Papiloma – Condiloma.
- Alteraciones atróficas.
- Otros. ^{8,11}

BIOPSIA CERVICAL

Es el método que habitualmente utilizamos para extraer pequeños fragmentos de tejido, ya que no precisa anestesia se puede practicar bajo control colposcópico, dirigiendo de esta manera la toma de la muestra hacia el punto mas sospechosos, si se efectúa mas de una toma, siempre se empezara por el labio posterior para evitar que el sangrado dificulta la visión, la pinza utilizada es un sacabocado, constituida por una parte fija y una parte móvil cortante.

En la superficie que queda sangrante se aplica un taponamiento vaginal, por varias horas o electrocoagulación y la muestra se coloca en formalina 10%. ^{8,10,17}

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS NIC

La histerectomía ha sido durante muchos años el tratamiento de elección para el carcinoma IN SITU del cuello uterino. En la década de 1960 se introdujo la conización mediante bisturí en frío y a mediados de la década de 1970 los tratamientos conservadores, en los años de la década de los 80s, algunos de ellos utilizaron según



el sitio y no la gravedad de la lesión, a mediados de la misma década la conización con LASER y por último con el LEEP. ^{7,22}

Todos estos métodos de tratamiento han puesto en evidencia la posibilidad de obtener resultados, comparables, a la cirugía cruenta con la ventaja específica de la conservación anatómica y funcional del órgano; según los modernos conceptos de radicalidad en Oncología, se define como tratamiento ideal a la modalidad terapéutica que permite la extirpación selectiva del área de tejido neoplásico, con el máximo respeto de tejido sano circundante, teniendo en cuenta las modalidades de discusión de extensión microscópica de la enfermedad. ⁸

En conocimiento de la historia natural y la definición diagnóstica exacta de la lesión preinvasora, en cuanto a la extensión en superficie y en profundidad, representa la premisa indispensable para la selección de pacientes a tratamiento conservador.

I. Crioterapia.

Es un método que ha tenido amplia difusión en la década de 1970, sobre todo en los Estados Unidos. La Crioterapia de las lesiones cervicales aprovecha el efecto lesivo de la Hipotermia sobre tejidos humanos. El instrumento está constituido esquemáticamente por una sonda de extremo en Perilla, intercambiable de diferentes formas y dimensiones a través de la cual el paso de gas refrigerante provoca un descenso de la temperatura hasta los valores de -80°C / -90°C . ^{8,21}

El efecto destructivo deriva de la compleja interacción de diferentes procesos Biológicos en la adyacencia inmediata del tejido congelado, el progresivo descenso de la temperatura comporta un cambio de estado del agua intracelular con cristalización, y rotura de las membranas celulares; la Criocirugía puede realizarse con un solo ciclo de congelamiento o con dos ciclos. Durante el tratamiento la paciente puede advertir una sensación de calambre abdominal análoga a la que se experimenta en el curso de la electrocoagulación, pero de menor intensidad. Las reacciones más violentas son raras. ^{7,10,18}



La Sintomatología en los días sucesivos a la Crioterapia no es diferente de la que sigue con tratamiento con electrocoagulación, desde el primer día del tratamiento se producen el área necrosada abundantes pérdidas vaginales no sanguíneas, el tiempo de curación con reepitelización completa; se extiende de 6-8 semanas, el método crioquirúrgico no permite la destrucción selectiva del área afectada, comparte una amplia necrosis de tejidos con pérdidas vaginales y con prolongación de los tiempos de curación. ^{8,22}

II. Conización con Bisturí Frío.

La conización fue introducida por Miller y Todd en 1938, mas adelante el Bisturí eléctrico fue sustituido por el Bisturí en frío angulado para obviar la necrosis del tejido sometido. ⁷

La conización consiste en la extirpación de un cono de tejido en ápice truncado, cuya circunferencia de base pasas por fuera de la zona yodonegativa con la solución de lugol y cuyas paredes comprenden en canal cervical en buena parte de su altura. La conización es un técnica diagnostica y curativa. En tiempos pasados, décadas de 1960 se efectuaba cuando existían razones especiales para conservar el útero (pacientes jóvenes) y cuando no existían afecciones ginecológicas concomitantes que hacían preferible el tratamiento quirúrgico mayor (Histerectomía Total Simple). La conización por lo regular se afecta durante el periodo postmenstrual de manera que la cicatriz quirúrgica se consolide antes de la nueva menstruación. La paciente sometía a conización por CIN de alto grado de be ser controlado cada 6 meses; mediante exámenes citológicos y colposcópicos durante 2 años. La conización es un intervención simple con cicatrización rápida que conserva íntegra la capacidad reproductiva de la mujer, la complicación mas común es la hemorragia que se produce durante la intervención, las frecuencias de las computaciones tardía después de la conización, el incremento de números de mujeres portadoras de CIN, el concepto de que el tratamiento del CIN no se basa en la gravedad histológica, sino sobre la localización (Exocervical, Exo-endocervical o Endocervical). ^{8,18,20}



Electrocoagulación.

La Electrocoagulación se utiliza desde mediados de la década de 1950 para el tratamiento del CIN, el cual no fue tan popular debido al número de factores como el dolor Pélvico por contracción del útero, dolor vaginal debido al calor, las pérdidas vaginales después de la intervención. La elevada frecuencia de complicaciones tardías como la Estenosis Cervical y sobre todo el alto porcentaje de residuas o de persistencia de la enfermedad. ⁸

III. Termocoagulación.

Propuesta por Semm, en la década de 1960 para destrucción de lesiones benignas, y en 1983 para el tratamiento del CIN. La termocoagulación aprovecha el efecto destructivo del calor sobre los tejidos humanos. Esto requiere una instrumental similar y una técnica de ejecución no diferente a la Crioterapia. A diferencia de la termo coagulación, no hay paso de corriente eléctrica al organismo y el aumento de la temperatura en el Epitelio se produce una irradiación térmica, las facilidades de ejecución que permite así mismo que un operador poco experimentado obtenga la destrucción del Tejido Cervical con una profundidad de 2 a 4 mm, y una extensión predeterminada de acuerdo con las dimensiones de las sondas utilizadas, lo cual constituye la principal ventaja del método. Por otro lado, la escasa flexibilidad del método, unido a un efecto destructivo excesivamente estandarizado constituye la alimentación principal. La técnica ofrece escasos efectos colaterales como el sangrado y pérdida vaginal. ^{7,8,16,21}

IV. Diatermia Quirúrgica (LEEP).

LA Diatermia Quirúrgica (ASA DIATERMICA) y en la actualidad LEEP del acrónimo del Inglés “ Loop Electrosurgical Escisión Procedures). El ASA de atérmica fue introducida en Francia en los primeros años de la primera década de 1940 por Palmer para la Escisión de Pólipos Cervicales. Después fue ampliamente utilizado por Couper y por Cartier para tomar muestra de la transformación atípica. Hacia fines de la década de 1980 Boulanger y Col. Utilizaron el ASA diatérmica como método quirúrgico del CIN a método terapéutico. ⁸



El ASA diatérmico es un instrumento ablativo constituido por un electrodo activo de diferentes perfiles, con filamentos metálicos cuyo espesor no debe ser superior a 2/10 de mm, que se utiliza para la función de corte coagulante con emisión de corriente alternada de alta frecuencia, regulada en la medida apropiada. ^{7,8}

Las ASAS de las viejas generaciones son:

- ❖ El ASA clásica
- ❖ El ASA de Cartier
- ❖ El ASA rotatorio.

El porcentaje de complicaciones (Hemorragias Perioperatorias y Postoperatorias, Infecciones, Estenosis Cervical) del tratamiento es escisional con LEEP está comprendido entre el 6-12 %. En el periodo Postoperatorio son frecuentes las pérdidas vaginales no hemáticas. La Escisión completa del CIN con LEEP se obtiene con mayor frecuencia cuanto menos penetra la lesión en el canal. La principal ventaja del LEEP es poder efectuar el diagnóstico y tratamiento en una única sesión. La segunda ventaja es que el instrumental para el LEEP es poco costoso en relación con el costo del aparato LASER. ^{8,16,25}

V. Vaporización Con LASER de CO₂.

Los CIN de grado elevado (CIN II-III) pueden ser sometidos a tratamientos destructivos o escisional mediante LASER según su distribución topográfica. El método destructivo está indicado para lesiones enteramente exocervicales (con la unión Escamocilíndrica) completamente visible en Colposcopia, así como las infecciones por el virus del Papiloma.

La conización Cervical efectuada con LASER de CO₂ y microscopio quirúrgico se considera en la actualidad una intervención Segura y ha sustituido casi por completo a la clásica Conización mediante bisturís en frío. La profundidad y anchura del cono está



determinado por la topografía de la lesión, por lo Morfología del Cerviz y la edad de la paciente. La conización con LASER de CO₂ se efectúa con las mismas indicaciones de la Conización quirúrgica, enfriando el rayo LASER similar al bisturí. ^{8,14,16}

VI. Histerectomía

Es la Extirpación del útero con preservación de los anexos, indicada cuando por conización cervical los bordes de la piezas operatoria no están libres de enfermedad o cuando existen una Citología cervico vaginal anormal persistente después de la conización o con la presencia de Ca IN SITU. ⁸



MATERIAL Y MÉTODO

Tipo De Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se evaluó el abordaje y seguimiento diagnóstico de las lesiones cervicales premalignas atendidas en la Clínica de Patología Cervical del Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

Área De Estudio:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional “Cesar Amador Molina “ de la ciudad de Matagalpa, en el servicio de consulta externa en la clínica de Patología cervical y departamento de patología.

Población de Estudio:

Son todas las mujeres que desarrollaron alteraciones intraepiteliales enviadas a la consulta externa de la clínica de Patología cervical con papanicolaou; o citología cervical anormal.

Fuente: Secundaria. El desarrollo de esta investigación se basó en datos que fueron recopilados mediante formularios previamente elaborados del libro de registro de la clínica de Patología Cervical, archivo del departamento de Patología y expedientes clínicos del Hospital Regional “Cesar Amador Molina” de la ciudad de Matagalpa.



Instrumento:

Ficha de recolección de datos (Ver Anexos).

Procedimientos de Recolección de la Información:

La información fue recolectada en formularios elaborados del registro de la clínica de Patología Cervical, Departamento de Patología y expedientes clínicos con previa autorización de la dirección y docencia del Hospital “Cesar Amador Molina”, por lo cual se solicitó la revisión del Libro de Registro de colposcopia y Patología para el llenado de dicho formulario.

La ficha de recolección de la información consiste en una serie de preguntas cerradas (anexo 1) previamente definidas. Las preguntas se agruparon en datos generales o rasgos epidemiológicos, antecedentes Ginecoobstétricos, métodos diagnósticos y tratamiento de cada paciente a estudiar.

Procedimiento y Análisis de los Datos:

La información se procesó con ayuda del programa Epi-info 2005 para obtener distribución de frecuencia y asociación de variables en números de casos y proporciones. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de Word y PowerPoint.



OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

| I. DATOS GENERALES. | | | |
|------------------------------|---|------------|--|
| Variables | Concepto | Indicador | Valor |
| Edad | Número de años vivido según Nacimiento | Numérico | ≤ 19 y ≥ 20 años |
| Procedencia | Residencia Habitual | Expediente | a. Rural b. Urbano |
| Escolaridad | Nivel Académico Obtenido | Expediente | a. Analfabeto b. Primaria c. Secundaria d. Superior e. Otros |
| II. DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS | | | |
| Variables | Concepto | Indicador | Valor |
| Inicio de Vida Sexual Activa | Edad de su Primera Relación Sexual | Numérico | En años |
| No. De Compañeros Sexuales. | Número de Cónyuges que ha tenido desde el inicio de su Vida Sexual. | Numérico | a. 1-2 Cro. b. 3 + Cro. |
| No. De Partos | No. de Hijos Nacidos | Numérico | a. 2-3 b. 4 + |
| Infección Genital | Reacción Inflamatoria de Origen Genital | Expediente | a. si b. no |



OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

| III. METODOS DIAGNÓSTICOS | | | |
|---------------------------|---|------------|-----------|
| Variables | Concepto | Indicador | Valor |
| Papanicolaou | Método Diagnóstico Utilizado en la Detección de Lesiones Preinvasivas | Expediente | Resultado |
| Colposcopia | Sistema de Lentes y Fuentes Luminosas que Visualiza el Cervix | Expediente | Resultado |
| Biopsia Cervical | Estudio Histopatológico de una Muestra Tomada con el Colposcopio. | Expediente | Resultado |
| IV. TRATAMIENTO | | | |
| Variables | Concepto | Indicador | Valor |
| Médico | Fármacos | Expediente | Resultado |
| Quirúrgico | Procedimientos | Expediente | Resultado |



RESULTADOS

En Nuestro estudio sobre abordaje y seguimiento diagnostico de las lesiones cervicales preinvasoras se evaluaron un total de 216 pacientes atendidas en la clínica de Patología Cervical de enero del 2004 a enero del 2005 en el hospital Cesar Amador Molina de Matagalpa.

