

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN  
MEDICINA Y CIRUGIA**

**Abordaje Terapéutico de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado en el Servicio de Ginecología del HERAJ de Enero a Diciembre del 2013.**

**Autores:**

Bra. Alexa Denise Díaz López  
Br. José Benito Flores Jarquín

**Tutor Clínico:**

Dr. Omar Alberto Martínez Cabrera  
Médico Y Cirujano  
Gineco-Obstetra  
Médico de Base Hospital Asunción Juigalpa

**Tutora Metodológica:**

Lic. María Magdalena González Moncada  
Máster en Metodología de Investigación  
Máster en Salud Pública  
Profesora Titular de Microbiología y Parasitología


**Chontales, Diciembre 2014.**

## OPINION DEL TUTOR

El trabajo "Abordaje Terapéutico de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado en el Servicio de Ginecología del HERAJ de Enero a Diciembre del 2013" elaborado por los bachilleres Díaz y Flores, representa la visión externa y organizada de la forma en que captamos y abordamos las lesiones intraepiteliales de bajo grado, considerando que estas son o pueden ser el punto de partida de una patología mayor y fatal que llegue a desestabilizar la vida familiar de las pacientes.

Considero que dicho trabajo podría ser el inicio de un proceso que nos lleve a mejorar el manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo grado a través de la optimización de recursos y la aplicación de la evidencia científica, hechos que por sí son de beneficio para nuestra población.

Es un esfuerzo válido de mucho aporte para mejorar la atención y la función de nuestro servicio.



Dr. Omar A. Martínez C.  
GINECO - OBSTETRA  
ECOGRAFISTA  
C.O.D. MINSA 11807

Dr. Omar Alberto Martínez Cabrera

Ginecólogo y Obstetra

## **DEDICATORIA**

A Dios, a Él encomendé mi camino, en Él confié y Él hizo.

A mi familia, quienes por ellos soy lo que soy.

A mi madre, por su amor incondicional y dedicación sin igual.

A mi padre, digno ejemplo a seguir.

*José Benito Flores Jarquín*

## **DEDICATORIA**

A ti Señor, quien iluminó mi caminar, este trabajo fruto de tu amor y fidelidad, es para Ti.

A mi familia quienes han velado por mí en este tiempo.

A mi amiga Luzana Tablada, apoyo importante de esta Tesis.

*Alexa Denise Díaz López*

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos dar gracias de corazón a Dios por la vida, sus bendiciones, la sabiduría y entendimiento que nos entregó para concluir esta etapa de nuestra vida.

A todos los pacientes que a lo largo de esta trayectoria fueron una lección tanto profesional como de vida. Esta tesis es por ellos y para ellos. Esperamos que este estudio y los que podamos desarrollar en un futuro repercutan en su bienestar.

Para la realización de este trabajo ha sido necesaria la colaboración de muchas personas. Queremos dar las gracias a todos los que de alguna forma han contribuido a la elaboración de esta tesis, a nuestros tutores, Dr. Martínez y Msc. González, por su guía y asesoramiento. Y en especial a nuestra colega y amiga, Luzana Tablada, por su apoyo, motivación y tiempo invertido.

## **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo fue determinar el abordaje terapéutico de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa. Para ello se realizó un análisis que describe las características de la población estudiada y la relación de estas con el majo aplicado.

Mediante la utilización de métodos estadísticos se conocieron los porcentajes de las principales técnicas diagnósticas de Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, de los cuales el 69.33% corresponde al Papanicolaou más biopsia dirigida por colposcopia, seguido de únicamente biopsia dirigida con 24%, y de acuerdo al tratamiento, se empleó la conización de cuello uterino en el 58.6%, seguido de histerectomía abdominal total con un 22%.