Datos Generales:

Al caracterizar a la población de estudio encontré que la edad de las pacientes estudiadas oscila en su mayoría entre 20 – 35 años para un 47.7%; seguido del grupo que comprendía entre 36 – 49 años de edad con un 37.5%. De acuerdo al nivel de escolaridad se encontró que el grupo mas frecuente es la primaria con un 76.4%. La procedencia fue la rural para un 50.9% (Ver anexo cuadro 1).

Datos GinecoObstétricos:

La Menarca se había efectuado entre los 10 – 14 años con un 71.3% de las pacientes estudiadas.

Su inicio de vida sexual activa obtuvo su mayor porcentaje en el grupo de 16 – 19 años con un 47.2%; seguido del grupo entre las edades de 12 – 15 con un 31.9%.

Se encontró que el 47.7% tuvo un solo compañero sexual y el 44.4% de 2 – 3 compañeros sexuales.

En cuanto al numero de partos; se encontró en el estudio una mayor proporción de partos con un 37.0% de 3 – 5 hijos; seguido de 6 partos a mas con un 27.8%. La mayoría de las pacientes refirieron historia de infección genital con un 98.1% de 212 pacientes. (Ver Anexo Cuadro No. 2)



Dentro de los métodos de planificación mas usados por las pacientes, se encuentra que los gestagenos orales con un 31.5%, inyectable (Depoprovera) en un 25.9%, el no uso de método de planificación correspondía en un 19.4% y un 1.9% usaban preservativos. (Cuadro No. 2)

Hallazgos Citocolpohistológicos Y Tratamiento

Los métodos diagnósticos utilizados fueron tinción papanicolaou, colposcopia y Biopsia; de lo cual se reportaron 216 citologías anormales de ingresos realizándole 216 colposcopia y respectivas biopsia de cérvix. (Ver Anexo Cuadro No. 3)

Los hallazgos citológicos de ingresos correspondieron a 111 casos de virus papiloma humano (VPH) con un 51.4%; displasia leve + VPH un 16.7%; Displasia moderada + VPH un 12.0; un 7.9% displasia severa/ca in situ por VPH; 14 casos con inflamatorio 6.5%; 3.2% con atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 2.3% carcinoma de células escamosas invasor. (Ver Anexo Cuadro No. 4)

Los hallazgos colposcópico mas frecuentes encontrados correspondieron en un 48.1% hallazgos anormales, un 33.3% lesiones de miscelánea según la terminología y se encontraron hallazgos normales con un 18.5%. (Ver Anexo Cuadro No. 5)

En la pacientes estudiadas se encontró que un 75.5% acudieron a retirar resultado de biopsia (163 pacientes) y un 24.5% no acudieron a retirar resultado las cuales se definieron como abandono. (Ver Anexo Cuadro No. 7)

Dentro de los resultados histopatológicos de biopsia de Cérvix se reportaron 36.1% Cervicitis crónica + VPH; un 8.3% displasia leve por VPH; 5.6% Displasia Moderada por VPH; 5.6 Displasia severa + VPH; un 5.6% inflamatorio; 5.1% CA IN SITU (CIS); 3.2% carcinoma epidermoide infiltrante queratinizante de células grandes; displasia moderada a severa por VPH un 1.4%; 3 casos de endocervicitis polipoide (1.4%); 2 casos condiloma plano de cervix por VPH (0.9%), 2 cáncer invasor, 2 carcinoma microinvasor (0.9%) y un caso de VPH con negatividad de células malignas para un 0.5%. (Ver Anexo Cuadro No. 7)



Resultando un total de 151 casos con presencia del virus papiloma humano con un 69.9% y un 5.6% que no reportaron VPH de los resultados de biopsia de cérvix retirados (163 Bx). A dichos resultados se le enviaron las siguientes indicaciones; un 82.8% se citaron para la realización de procedimientos quirúrgicos (135 pacientes); 9.8% con papanicolaou de control (16 pacientes); 5.5% fueron referidas al servicio de oncología del hospital Bertha Calderón Roque – Managua (9px) y un 1.8% con cita abierta por embarazo (3px) del total de biopsia retiradas en patología. (Ver Anexo Cuadro No. 7 y 8)

Los procedimientos quirúrgicos realizado según diagnósticos por biopsia de cérvix fueron 93 crioterapia con un 68.9%, 31 histerectomía total abdominal (HTA con un 23.0%, 8 conizaciones con un 5.9% y 3 histerectomía vaginal con un 2.2%. (Ver Cuadro No. 9)

Los hallazgos histopatológicos de las piezas operatorias encontrados en el conobiopsia fueron un 37.5% CA IN SITU (3 casos); 25.0% displasia moderada por VPH (2 casos); y un 37.5% con displasia severa (3 casos). En los casos que fue indicada la histerectomía total vaginal (HTV) los hallazgos patológicos fueron 1 caso de cervicitis crónica por VPH en un 33.3%; 1 carcinoma epidermoide infiltrante de células grandes con márgenes tomados (33.3%) y un caso de displasia moderada con prolapso cervical con un 33.3%,seguido por los hallazgos histopatológicos en donde se realizo histerectomía total abdominal (HTA) fueron 12 casos de displasia moderada por VPH con 38.7%; 5 casos de Displasia severa por VPH en un 16.1%; con 29.0% carcinoma IN SITU (9 casos) de los cuales son márgenes libres; 3 cervicitis crónica con un 9.7%; 1 caso displasia leve con 3.2% y un caso de carcinoma microinvasor (3.2%) haciendo notar que está paciente tenía 2 papanicolaou de ingreso que reportaban displasia severa/ca in situ. Finalmente del total de las pacientes atendidas; el 24.5% no asistió a la consulta externa por razones desconocidas; un 15.7% fue dado de alta con recomendaciones clínicas constando en los expedientes clínicos, el 55.6% iba a ser seguidas con papanicolaou de control en consulta externa de ginecología y el 4.2% fueron referidas al servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón Roque. (Ver Cuadro No. 10 y 11)



DISCUSIÓN.

En el periodo de enero del 2004 a enero del 2005; se atendieron un total de 216 pacientes en la clínica de patología cervical del hospital “César Amador Molina” del servicio de ginecología de Matagalpa.

Analizando la edad de nuestras pacientes en el periodo de estudio encontré que el 47.7% comprendía edades entre 20 – 35 años, que es aproximadamente la edad en que colposcópicamente puede visualizarse la unión escamocilíndrica del cervix; además es un tejido susceptible para la interacción del carcinógeno.

El nivel de instrucción de las pacientes es bajo donde hubo predominio de estudios incompletos de primaria, esto viene a expresar aún más que nuestras pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, a pesar que el 49.1% era de procedencia urbana y el 50.9% del área rural.

Notándose de esta manera el poco conocimiento e información para la detección precoz y oportuna por medio del papanicolaou y colposcopia de lesiones cervicales preinvasoras.

Al analizar los datos ginecoobstétricos no se encontró diferencia significativa con la menarca de las pacientes, puesto que la mayoría resultaron entre 10 – 14 años aproximadamente.

El inicio de vida sexual activa de las pacientes fue a temprana edad, algunas precozmente antes de la menarca, la gran mayoría resultaron jóvenes adolescentes entre 12 – 15 años seguido de 16 a 19 años de edad.

Encontrándose asociado el numero de compañeros; aunque un 47.7% solo tuvieron 1 compañero sexual y un 44.4% de 2 – 3 compañeros sexuales, es poca la diferencia, pero dichas pacientes presentaban alteraciones cervicales.



Al hablar de paridad de las pacientes estudiadas, vemos reflejada la paridad a temprana edad, la multiparidad con intervalos intergenésicos cortos, lo cual refleja un dato importante en las lesiones preinvasoras o neoplasia intraepitelial cervical.

Todo lo anterior, se compara con lo mencionado en la bibliografía consultada que la neoplasia intraepitelial cervical o lesiones precursoras de cérvix se asocian a múltiples factores interdependientes; entre ellos la multiparidad, la edad del primer embarazo, múltiples compañeros sexuales e incluso el estado socioeconómico que está interrelacionando con la pobreza relativa, el parto juvenil, factores hormonales, todo esto incrementa la posibilidad de desarrollar alteraciones o lesiones preinvasoras que pueden desarrollarse a cáncer.

La mayoría de nuestras pacientes refirieron historia de infección genital, en especial la presencia del virus del papiloma humano (VPH), el cual es un dato importante en la NIC, lo que demuestra que las pacientes probablemente han estado expuesta a enfermedades de transmisión sexual; además el no uso de preservativos como método de barrera, comportamiento del compañero sexual, la promiscuidad y la idiosincrasia de la población masculina predispone a dichas patologías.

El diagnóstico se basó en la citología cervical, lo observado a través de la colposcopia y lo reportado por el examen histopatológico, demostrándose la sensibilidad, especificada y la certeza de estos métodos diagnósticos para la detección precoz de lesiones preinvasoras que suelen ser asintomáticas inicialmente. Hay que recordar que esta certeza diagnóstica depende de la capacidad del citotecnólogo y patólogo, de la técnica y destreza de quien toma la muestra.

Al analizar los hallazgos citológicos de ingresos, se encontró que la mayoría de los diagnósticos correspondían a la presencia del virus papiloma humano (VPH); en donde estudios de correlación epidemiológica viral; han demostrado que pacientes pueden tener VPH en estado latente por años; pero en huéspedes susceptibles la latencia viral



es seguido por una replicación viral activa, identificada en la reinterpretación del esquema convencional al VPH como agente; determinando así una proliferación epitelial que puede manifestarse como tal o experimentar una regresión o progresión o desviarse en sentido neoplásico.

Los datos colposcópicos, encontramos en orden de frecuencia los hallazgos anormales, así como mosaico, punteado, queratosis, vasos atípicos y cáncer invasor sospechoso, lo que concuerda con alteraciones cervicales en sus diversos grados, y cáncer preinvasor; seguido por lesiones de miscelánea que figuraron pólipos, alteraciones atróficas, papilomas y otras, de cierto modo las alteraciones o hallazgos normales se encontraron en una minoría (epitelio pavimentoso y ectopia o ectropión).

Los resultados histopatológicos de biopsia de cérvix en su mayoría reportaron la presencia del virus papiloma humano (VPH), estando en su porcentaje de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y en un 5.5% en las pacientes sin NIC que solo reportaron inflamatorio o cambios reactivos y un 36.1% cervicitis crónica siendo portadoras de infección por VPH. Las NIC I se asocian en su mayoría con VPH; pero también están presentes en los otros grados de NIC.

Según la bibliografía consultada los NIC II y III se asocian o contienen virus papiloma humano (VPH) de riesgo oncógeno alto o intermedio; como lo constituye el tipo 16 y 18; y que común denominador que separa los NIC con potencial oncógeno de aquellos de comportamiento benigno, es la presencia de tipos de VPH de bajo riesgo oncogénico; esto no pudo ser confirmado en nuestro estudio puesto que no tenemos métodos para tipificar el VPH y no es parte del estudio.

Dentro de las indicaciones terapéuticas un 82.8% se citaron para procedimientos quirúrgicos con previo exámenes y estudio completo, el 11.6% le enviaron papanicolaou de control con tratamiento medico y cita abierta para seguimiento en la consulta externa y un 5.5% resultó ser referida al servicio de oncología para tratamiento.



Los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados fueron 68.9% crioterapia enviándole control de papanicolaou en 8 meses; 23.0% histerectomía total abdominal (HTA); 2.2% Histerectomía vaginal (HTV) resultando tratamiento definitivo para la paciente ya que histológicamente se reportó en su mayoría márgenes libres y un 5.9% conobiopsia con seguimiento de papanicolaou de control en consulta externa. Encontrándose en los hallazgos histopatológicos de la pieza operatoria, la presencia siempre del virus papiloma humano (VPH) asociado a NIC desde I grado al grado II y III; según la literatura se determina la coexistencia de infección por VPH con el NIC; ya sea como evidencia morfológicamente de infección sobre agregada o infección adyacente.

De manera general; se le brindo un abordaje y seguimiento a las pacientes con lesiones preinvasoras, un 55.6% con cita y controles a seguir; pero un 24.5% no asistieron a la consulta externa, no obstante, no descartó las posibilidades de que algunas de estas pacientes se hayan dado seguimiento en centros privados, que hubiesen cambiado de procedencia, por estado socioeconómico o que por fallecimiento y otras causas que desconozco no hayan continuando asistiendo, por lo que se refleja la poca importancia y conocimiento programa de detección oportuna de CACU.



CONCLUSIONES

- 1- El grupo que más predominó fue 20 – 35 años con una escolaridad en su mayoría de nivel primaria y de procedencia rural.
- 2- Las Lesiones cervicales afecta más frecuente a multíparas con inicio de vida sexual temprana (16 – 19 años) seguido de 12 – 15 años, y con # de compañeros sexuales de 1 a 2 y 3.
- 3- Los métodos diagnósticos utilizados fueron papanicolaou, colposcopia y biopsia cérvix. Encontrándose por papanicolaou VPH (51.4%), NIC – I (16.7%); NIC – II (12.0%); NIC III (7.9%); por colposcopia hallazgos anormales (48.1%) y hallazgos de miscelánea (33.3%) y biopsia cervix cervicitis crónica por VPH (36.1%); NIC I – VPH (8.3%); NIC II + VPH (5.6%); 11 CA IN SITU; 7 carcinoma epidermoide infiltrante queratinizante de células grandes, , 2 Cáncer invasor y 2 carcinoma microinvasores.
- 4- Se manejo a las pacientes en un 82.8% de forma quirúrgica teniendo crioterapia (68.9%); Histerectomía Total Abdominal (23.0%); Histerectomía vaginal (2.2%) y conobiopsia (5.9%).
- 5- Los resultados de patología de las piezas operativas resultaron NIC en diversos grados por virus papiloma humano; 12 casos de CA IN SITU; y 1 microinvasor.
- 6- El seguimiento por parte del servicio a las pacientes fue adecuado en cuanto a procedimientos, sin embargo se observó una proporción importante de mujeres que abandonaron las citas en diferentes momentos del proceso.



RECOMENDACIONES

- 1- Sostener una campaña de información y comunicación dirigido a la población femenina con vida sexual activa a realizarse oportunamente para la detección de lesiones preinvasoras.
- 2- Promover una mayor accesibilidad a los servicios de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.
- 3- Tratar oportunamente la infección por virus papiloma humano con protocolo de manejo y métodos diagnósticos específicos para la tipificación del VPH.
- 4- Sensibilizar a los trabajadores de la salud, sobre la importancia de detección precoz, capacitación y seguimiento de lesiones preinvasoras e invasoras.
- 5- Priorizar la realización de estudios citocolpohistológicos en nuestra región en la detección precoz de lesiones cervicales preinvasoras e invasoras como análisis de seguimiento.
- 6- Mejorar la calidad del sistema de registro en los expedientes clínicos.
- 7- El personal hospitalario del departamento de ginecología debe orientar a las pacientes de la importancia de asistir a la consulta externa para su seguimiento y retirar sus resultados de patologías.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Aragón Ch., Álvaro José.
Evaluación de los diagnósticos citocolpohistológicos de las pacientes atendidas en la clínica de colposcopia de HEODRA del 1 Enero al 31 Diciembre de 1996.
Tesis (para optar al título especialidad ginecoobstetricia)
UNAN-LEON. Biblioteca HEODRA.
- 2- Botero Jaime; Jubiz Alfonso; Henao Guillermo.
Obstetricia y Ginecología.
4^{ta} Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A.
Tomo II. 1990
- 3- Cárdenas Cárcamo; Ligia Lorena.
Correlación clínica Colpocitohistopatológica de lesiones cervicales. HEODRA. 1989-1991.
Tesis (para optar al título especialidad ginecoobstetricia).
UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Enero 1993.
- 4- Castellón Benavides, Janeth.
Hallazgo colposcópico e histológicos en pacientes con citología cervical positiva por infección de virus del papiloma humano en el HEODRA. 1999.
Tesis (especialidad en ginecología y obstetricia) UNAN-León./ Biblioteca HEODRA. 1999.
- 5- Camacho Bonilla; Nazarena.
La colposcopia en la evaluación del cérvix uterino. 1996.
Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia) UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. 1996.
- 6- Cruz Sánchez Luis; Medina Eveling; Méndez Carolina.
Factores de Riesgos asociados a neoplasia intraepitelial cervical en mujeres del Municipio de Mirafior, Estelí que se les realizó papanicolaou de Enero a Noviembre de 1999.
Tesis (para optar al título de medicina y cirugía)
UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud, Campus Médico.
- 7- Cursos precongreso.
Diagnóstico y Manejo de las lesiones premalignas del Cervix.
Facultad de Medicina. UNAN-León. 2003.



- 8- De Palo, Guiseppe.
Colposcopia y Patología del tracto genital inferior.
II Edición. Editorial Médica. Panamericana. 1996. Madrid, España.
- 9- Delgadillo Vivas; Brenda Patricia.
Cáncer cérvico uterino en el Departamento de León de 1999-2002.
Tesis (para optar al título ginecoobstetricia) UNAN-León/ Biblioteca HEODRA.
Marzo. 2003.
- 10- Delgado G.; Nelson.
Correlación citológica, colposcopia e histológica de pacientes con Atipia escamosa en el Hospital Bertha Calderón Roque de Abril-Septiembre 1995.
Managua, UNAN/Biblioteca Nacional De La Salud Concepción Palacios.
- 11- Dexeussi; López Maríns.
Tratado y Atlas de Patología cervical. Colposcopia y Microscopia. 1989.
Madrid, España.
- 12- Gerald P. Muphy MD; Walter Lawrene; Raymond E. Lenhard.
Oncología Clínica. Manual de la American Cáncer Society.
II Edición. O.P.S. 1996
- 13- Howard Jones, Colston W. Anne, Burnett Jonie.
Tratado de Ginecología de Novak.
11^{ava} Edición. Editorial Interamericana S.A.
McGraw-Hill. 1991. México.
- 14- Hopkins Johns.
Ginecología y Obstetricia
Editorial Marban. 2005. Marban. España.
- 15- Jonathan S. Berek.
Ginecología de Novak.
13^{ra} Edición. Editorial McGraw-Hill.
Interamericana S.A. 2004. México D.F.
- 16- López Salgado, Sarah Lucía.
Relación entre neoplasia intraepitelial cervical y virus del papiloma humano en pacientes atendidas en consulta externa de onco-ginecología del HEODRA de Octubre-Diciembre 1998.
Tesis (para optar al título ginecoobstetricia)
UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Marzo. 1999.



- 17- López Jenny; Villanueva Jenny.
Evaluación de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical y seguimiento realizado a través del programa de detección oportuna de cáncer en el Departamento de Patología del HEODRA de 1997-1998.
Tesis (para optar al título medicina y cirugía)
UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud, Campus Médico.
- 18- López Cristela; López Jamileth; Villanueva Lenni.
Evaluación y seguimiento de las pacientes con neoplasia intraepitelial cervicouterino en el programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino diagnosticadas en el Departamento de Patología. HEODRA de 1994-1995
Trabajo de Investigación en Salud.
UNAN-León/ Biblioteca HEODRA. Agosto 1996.
- 19- Latino Gaytán; José Santos; Hernández; Patricio José.
Detección precoz de cáncer cérvico uterino a través del papanicolaou en mujeres en estado fértil del Municipio de San Juan de Oriente de Abril – Septiembre de 1997.
Tesis (optar al título de medicina y cirugía)
UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud. Campus Médico.
- 20- Martín L. Pernoll – Ralph.Benson.
Diagnóstico y Tratamiento GinecoObstétrico
Editorial el Manual Moderno. 1989.
México D.F.
- 21- Martín L. Pernoll - Alan H. Decherney.
Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico.
7^{ma} edición de la 8^{ava} edición en inglés.
Editorial Manual Moderno. 1997.
México D.F.
- 22- Normas de prevención y atención del cáncer cérvico uterino.
Departamento de atención integral a la Mujer.
Septiembre 2000 MINSA.
- 23- Normas de promoción, prevención y atención del cáncer cérvico uterino.
II Borrador. Plan Nacional de Salud.
2004-2015. Minsa.



- 24-** Portillo Herrera; Concepción de María.
Neoplasia intraepitelial cervical. Diagnóstico y Manejo en el servicio de Ginecología del HEODRA. En el periodo de Enero - Septiembre de 1995.
Tesis (optar al título de ginecoobstetricia)
UNAN-León/ Biblioteca Complejo Docente de la Salud. Campus Médico.
- 25-** Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
14 edición. Vol. II. Editorial Interamericana de España S.A. 1990.
- 26-** Stoppard Miriam.
Guía Médica para la Mujer.
Vol. 1 Editorial Grijalbo 1989.
- 27-** Villanueva; Ana María.
Correlación clínico cito-histopatológica del cáncer cervicouterino.
HEODRA. 1992.
Estudio Monográfico/ Biblioteca HEODRA.
- 28-** Wilkinson J.
Frotis de Papanicolaou y Detección de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).
I Edición. Volumen 4. Pág. 796.
México



ANEXOS



CUADRO No. 1

Características epidemiológicas de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras
Hospital César Amador Molina.
(Enero 2004 - Enero 2005)

| VARIABLES n=216 | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|---------------|-------------------|
| A) EDAD | | |
| 17 - 19 | 9 | 4.2% |
| 20 - 35 | 103 | 47.7% |
| 36 - 49 | 81 | 37.5% |
| 50 a Más | 23 | 10.6% |
| B) ESCOLARIDAD | | |
| Analfabeta | 17 | 7.9% |
| Primaria | 165 | 76.4% |
| Secundaria | 33 | 15.3% |
| Superior | 1 | .5% |
| C) PROCEDENCIA | | |
| Rural | 110 | 50.9% |
| Urbana | 106 | 49.1% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 2

Antecedentes GinecoObstétricos de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras
Hospital César Amador Molina.
(Enero 2004 - Enero 2005)

| VARIABLES n=216 | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|--------|------------|
| A) MENARCA (N=216) | | |
| 10-14 | 154 | 71.3% |
| 15-19 | 61 | 28.2% |
| MISSING | 1 | .5% |
| B) INICIO VIDA SEXUAL | | |
| 12-15 | 69 | 31.9% |
| 16-19 | 102 | 47.2% |
| 20-29 | 38 | 17.6% |
| 30 A Más | 3 | 1.4% |
| MISSING | 4 | 1.9% |
| C) COMPAÑEROS SEXUALES | | |
| 1 CRO | 103 | 47.7% |
| 2 - 3 CRO | 96 | 44.4% |
| 4 - 5 CRO | 13 | 6.0% |
| 6 A MAS | 2 | .9% |
| MISSING | 2 | .9% |
| D)PARTOS | | |
| NINGUNO | 3 | 1.4% |
| 1 | 28 | 13.0% |
| 2 | 45 | 20.8% |
| 3 - 5 | 80 | 37.5% |
| 6 a Más | 60 | 27.8% |
| E) HISTORIA INFECCION GENITAL | | |
| NO | 4 | 1.9% |
| SI | 212 | 98.1% |
| F) PLANIFICACION | | |
| CONDON | 4 | 1.9% |
| DIU | 15 | 6.9% |
| ESTERILIZACION Qx | 30 | 13.9% |
| GESTAGENOS ORALES | 68 | 31.5% |
| INYECCION DEPOPROVERA | 56 | 25.9% |
| NO USO | 42 | 19.4% |
| MISSING | 1 | .5% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 3

Métodos diagnósticos realizados en pacientes con lesiones cervicales preinvasoras
Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

| VARIABLES n=216 | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------|------------|
| A) PAPANICOLAOU | | |
| SI | 215 | 99.5% |
| NO | 1 | .5% |
| B) COLPOSCOPIA | | |
| SI | 216 | 100.% |
| NO | 0 | .% |
| C) BIOPSIA CERVIX | | |
| SI | 163 | 75.5% |
| NO (ABANDONO) | 53 | 24.5% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 4

Hallazgos Citológicos de ingreso con lesiones cervicales preinvasoras

Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=216)

| A) RESULTADOS PAPANICOLAOU INGRESO | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| INFLAMATORIO | 14 | 6.5% |
| VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV) | 111 | 51.4% |
| HPV + DISPLASIA LEVE (NIC I) | 36 | 16.7% |
| HPV + DISPLASIA MODERADA (NIC - II) | 26 | 12.% |
| HPV + DISPLASIA SEVERA / CA IN SITU(NIC III - CIS) | 17 | 7.9% |
| ATIPIA DE CELULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASCUS) | 7 | 3.2% |
| CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSO INVASOR | 5 | 2.3% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 5

Patrones cervicales encontrados a través de colposcopia
de pacientes con lesiones cervicales
Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=216)

| PATRON COLPOSCOPICO | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|--------|------------|
| HALLAZGO COLPOSCOPICO | 40 | 18.5% |
| HALLAZGO COLPOSCOPICO ANORMAL | 104 | 48.1% |
| HALLAZGO COLPOSCOPICO NO VALORABLE | 0 | .% |
| MISCELANEA | 72 | 33.3% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 6

Resultados Histopatológicos de biopsia de cervix en pacientes con lesiones cervicales preinvasoras.