El tratamiento que recibió la población estudiada, joven, sin antecedentes personales patológicos en su mayoría y paridad variable, no fue el más adecuado, o el mejor evaluado previamente, ya que a ninguna de estas pacientes se trató conservadoramente (observación) según lo recomendado, aun siendo un grupo sexual y socialmente activo, en rango fértil, con óptimas condiciones para un embarazo, con alguno o ninguno de los factores de riesgos relacionados a virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino a nivel mundial.

La alternativa terapéutica mayormente empleada en pacientes con diagnóstico de Lesión Intraepitelial de Bajo Grado, es la conización de cuello uterino.

## **CONTENIDO**

|                                | <b>Página</b> |
|--------------------------------|---------------|
| Dedicatoria                    | <b>i</b>      |
| Agradecimientos                | <b>ii</b>     |
| Resumen                        | <b>iii</b>    |
| 1. Introducción                | <b>7</b>      |
| 2. Antecedentes                | <b>9</b>      |
| 3. Justificación               | <b>12</b>     |
| 4. Planteamiento del problema  | <b>13</b>     |
| 5. Objetivos                   | <b>14</b>     |
| 6. Marco teórico               | <b>15</b>     |
| 7. Material y métodos          | <b>33</b>     |
| 8. Resultados                  | <b>39</b>     |
| 9. Discusión de los resultados | <b>42</b>     |
| 10. Conclusiones               | <b>46</b>     |
| 11. Recomendaciones            | <b>47</b>     |
| 12. Bibliografía               | <b>49</b>     |
| 13. Anexos                     | <b>54</b>     |

## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente y evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea (más del 90% de los casos). Se ha demostrado que, tanto las lesiones precursoras como los cánceres invasores, están asociadas en un alto porcentaje de casos con la presencia de ciertos tipos de VPH.<sup>14</sup>

El 10-15% de la población global presenta lesiones preinvasoras del cérvix, el NIC I se presenta mayormente en las edades de 15-30 años, el NIC II entre los 30–35 años y el NIC III a los 35-49 años.<sup>40</sup>

A nivel mundial el cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar en ocurrencia de cáncer ginecológico en los países desarrollados. Internacionalmente se reconoce que en los últimos 40 años, la reducción en su incidencia, ha dado lugar a tasas inferiores a 10 casos por cada 100.000 mujeres.<sup>23</sup>

La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino en países en vías de desarrollo se produce en mujeres que generan ingresos para sus familias y que son activas en sus comunidades, particularmente en el grupo de los 25 a los 64 años, se registran 500,000 nuevos casos cada año; y es el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas o carcinoma en la población en general.<sup>21, 23</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina y el Caribe, anualmente se producen 72 mil casos nuevos y 33 mil defunciones entre las mujeres, la tasa de mortalidad para Centro América es de 15 por 100 mil mujeres.<sup>21</sup>

Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer cervicouterino más alta de todos los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense.<sup>23</sup>

Tanto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como La Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) en la conferencia de consenso, realizada en Bethesda en el año 2001, concluyeron que la mejor opción de tratamiento en Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LIEBG) es el seguimiento sin tratamiento como la opción preferida. Asimismo, recomienda realizar legrado endocervical en pacientes con



colposcopia insatisfactoria o colposcopia satisfactoria pero con lesión no identificada. Aquellas pacientes con legrado endocervical positivo para LIEBG en quienes se visualicen los límites de la lesión, son susceptibles a terapia conservadora, así como aquellas pacientes en situaciones especiales como embarazadas, posmenopáusicas o inmunosuprimidas.<sup>2</sup>

En el estudio se realizó una descripción del fenómeno de las LIEBG, donde perfila sociodemográficamente la población más afectada en el área de estudio, los antecedentes obstétricos, antecedentes personales no patológicos, métodos diagnósticos y terapéutica mayormente empleada en la misma. Este trabajo fue realizado en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, la mayoría de pacientes provenientes de diferentes municipios del departamento de Chontales y referidas de unidades de salud de atención primaria; todo esto con el objetivo de conocer el manejo de las LIEBG y su asociación con las características de la población.