Hospital César Amador Molina

(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=216)

| BIOPSIA CERVIX | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|--------|------------|
| DISPLASIA LEVE + HPV (NIC I + VPI) | 18 | 8.3% |
| DISPLASIA MODERADA + HPV (NIC II + VPH) | 12 | 5.6% |
| DISPLASIA SEVERA + HPV (NIC III + VPH) | 12 | 5.6% |
| DISPLASIA MODERADA A SEVERA + HPV (NIC II - III + VPH) | 3 | 1.4% |
| CERVICITIS CRONICA + VPH HPV NEGATIVO CELULAS MALIGNAS | 78 | 36.1% |
| NO VPH INFLAMATORIO | 1 | .5% |
| ENDOCERVICITIS POLIPOIDE | 12 | 5.6% |
| CONDILOMA PLANO CERVIX | 3 | 1.4% |
| CONDILOMA PLANO CERVIX | 2 | .9% |
| CA IN SITU + VPH (CIS + VPH) | 11 | 5.1% |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE INFILTRANTE QUERATINIZANTE | 7 | 3.2% |
| CANCER INVASOR | 2 | .9% |
| CARCINOMA MICROINVASOR | 2 | .9% |
| NO ACUDIERON A RESULTADO | 53 | 24.5% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 7

Resultados histopatológico de biopsia de cervix con virus papiloma humano de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras

Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=216)

| BIOPSIA CERVIX | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------|------------|
| HPV | 151 | 69.9% |
| NO HPV | 12 | 5.6% |
| NO ACUDIERON A RESULTADO | 53 | 24.5% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 8

Indicaciones terapéuticas con Resultado de Bx cervix de
 pacientes con lesiones cervicales preinvasoras
 Hospital César Amador Molina
 (Enero 2004 - Enero 2005)

(N=163)

| INDICACIONES | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------------------|--------|------------|
| a) CITA A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | 135 | 82.8% |
| b) PAPS DE CONTROL | 16 | 9.8% |
| c) REFERENCIA A ONCOLOGIA | 9 | 5.5% |
| d) CITA ABIERTA X EMBARAZO | 3 | 1.8% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 9

Procedimiento Quirúrgico Realizado a Pacientes con lesiones cervicales.

Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=135PxQux)

| PROCEDIMIENTO Qx | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------------|--------|------------|
| CRIOTERAPIA | 93 | 68.9% |
| HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL | 31 | 23.% |
| CONOBIOPSIA POR ASA TERMICA | 8 | 5.9% |
| HISTERECTOMIA VAGINAL | 3 | 2.2% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 10

Hallazgos Histopatológicos postratamiento de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras
Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

| CONOBIOPSIA (N=8) | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| DISPLASIA MODERADA + HPV (NIC II + VPH) | 2 | 25.0% |
| DISPLASIA SEVERA + HPV (NIC III + VPH) | 3 | 37.5% |
| CA IN SITU (CIS) | 3 | 37.5% |
| HISTERECTOMIA TOTAL VAGINAL (N=3) | NUMERO | PORCENTAJE |
| CERVICITIS CRONICA + HPV | 1 | 33.3% |
| DISPLASIA MODERADA (NIC II - PROLAPSO CERVICAL) | 1 | 33.3% |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE INFILTRANTE DE CELULAS GRANDES | 1 | 33.3% |
| HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL (N=31) | NUMERO | PORCENTAJE |
| CERVICITIS CRONICA | 3 | 9.7% |
| DISPLASIA LEVE (NIC I) | 1 | 3.2% |
| DISPLASIA MODERADA + HPV (I | 12 | 38.7% |
| DISPLASIA SEVERA + HPV | 5 | 16.1% |
| CA IN SITU | 9 | 29.0% |
| CARCINOMA MICROINVASOR | 1 | 3.2% |

Fuente: Secundaria



CUADRO No. 11

Seguimiento por consulta externa de pacientes tratadas con Lesiones Cervicales Preinvasoras del Servicio de Ginecología

Hospital César Amador Molina
(Enero 2004 - Enero 2005)

(N=216)

| CONSULTA EXTERNA | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------|--------|------------|
| PAPANICOLAOU DE CONTROL | 120 | 55.6% |
| NO ASISTIERON | 53 | 24.5% |
| DADAS DE ALTA | 34 | 15.7% |
| REFERIDAS A ONCOLOGIA | 9 | 4.2% |

Fuente: Secundaria



Características epidemiológicas de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras

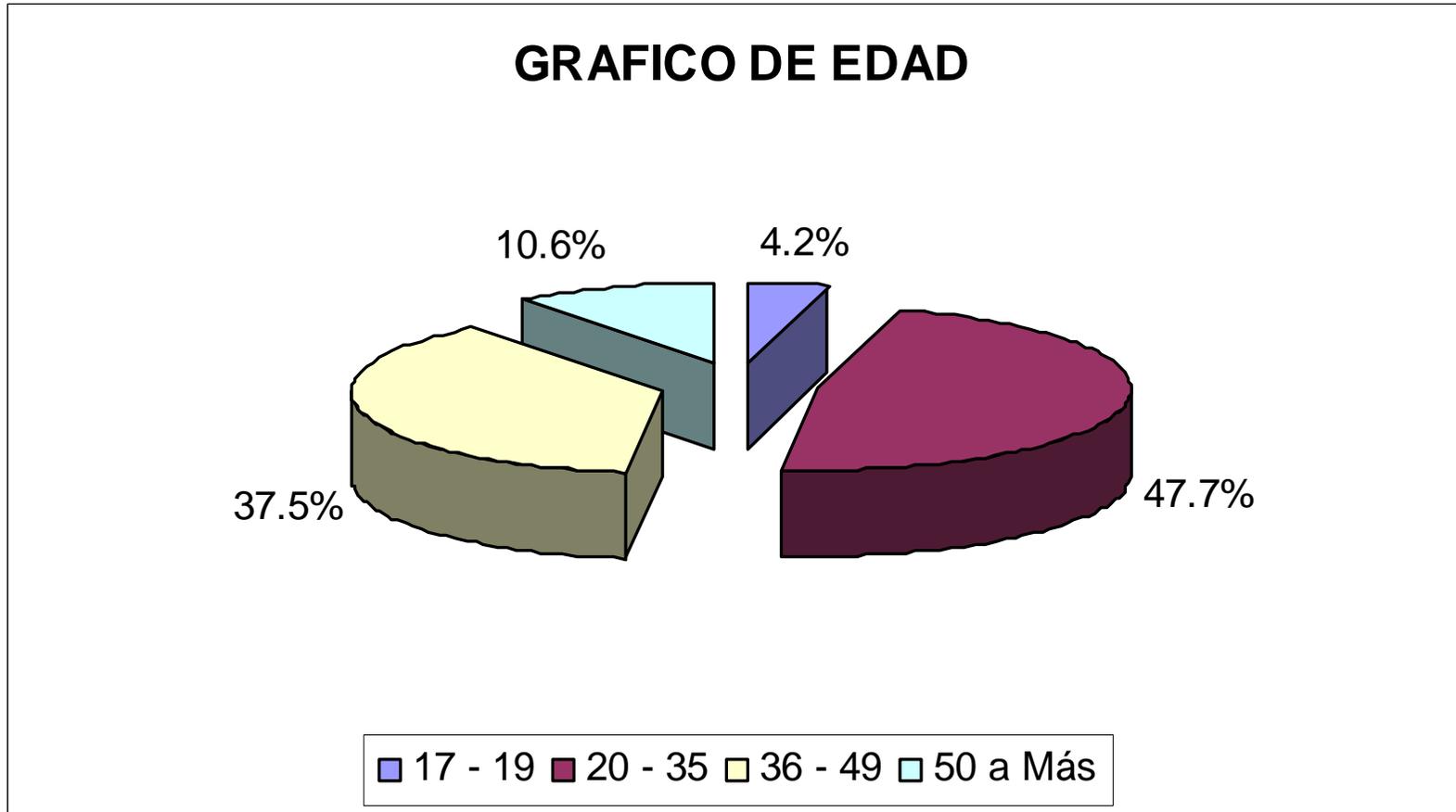
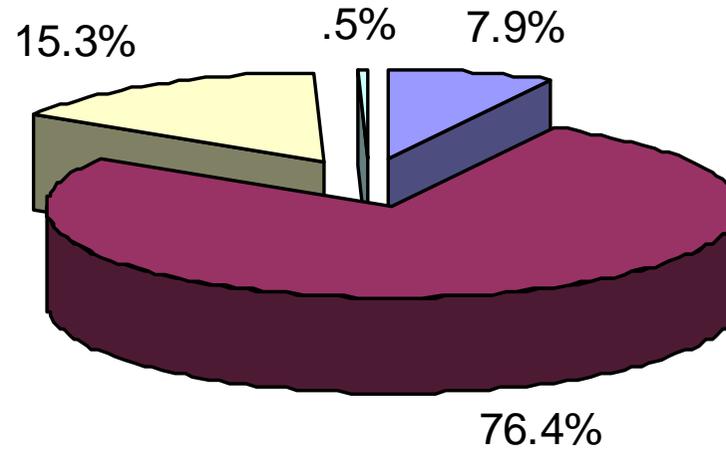




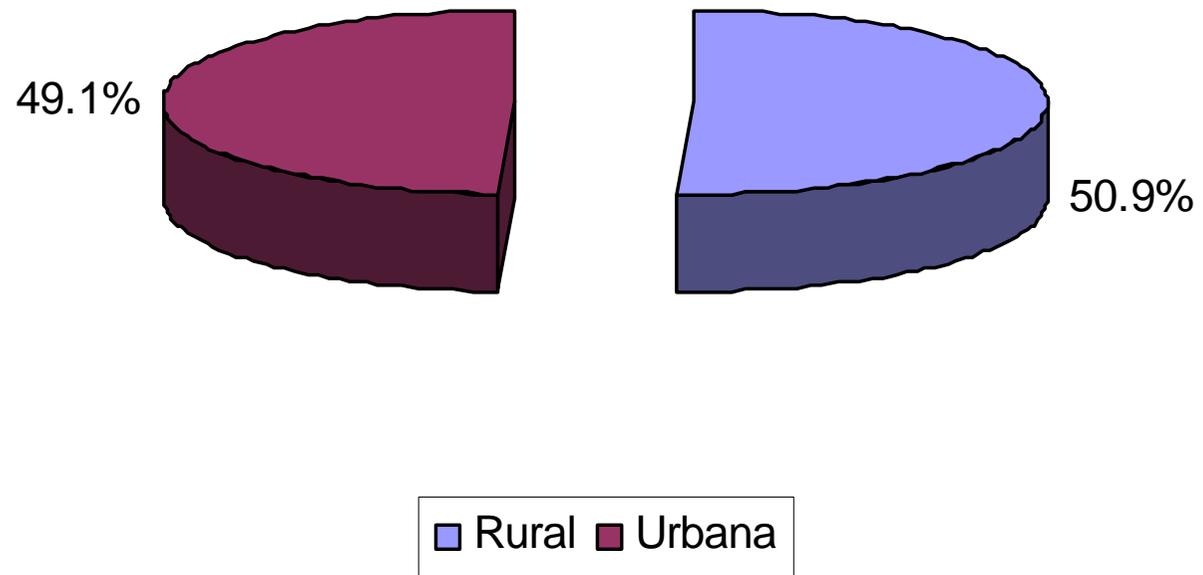
GRAFICO DE ESCOLARIDAD



■ Analfabeta ■ Primaria ■ Secundaria ■ Superior



GRAFICO DE PROCEDENCIA





Antecedentes GinecoObstétricos de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras

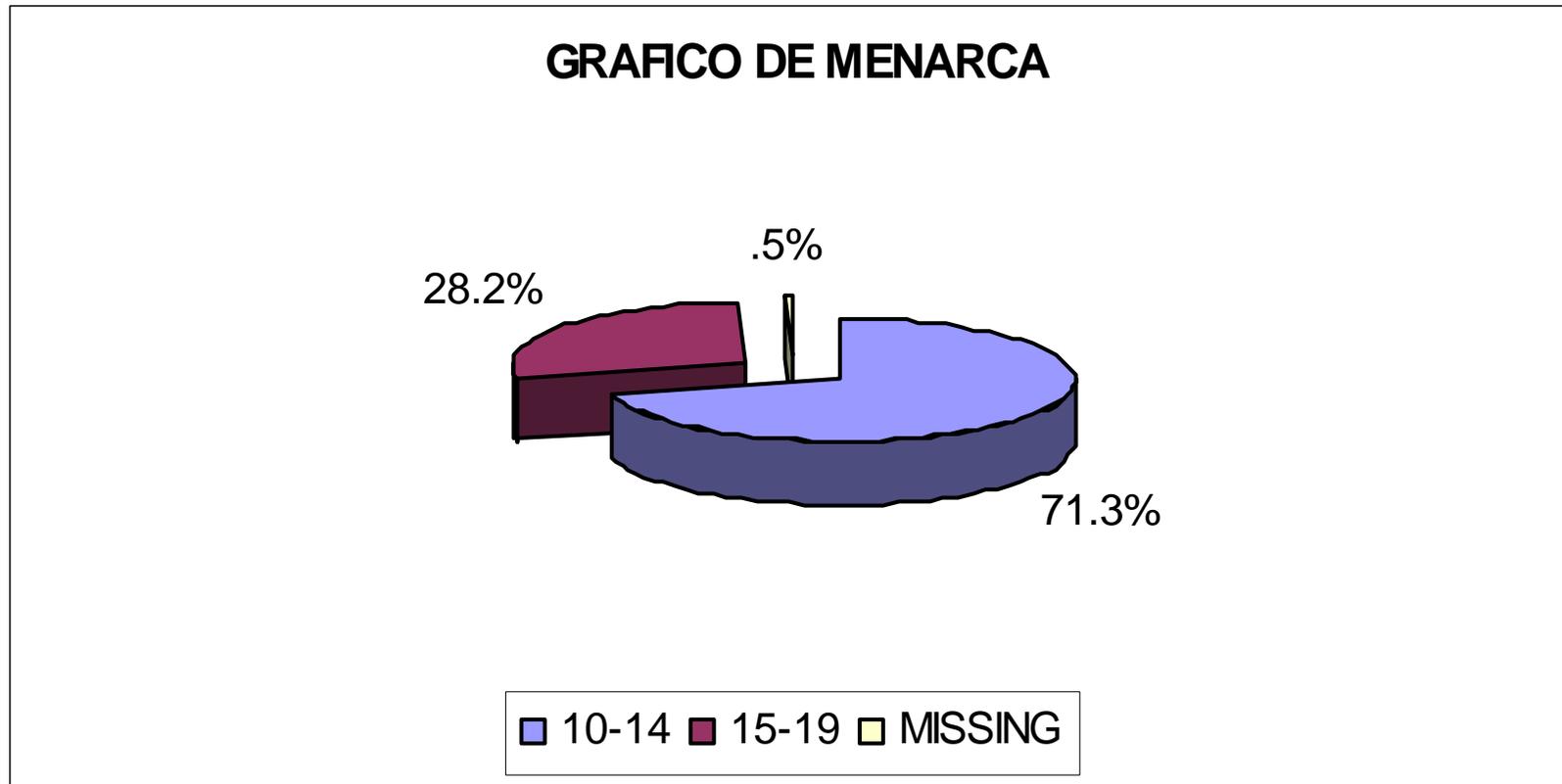
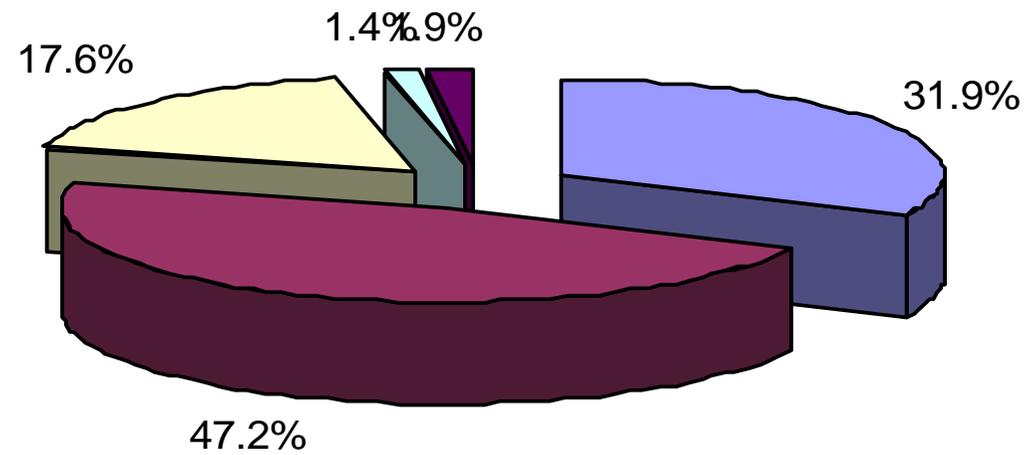




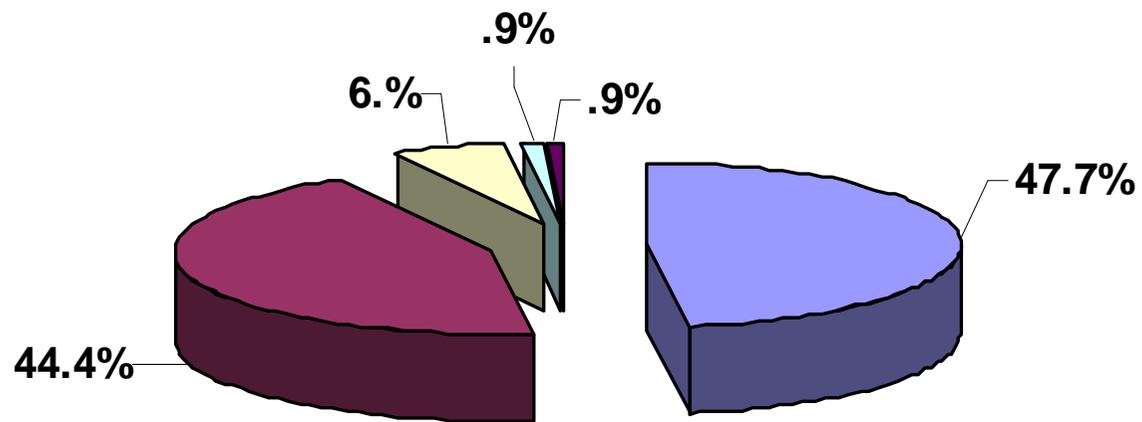
GRAFICO DE CUANDO INICIO SU VIDA SEXUAL



■ 12-15 ■ 16-19 ■ 20-29 ■ 30 A Más ■ MISSING



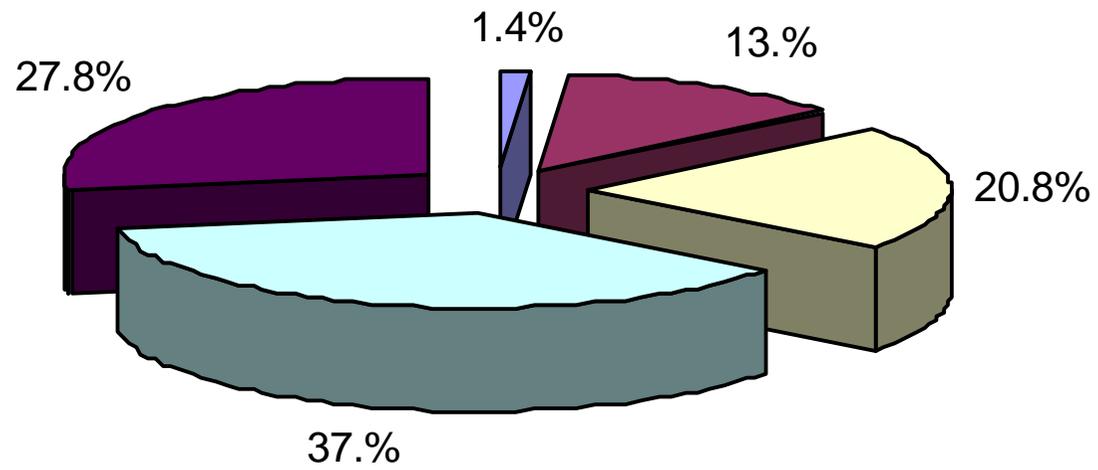
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES



■ 1 CRO ■ 2 - 3 CRO ■ 4 - 5 CRO ■ 6 A MAS ■ MISSING



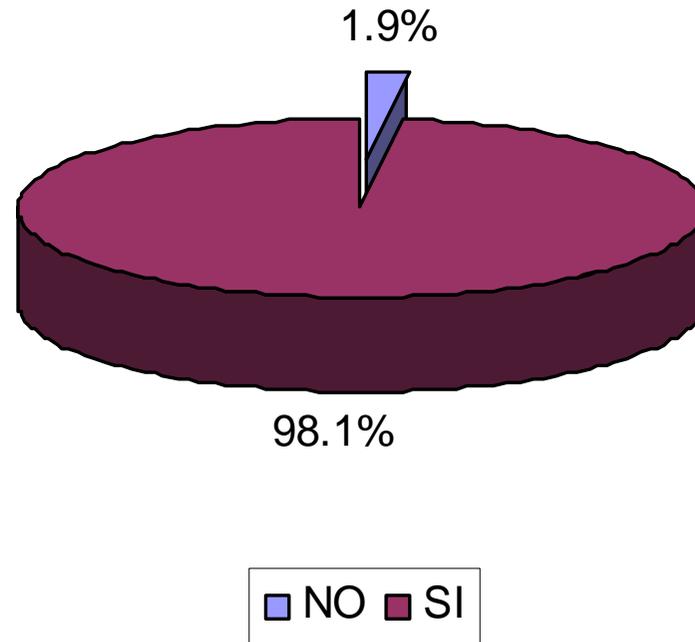
GRAFICO DE NUMERO DE PARTOS



■ NINGUNO ■ 1 ■ 2 ■ 3 - 5 ■ 6 a Más

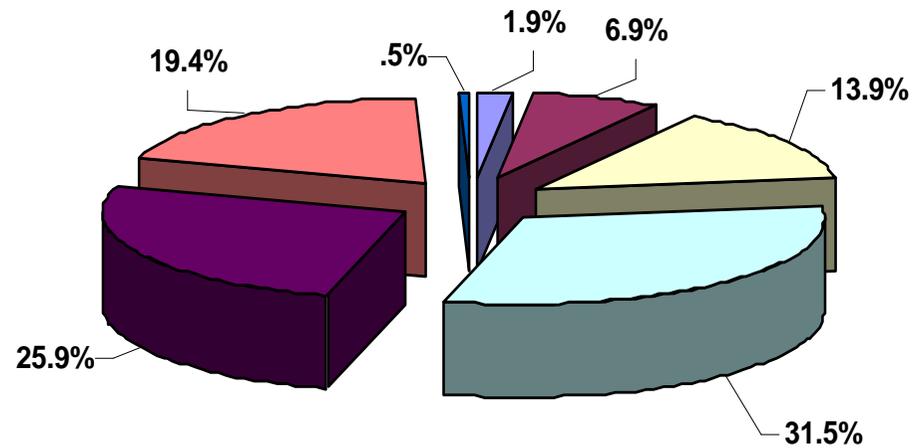


HISTORIA DE INFECCION GENITAL





METODO DE PLANIFICACION



- CONDON
- ESTERILIZACION Qx
- INYECCION DEPROVERA
- MISSING
- DIU
- GESTAGENOS ORALES
- NO USO

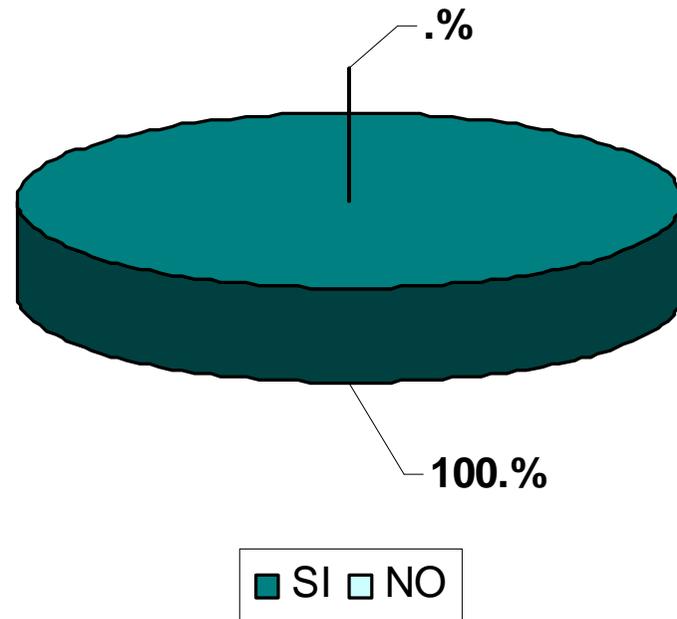


Métodos diagnósticos realizados en pacientes con lesiones cervicales preinvasoras