## 2. ANTECEDENTES

Son muchos estudios realizados acerca de lesiones intraepiteliales de cérvix, como abordaje, diagnóstico, tratamiento, comportamiento y prevalencia.

Martínez y Sarduy (2006) realizaron un estudio que incluyó a 144 pacientes atendidas y de ellas 32 presentaron neoplasia intraepitelial cervical. El grupo de edades más frecuente resultó el comprendido entre 17 y 18 años, con una frecuencia referida entre 2 y 3 parejas sexuales. La infección de transmisión sexual más común fue el VPH. El resultado de las pruebas citológicas de más predominio fue el NIC I y el NIC II, semejante a lo reportado por Fonseca Parajón & Sorto Meza (2007).<sup>11,24</sup>

Puig-Tintoré et al. (2006), aplicó criterios de selección para observación en un grupo de mujeres con LIEBG, con una edad media de 29 años y seguidas durante una media de 23 meses con colposcopia digital, citología y ADN del VPH, el riesgo de NIC II-III, observado en mujeres con el diagnóstico de NIC I o negativo pero con citología de LIEBG, fue de un 12% a los 2 años.<sup>34</sup>

La Federación Centroamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FECASOG) realizó un estudio en 210 mujeres con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial escamosa cervicouterino de bajo grado, cuyos resultados muestran que la mayoría eran mayores de 25 años de edad, el 84,76% iniciaron su vida sexual antes de los 20 años, tenían más de 20 años de vida sexual y declararon dos o tres parejas sexuales. Solamente el 17,5% usaban métodos anticonceptivos que ofrecieran protección contra una infección de transmisión sexual y el 70,3% habían parido una o dos veces. El mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales 49,5% y se encontraron imágenes anormales en 37,6%, se decidió realizar biopsia del cuello uterino a 74 de las pacientes 35,4% y se juzgó oportuno realizar seguimiento citocolposcópico por dos años en 184 mujeres 87,6%. La mayoría de las citologías evolutivas a los seis meses realizadas en las pacientes con seguimiento citocolposcópico fueron normales (Gutiérrez Machado, Alemán Zepeda, Suárez González & Hurtado Ruíz, 2009).<sup>16</sup>

Un análisis de 1,103 pacientes evidencia que el 91.2% de las pacientes con citología anormal iniciaron vida sexual activa antes de los 19 años. De estas pacientes el 58.9% tenían lesión intracervical de bajo grado, el 29.8% atipia de células escamosas, el 10.5% lesión intracervical

de alto grado y solo una paciente reportó un cáncer invasor. El tratamiento administrado a las 139 pacientes con resultado de citología anormal fueron: 52.5% crioterapia, 36.7% observación, 9.4% asa térmica, 0.7% histerectomía y 0.7% traslado al servicio de oncología (Otero 2009).<sup>33</sup>

Asimismo, Huembes Arévalo & Arauz Téllez reportan que el 49% de las pacientes incluidas en un estudio realizado en el año 2010, presentaron hallazgos compatibles con lesiones de alto grado y el 41% mostró LIEBG. La correlación colpo – citológica fue de 75% en las LIEBG, 81% en la correlación de resultados de la colposcopia con la biopsia y de 90% al correlacionar el resultado de la citología cervical con el de la biopsia.<sup>18</sup>

Chávez Avilés (2011) en Nicaragua, estudió 412 pacientes. En relación al grupo etáreo más frecuente encontrado fue el de 15-34 años que representó el 54.9%, el 74.5% de las pacientes eran de procedencia urbana, el 41% tenían preparación académica media y el 60.9% eran amas de casa. El 83% inicio su vida sexual antes de los 15 años. La lesión preinvasiva de cérvix más frecuentemente encontrada fue la LIEBG, similar a lo reportado por Latino & Hernández (1997). El Papanicolaou fue el método de seguimiento citológico más frecuentemente utilizado. El diagnóstico de lesión preinvasiva de cérvix se realizó por medio de biopsia dirigida por colposcopia. El tratamiento de elección para las pacientes con LIEBG fue la crioterapia.<sup>6, 17</sup>

En el año 2011, Orellana Cruz, realizó un estudio comparativo entre los resultados de técnica de IVAA vs PAP en el diagnóstico de lesiones preinvasivas de Cérvix, en un año, estudiaron mujeres entre 20 y 50 años, con un total de 111 pacientes, se concluyó que la mayoría de las pacientes fueron de entre 20 y 30 años, amas de casa y conviviendo en unión estable, lo que concuerda con Herrera (2006). Las principales lesiones diagnosticadas por citología y biopsia fueron de bajo grado. Queda demostrado en este estudio que al analizar los resultados tuvo mayor coincidencia el IVAA con la biopsia que el PAP con la Biopsia.<sup>22, 29</sup>

Vargas (2012), realizó un estudio donde se incluyeron 300 pacientes. En relación al grupo etáreo más frecuente encontrado fue el de 20-35 años con el 60.33%, el 68.33% de las pacientes eran de procedencia urbana, el 42% tenían preparación académica media. El 78%, inicio su vida sexual en el intervalo de 20 a 35 años. La menarquía correspondió al intervalo de edad de 12 a 15 años

con 59.33%. Respecto a la paridad 74.66% eran multíparas, relacionado al tabaquismo 84% no tenían el hábito de fumar, el uso de anticonceptivos hormonales representó el 78.66%, las infecciones de transmisión sexual representó el 71.66%, 215 pacientes con VPH y el 21% con cervicovaginitis. Vargas, al igual que, Amador Rivas & Marengo Cuadra (2006), encuentran similares factores de riesgo en la población estudiada. La lesión preinvasiva de cérvix más frecuentemente encontrada por Papanicolaou fue la LIEBG (NIC I) representando un 50.66% siendo por biopsia 45%, lo que respecta a la colposcopia un 83.33% y solo el 11.66% fueron colposcopias insatisfactorias. El Papanicolaou fue el método de tamizaje y seguimiento citológico más frecuentemente utilizado. El diagnóstico de lesión preinvasiva de cérvix se realizó por medio de biopsia dirigida por colposcopia. El tratamiento de elección para las pacientes con lesión preinvasiva fue la crioterapia con un 41% y el asa térmica un 25% mientras que la histerectomía abdominal solo representó el 3.3%.<sup>48</sup>

En el presente año, Guevara Rico, realiza un estudio, en el que describe los principales resultados diagnósticos de las lesiones intraepiteliales del cérvix, encontrándose que el inicio de la vida sexual temprana representa el principal factor asociado, con dos a tres compañeros de vida y multíparas. Las alteraciones más reportadas por Papanicolaou fueron NIC I (25%), NIC II (22.9%) y NIC III (35.4%). La colposcopia y la biopsia no se corresponden en las lesiones de bajo grado.<sup>14</sup>

### 3. JUSTIFICACIÓN

En estudios internacionales se documenta que aproximadamente unas 600,000 mujeres cursan con neoplasia intraepitelial cervical, que representa 2-5% de las citologías cervicales, de las que el 90% o más, tienen células atípicas de significancia indeterminada (ASCUS) o lesiones intraepiteliales epidermoides (LIEBG). En números absolutos constituye aproximadamente 1 millón de mujeres con displasia de bajo grado. Está estimado que cada año cerca de 10 millones de mujeres estadounidenses están infectadas por VPH sin anomalías citológicas detectables.<sup>49</sup>

A su vez esto representa un costo aproximado directo de la detección del cáncer de cuello uterino a nivel mundial en más de 5 mil millones de dólares cada año. Los costos directos asociados con el tratamiento de las displasias de bajo grado es de aproximadamente US\$1,275 y requiere 4.5 visitas de tratamiento. Algunas de ellas sometidas a detección selectiva que han desarrollado posteriormente cáncer cervical y demostraron presentar lesiones en estadios más precoces.<sup>49</sup>