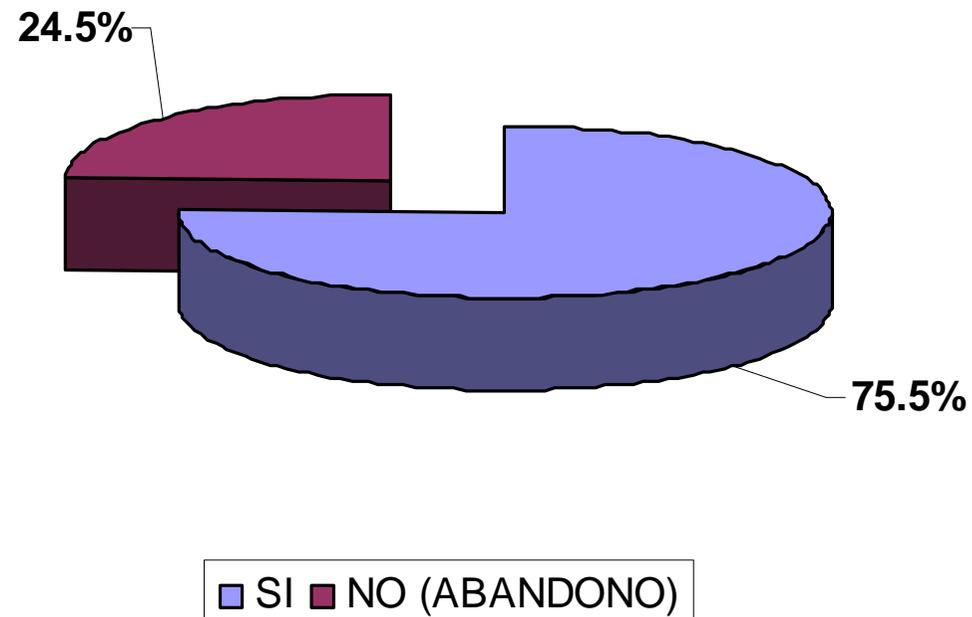


SE HA HECHO UNA COLPOSCOPIA



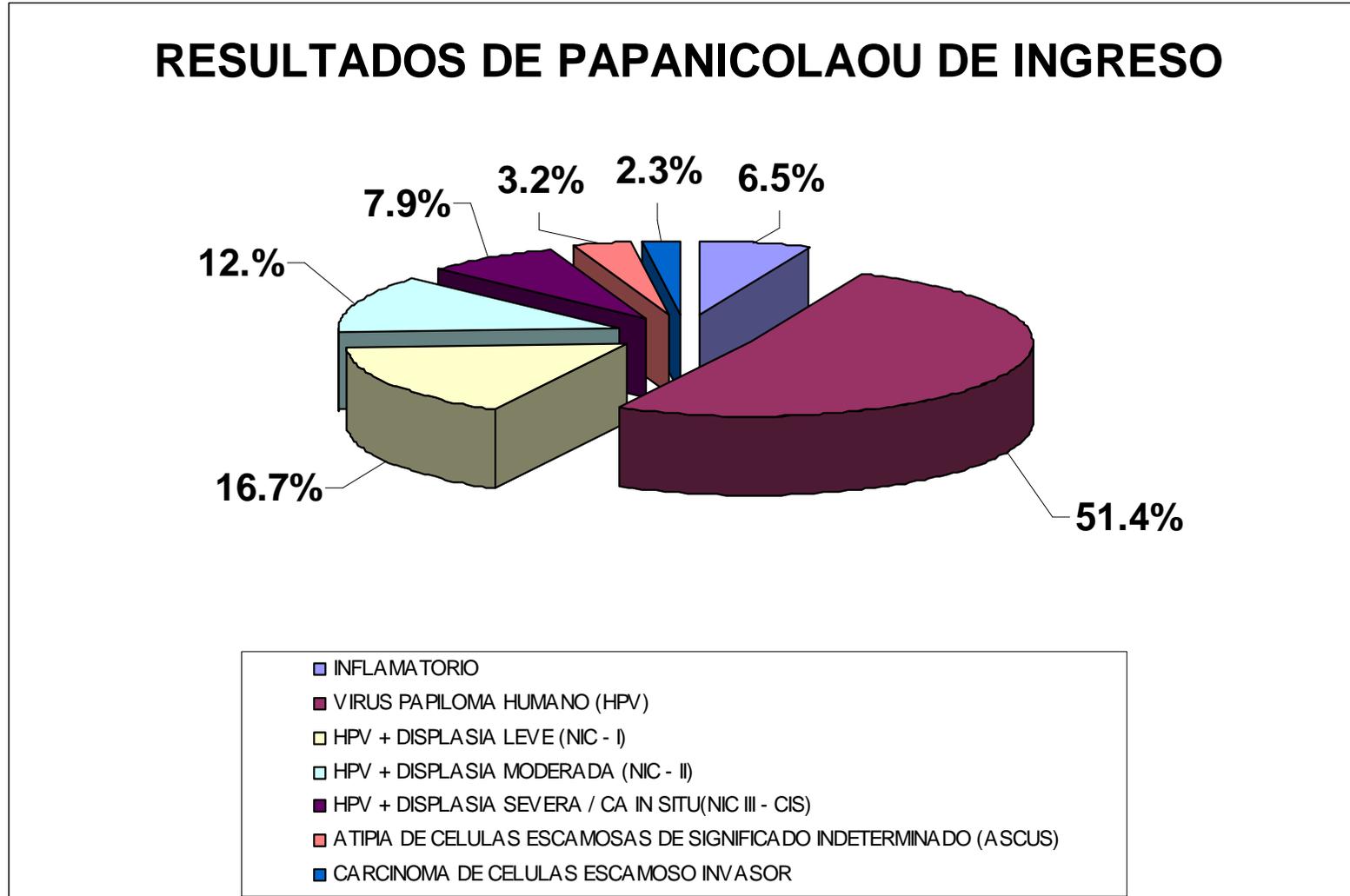


SE HA REALIZADO UNA BIOPSIA CERVIX



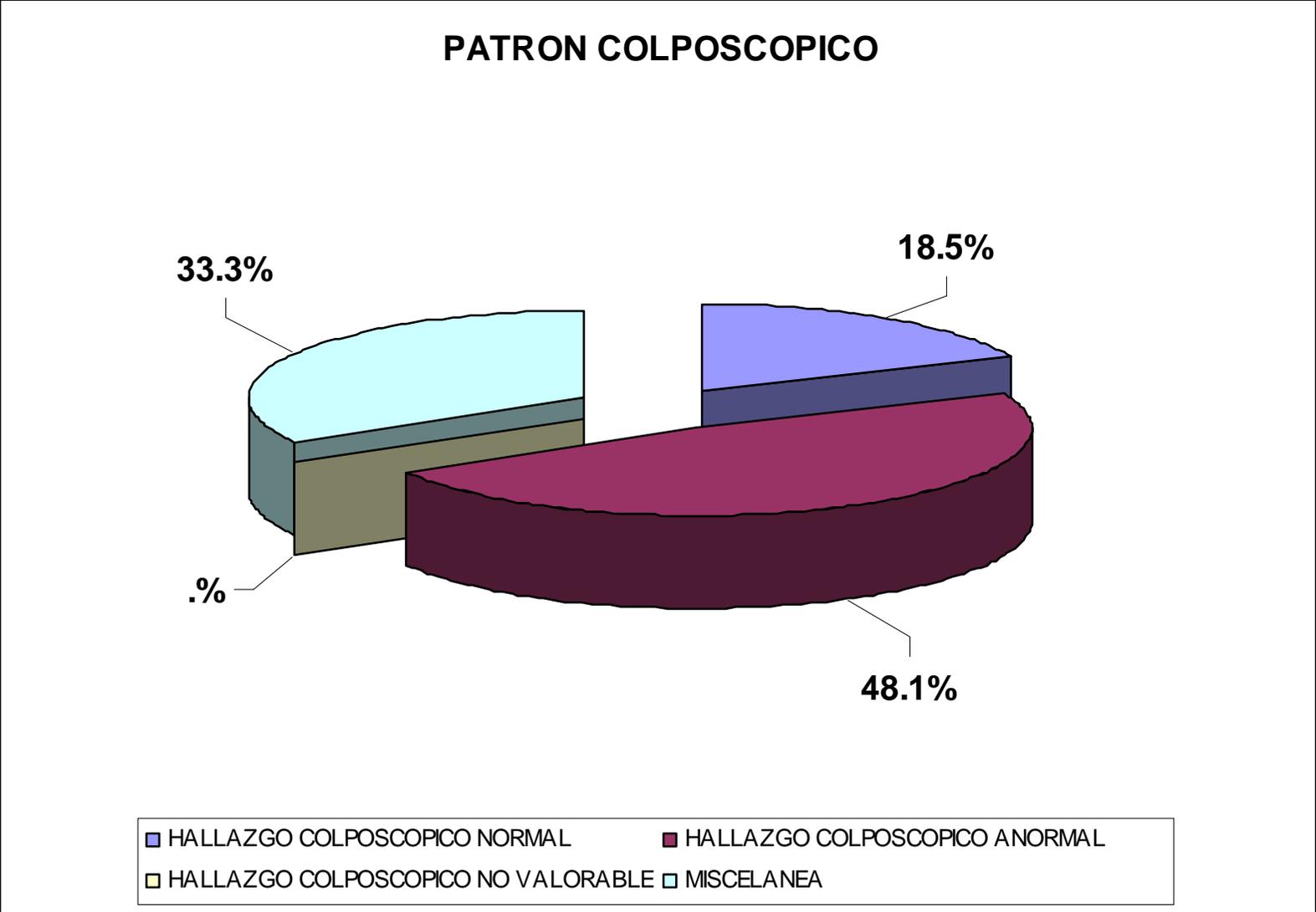


Hallazgos Citológicos de ingreso con lesiones cervicales preinvasoras



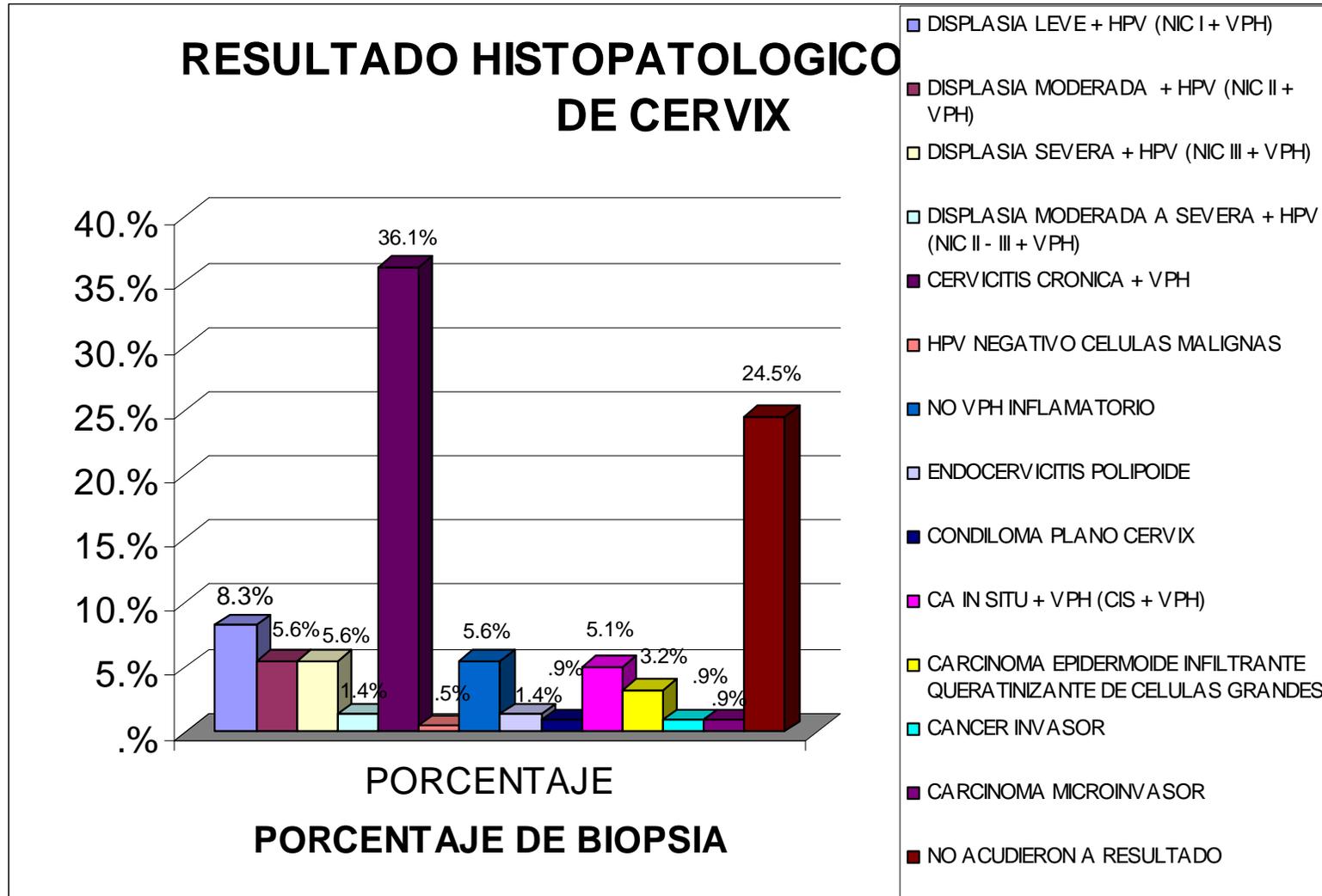


Patrones cervicales encontrados a través de colposcopia de pacientes con lesiones cervicales