Una de las intervenciones claves para la captación temprana es la citología cervical, a pesar de diferentes esfuerzos no se ha logrado incrementar de manera importante la cobertura de papanicolaou a nivel nacional, oscilando entre el 11% (1999) y el 9.3% (2009); 6 de los 17 SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud) del país tienen coberturas menores a la nacional. Según la encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006/2007, el 47% de las mujeres entrevistadas se ha realizado PAP en los últimos 12 meses, a pesar de que el 98.4% en el área urbana y el 94.9% del área rural, refirieron conocer sobre el PAP.<sup>11</sup>

Para la introducción de medidas el Ministerio de Salud ha planteado dentro de sus estrategias de prevención y detección de cáncer cervicouterino en mujeres de riesgo y promoción de estilos de vida saludables, así como el aseguramiento al acceso de servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a sus necesidades reales y sentidas.<sup>38</sup>

Por tanto, el objetivo en conocer el abordaje terapéutico de las LIEBG en el Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, es que el tratamiento se dirija en garantizar la integridad reproductiva de la mujer y a la vez que incida en disminuir su progresión y desarrollo a cáncer cervicouterino; aportando de esta forma una perspectiva de la situación actual, y así incidir en la prevención y manejo adecuado de esta entidad.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado son un crecimiento anormal y precanceroso de células escamosas en el cuello uterino, dichas lesiones preneoplásicas se desarrollan lentamente, la mayoría presentan regresión espontánea o no progresan; estas son un diagnóstico frecuente en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, aproximadamente entre 4 y 5 pacientes ingresan por semana con dicho diagnóstico, y con tendencia a incrementar, además con una baja cobertura de atención adecuada y oportuna a los mismos.<sup>4, 42</sup>

Siendo este un significativo inconveniente de salud surge la inquietud de conocer:

¿Cuál es el abordaje terapéutico de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa de Enero a Diciembre del 2013?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Determinar el abordaje terapéutico de las Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado del Servicio de Ginecología en el Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa de Enero a Diciembre del 2013.

### **5.2. Objetivos específicos**

- 5.2.1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a estudio.
- 5.2.2. Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de población a estudio.
- 5.2.3. Mencionar los antecedentes personales no patológicos de las pacientes a estudio.
- 5.2.4. Indicar los métodos utilizados para establecer el diagnóstico de LIEBG en estas pacientes.
- 5.2.5. Especificar la terapéutica empleada en las pacientes a estudio.

## 6. MARCO TEÓRICO

El agente responsable de las alteraciones a nivel del epitelio cervical uterino es el virus del papiloma humano (VPH). La infección genital por el VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente que existe. Se calcula que hasta el 80% de mujeres sexualmente activas tendrán contacto, en algún momento de su vida, con el virus. Ahora bien, la gran mayoría de infecciones por VPH son transitorias (90%) y de estas solo un 25% producirán alteraciones citohistológicas, todas ellas, no superiores a la LGSIL y/o NIC I. <sup>3</sup>

La determinación del tipo de VPH en las lesiones intraepiteliales, mediante técnicas de biología molecular, ha mostrado que en las lesiones de bajo grado se identifican tipos muy heterogéneos de VPH, de alto y bajo riesgo oncogénico, mientras que la mayoría de lesiones de alto grado muestran tipos de alto riesgo. <sup>5</sup>

| <b>Virus del Papiloma Humano</b> |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| <b>Riesgo</b>                    | <b>Serotipos</b>        |
| Bajo                             | 6, 11, 41, 42, 43 y 44. |
| Medio                            | 31,33, 35, 39, 51 y 52. |
| Alto                             | 16, 18, 45 y 46.        |

Tomado de Cabezas (1998). <sup>5</sup>

Esta patología es claramente una enfermedad multifactorial y los virus del papiloma no son suficientes en sí mismos para la aparición de esta, siendo necesarios otros factores y cofactores adicionales como el tabaquismo, la conducta sexual, el uso de anticonceptivos, la paridad, algunos microorganismos, deficiencias nutritivas, antioxidantes, retinoides y de modo muy específico la deficiencia del sistema inmunológico, algunos de estos al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo de alrededor de 25 años, evolucionar hasta la enfermedad maligna pasando por las lesiones intraepiteliales. Sin embargo de acuerdo a la evolución natural de la enfermedad, esta no muestra imágenes macroscópicas específicas y es clínicamente asintomática, por lo que su detección ha de basarse en el empleo de ciertos métodos diagnósticos de comprobada eficacia: citología cervicovaginal, IVAA, colposcopia y biopsia. <sup>5</sup>



## **6.1. Características anatómicas e histológicas del cuello uterino**

### **6.1.1. Anatomía**

El cuello uterino es un segmento cilíndrico y angosto ubicado en la porción inferior del cuerpo uterino, mide de 2- 4 cm de longitud. Se halla dividido en dos partes por la inserción de la vagina: porción supravaginal y porción intravaginal u hocico de Tenca o Portio que es el segmento libre que se proyecta en la vagina, visible al efectuar examen con espéculo.<sup>38</sup>

El canal cervical se extiende desde el orificio externo hasta el interno histológico éste último localizado en la zona de transición de las glándulas endocervicales a las endometriales. En su parte inferior se abre a la vagina a través del orificio cervical externo el cual tiene morfología distinta según la paridad de la mujer.<sup>38</sup>

### **6.1.2. Histología**

La porción vaginal de cérvix está cubierta de epitelio plano estratificado no queratinizante, idéntico en lo fundamental al de la vagina; cerca del orificio cervical externo, hacia adentro, el epitelio cambia repentinamente a cilíndrico simple, secretor de moco, que es propio del conducto cervical, el cual termina en el orificio cervical interno, área de transición de las glándulas endocervicales a la endometriales. A la unión del epitelio plano estratificado con el epitelio cilíndrico se le llama unión escamocilíndrica, zona escamocolumnar o, zona de transición. La zona caudal junto a la unión escamocilíndrica donde ocurre la metaplasia se denomina zona de transformación, tiene importancia clínica porque es el lugar de asiento de las lesiones precancerosas y del carcinoma cervicouterino.<sup>38</sup>

## **6.2. Definición**

Las lesiones intraepiteliales de Bajo Grado (LIE BG), son las alteraciones premalignas que afectan el tercio inferior de la capa celular, histológicamente se observan pequeñas atipias en la maduración y diferenciación celular, que al examen citológico se evidencia por células escamosas superficiales dispuestas en forma aisladas con citoplasmas claros, bordes

definidos, núcleos hipertróficos con cromatina finamente granular de distribución homogénea. Además hay un aumento en proliferación celular y pérdida de la orientación en la disposición celular en las capas inferiores del epitelio escamoso. <sup>41</sup>

### 6.3. Nomenclatura

La clasificación clásica, en términos de “displasia” (OMS, 1979) dio paso al sistema de las NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical), de Richart en 1993, para terminar en la clasificación de Bethesda (2001), que ya habla de LIE (Lesión Intraepitelial Escamosa) y que diferencia por un lado las alteraciones de las células del epitelio escamoso y por el otro las del epitelio glandular. <sup>3</sup>

| Clasificación         |                      |                |                                    |                 |     |
|-----------------------|----------------------|----------------|------------------------------------|-----------------|-----|
| Displasia/CIS         | VPH                  | Displasia leve | Displasia moderada                 | Displasia grave | CIS |
| CIN-NIC<br>(Richart)  | VPH                  | CIN - NIC I    | CIN - NIC 2                        | CIN - NIC 3     |     |
| SIL-LIP<br>(Bethesda) | SIL - LIP Bajo grado |                | SIL - LIP Alto grado<br>(HG - SIL) |                 |     |

**SIL:** Lesión escamosa intraepitelial; **HG-SIL:** Lesión escamosa intraepitelial de alto grado; **CIS:** Carcinoma in situ.