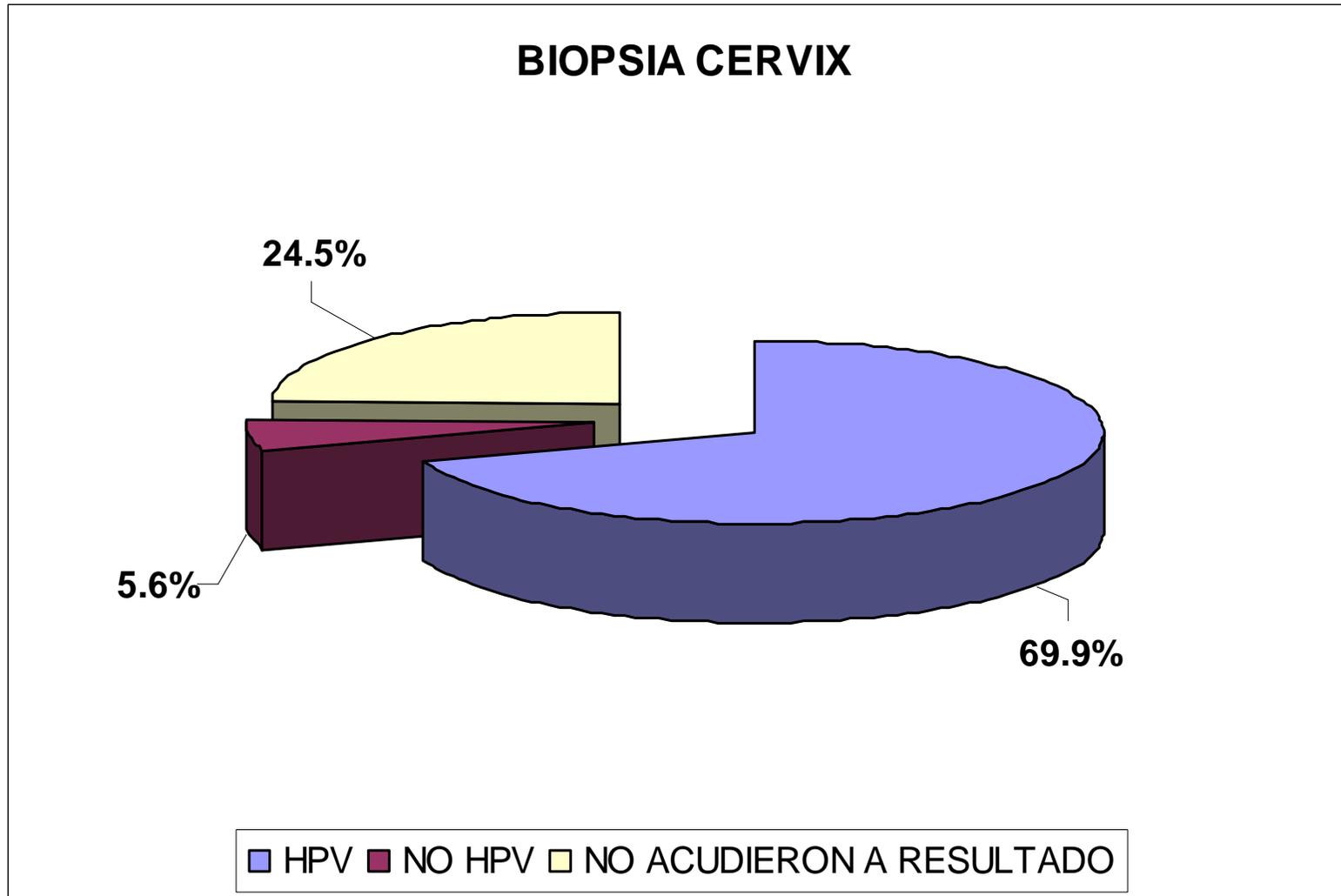


Resultados Histopatológicos de biopsia de cervix en pacientes con lesiones cervicales preinvasoras.



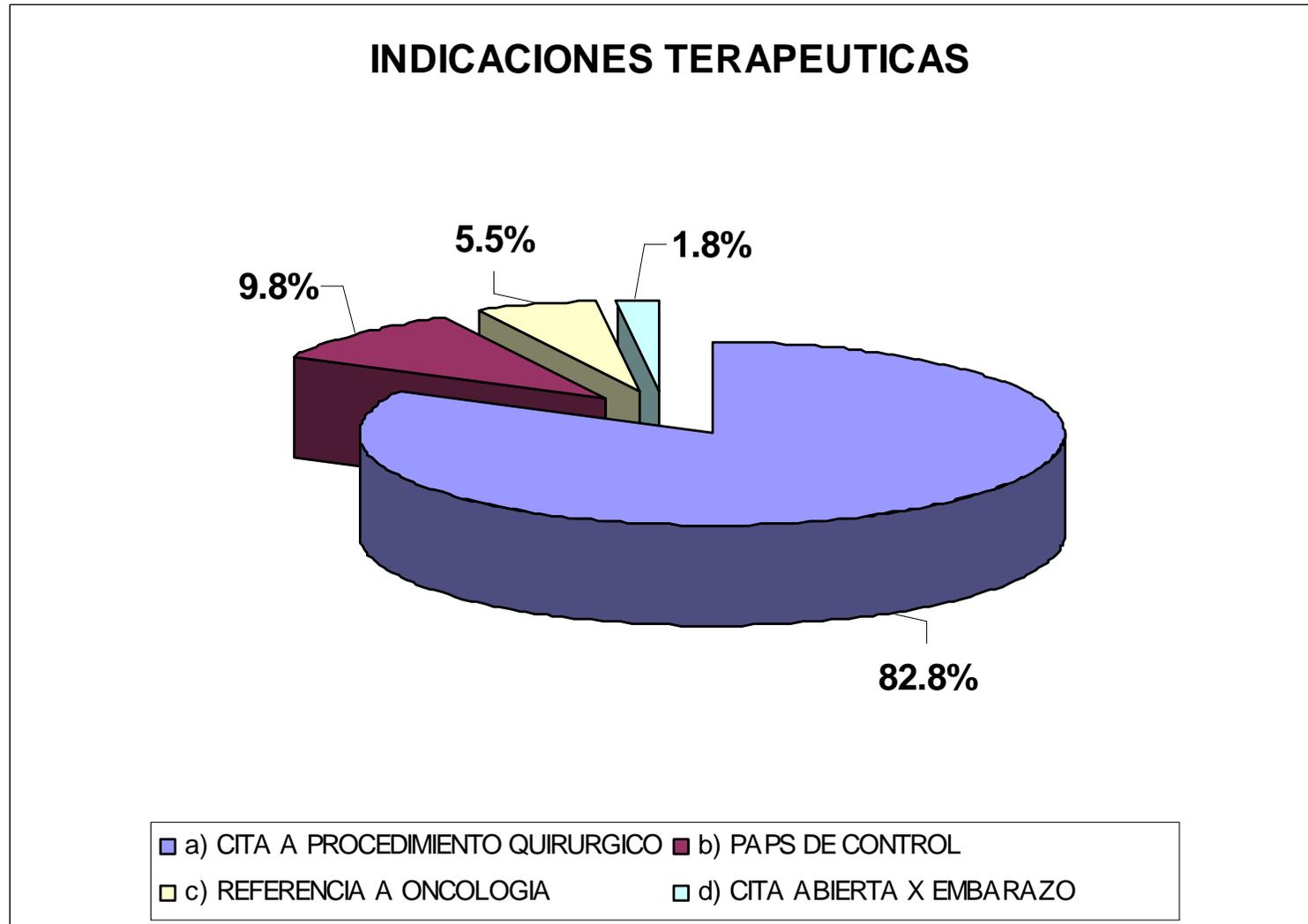


Resultados histopatológico de biopsia de cervix con virus papiloma humano de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras



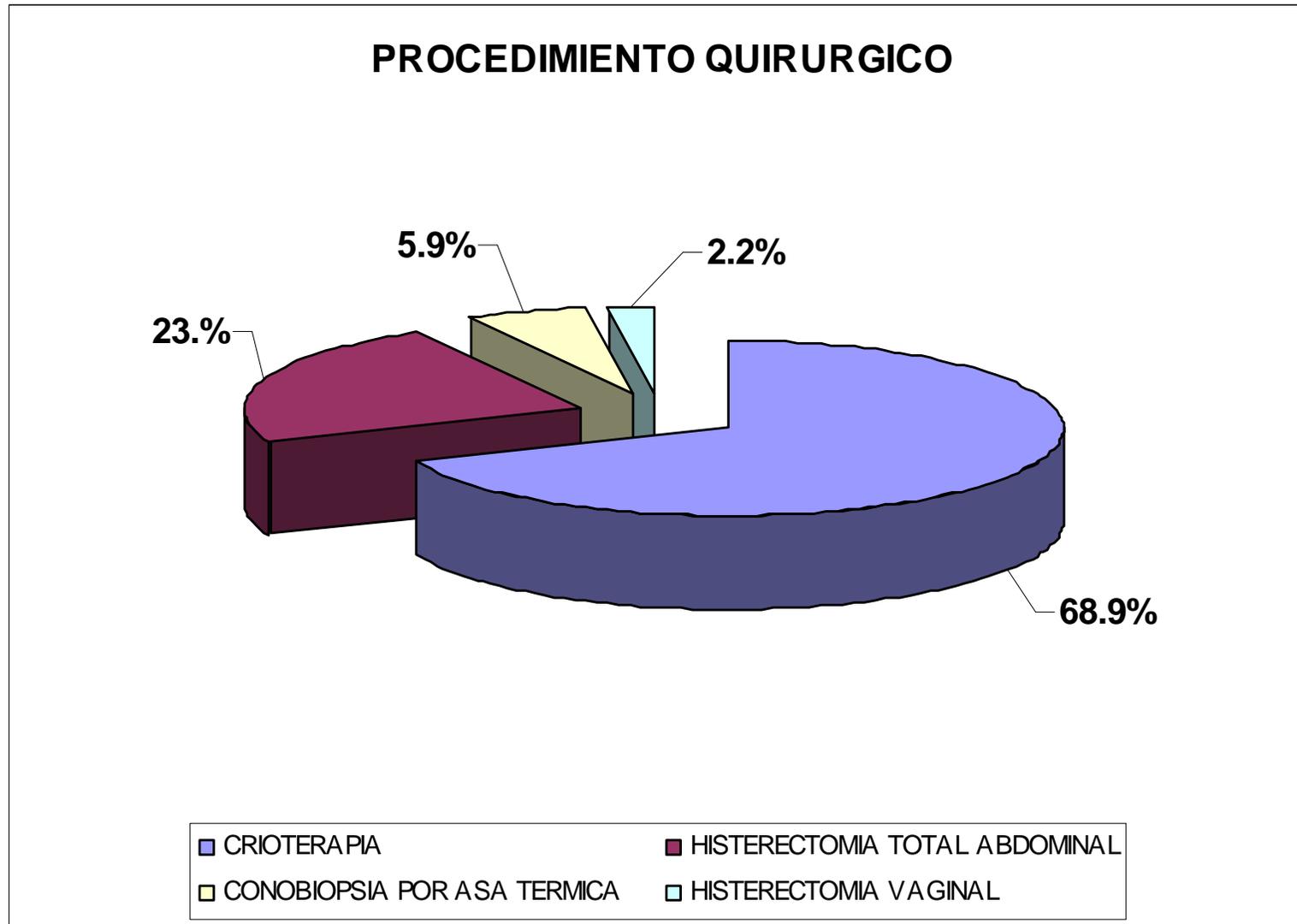


Indicaciones terapéuticas con Resultado de Bx cervix de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras.