Modificado de Fundamentos de Ginecología SEGO. <sup>3</sup>

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología. Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario organizado por el National Cáncer Institute de los Estados Unidos. <sup>45</sup>

Se propuso el término Lesiones intraepiteliales de bajo grado, para las previamente clasificadas como condiloma viral plano y NIC I, y lesiones intraepiteliales de alto grado que incluyen al NIC II y NIC III de la clasificación de Richart, en coincidencia con el sistema Bethesda. <sup>13</sup>

#### **6.4. Historia natural de las lesiones intraepiteliales escamosas**

Al principio de la adolescencia y en el primer embarazo, mientras tiene lugar la metaplasia escamosa, la infección por el VPH puede inducir cambios en las células recién transformadas, con la incorporación de componentes víricos en el ADN celular. Si el virus persiste, puede causar alteraciones precancerosas y más tarde cancerosas al interferir con la regulación normal de la multiplicación celular.<sup>30</sup>

La infección por el VPH es poco inmunogénica porque es no productiva (no produce inflamación local característica) y también por los diferentes mecanismos desarrollados por el virus para contrarrestar la respuesta inmune. El ciclo de replicación de los VPH se lleva a cabo dentro de los queratinocitos; los viriones maduros escapan de la superficie epitelial infectada en los queratinocitos que se descaman. De esta manera, durante la infección hay poca presentación de antígenos virales al sistema inmune por células presentadoras de antígenos profesionales (tanto local, como sistémica). La respuesta celular juega un importante papel en el control y curso de la infección por el VPH, esta respuesta varía dependiendo del grado de lesión y el potencial oncogénico del VPH. Existe evidencia de que el VPH interfiere en el ciclo de control celular con la secundaria acumulación de anormalidades genéticas. Esto podría explicar la persistencia viral y la progresión de las lesiones, sin embargo, en muchas pacientes, factores secundarios como la respuesta inmune o el tabaquismo juegan un papel importante.<sup>36, 40</sup>

Las estimaciones del tiempo necesario para que se desarrolle el cáncer a partir de la infección por el VPH varían. El sesenta por ciento o más de los casos de displasia leve se resuelven espontáneamente y sólo el 10% progresan a displasia moderada o grave en 2 a 4 años; en algunos casos puede observarse una displasia moderada o grave sin un estadio previo detectable de displasia leve. Menos del 50% de los casos de displasia grave progresan a carcinoma invasor y el porcentaje es mucho menor en las mujeres más jóvenes.

El curso natural de la progresión, habitualmente de unos 10 a 20 años entre la displasia leve y el carcinoma, hace que el cáncer cervicouterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir y es la razón fundamental del cribado.<sup>30</sup>

## 6.5. Factores de riesgo

Un gran número de factores epidemiológicos parecen contribuir al desarrollo de esta patología, pero el modo a través del cual estos factores causan el cáncer es todavía poco claro; más aún, dichos agentes epidemiológicos han sido identificados consecuentemente adquiriendo un rol importante en diferentes periodos de tiempo .<sup>27</sup>

| Factores                | Cofactores                            |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Tabaquismo              | Coinfección por VHS-2                 |
| Uso a largo plazo de AO | Coinfección por <i>C. trachomatis</i> |
| Coinfección por VIH     | Inmunosupresión                       |
| Alta paridad            | Dieta y alimentación                  |

**VHS-2:** Virus del herpes simple tipo2; **AO:** Anticonceptivos orales; **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

Tomado de Muñoz et al.<sup>21</sup>

Los resultados de un estudio realizado por la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) indican que el número de embarazos a término se asocia con un aumento de cuatro veces el riesgo de desarrollo de células escamosas al ser comparado con mujeres nulíparas.<sup>27</sup>