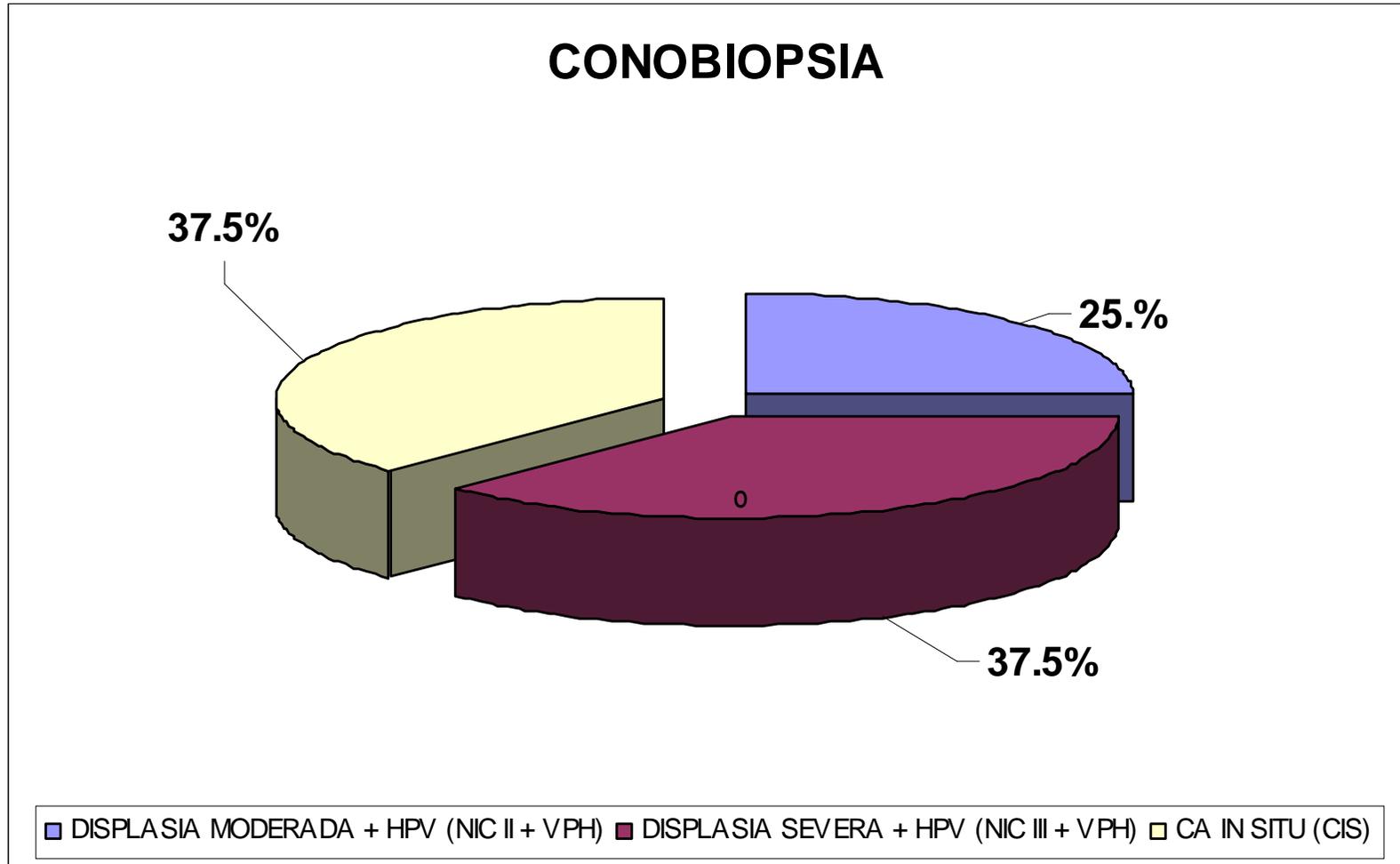


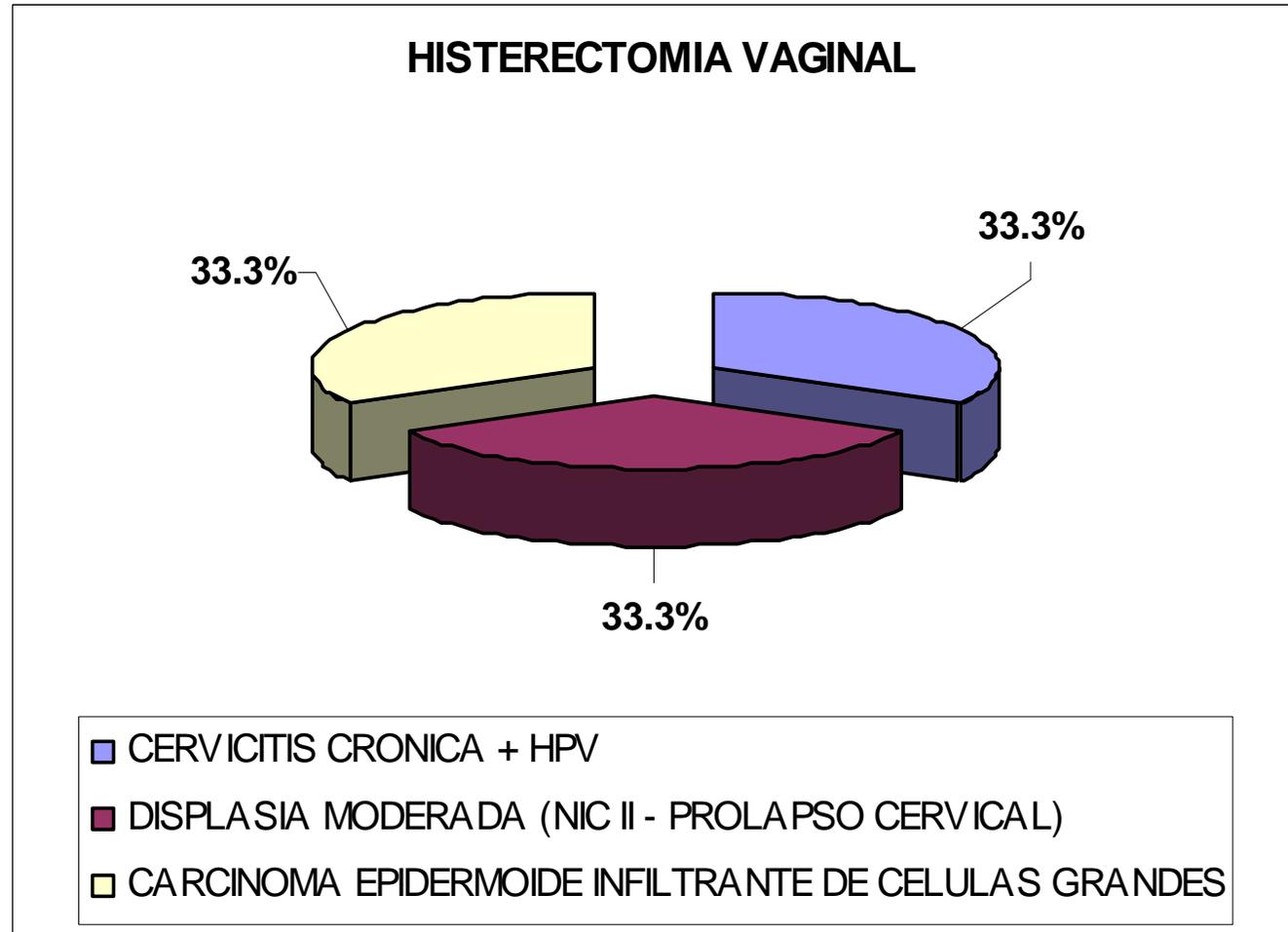
Procedimiento Quirúrgico Realizado a Pacientes con lesiones cervicales preinvasoras.





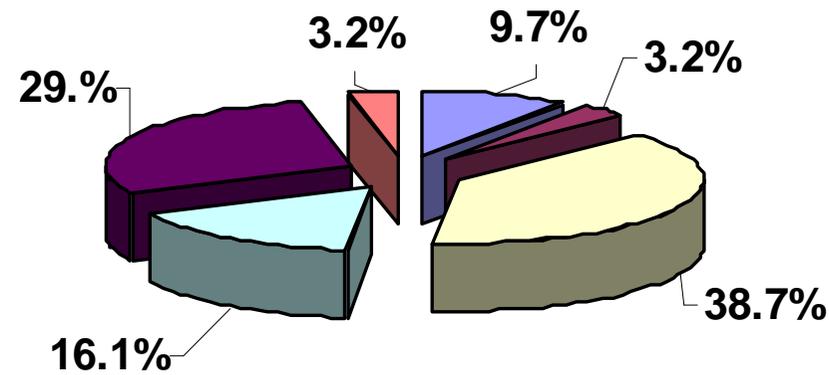
Hallazgos Histopatológicos postratamiento de pacientes con lesiones cervicales preinvasoras







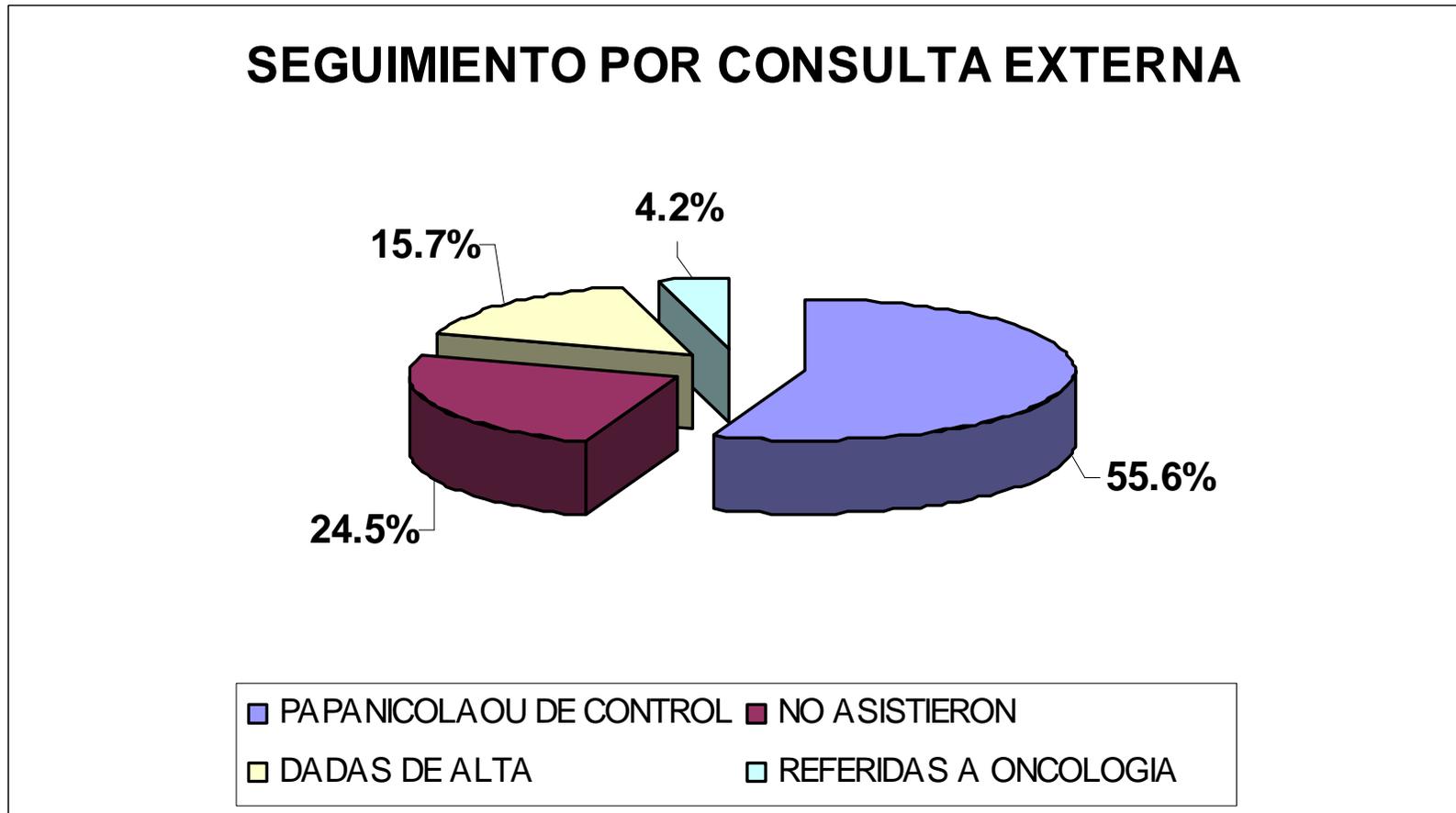
HISTERECTOMIA ABDOMINAL



- CERVICITIS CRONICA
- DISPLASIA LEVE (NIC I)
- DISPLASIA MODERADA + HPV (NIC II + VPH)
- DISPLASIA SEVERA + HPV
- CA IN SITU
- CARCINOMA MICROINVASOR



Seguimiento por consulta externa de pacientes tratadas con Lesiones Cervicales Preinvasoras del Servicio de Ginecología.





**La confianza en ti mismo,
es el secreto del éxito.**