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer. Se encuentra entre los factores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino; en los resultados de un estudio realizado por el *National Institute for Health and Welfare*, después de ajustar los posibles factores de confusión, las mujeres consumidoras de tabaco (fumadoras y masticadoras) presentaban un aumento significativo de riesgo LIE de bajo grado en comparación con las mujeres que nunca habían sido fumadoras. Así mismo, las mujeres jóvenes (<30 años de edad) que fumaban eran menos propensas a seroconversión o mantener anticuerpos VPH 16/18 detectables durante el tiempo de seguimiento (hasta 10 años) que en las no fumadoras. Esto sugiere que en las mujeres jóvenes con infecciones VPH 16/18 oncogénicos, la respuesta inmune humoral a los tipos de VPH de alto riesgo se ve afectada por el tabaquismo.<sup>44</sup>

Así mismo la *American Association for Cancer Research* realizó un estudio en el que examinó el uso de anticonceptivos orales como un factor de riesgo de anomalías citológicas del cuello uterino entre 1,964 mujeres que recibieron la prueba de Papanicolaou, se encontró que su uso no guarda relación con el riesgo de atipia o LIE de bajo grado, pero se asoció con un riesgo elevado de LIE de alto grado que aumenta con una mayor duración de uso. La infección por VPH se asoció, como se esperaba, con el riesgo de LIE debajo y alto grado, pero no con atipia. El uso de anticonceptivos orales parece aumentar la detección de los tipos de VPH 16/18, pero la importancia etiológica de este hallazgo no está clara. <sup>4</sup>

Las mujeres con infección por otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* (CT), virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), puede aumentar la susceptibilidad a la infección por VPH cervical por inflamación o micro abrasiones en el epitelio como resultado de las relaciones sexuales, que permiten al VPH acceso directo a las células epiteliales basales. También es posible que las infecciones de transmisión sexual pudiera aumentar el efecto oncogénico de una infección por VPH ya establecida por influir en la respuesta inmune local. La similitud de los perfiles de riesgo entre el VPH y otras ITS, hace que sea difícil distinguir si otras infecciones de transmisión sexual son sólo marcadores de la exposición al VPH o actúan como verdaderos cofactores, aumentando la susceptibilidad o infectividad. Se ha demostrado que las mujeres VIH positivas presentan un mayor riesgo de NIC al compararlas con sus homologas VIH negativas. Esta asociación parece ser más fuerte en las mujeres con recuento bajo de linfocitos T CD4. <sup>21, 26, 42, 47</sup>

También se relaciona el riesgo con el comportamiento sexual de la mujer; edad del primer coito, número de compañeros, compañeros promiscuos. El papel del preservativo como profiláctico del VPH es controvertido. La resolución espontánea de la infección ofrece cierto grado de protección frente a reinfecciones por el mismo tipo de VPH, habiéndose descrito cierto grado de inmunidad cruzada entre tipos virales. <sup>26</sup>

## **6.6. Diagnóstico**

No existen síntomas específicos ni signos visibles que indiquen la presencia de una lesión intraepitelial cervical; el diagnóstico final de lesión intraepitelial se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical. Se determina el grado de la lesión según la proporción del espesor del epitelio con células indiferenciadas, clasificándose las mismas en lesiones de bajo y alto grado.<sup>13</sup>

### 6.6.1. Citología cervical o Papanicolaou

Método de tamizaje que consiste en la toma de muestras de las células del endocervix y exocervix, que se extienden en un portaobjeto, son fijadas y sometidas a una tinción conocida como Papanicolaou. Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del Cáncer Cervicouterino. Es un examen simple, barato e inocuo.<sup>38</sup>

| <b>Indicaciones</b>  |
|--|
| Mujeres que hayan iniciado vida sexual con énfasis en:       |
| Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual |
| Mayores de 65 años que no tengan citología reciente          |
| Menores de 21 años con historia clínica de riesgo            |
| Toda mujer embarazada  |

Tomado de Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino.<sup>38</sup>

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Cuando el reporte de la citología es *negativo para lesión intraepitelial y células malignas*, dar indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos, cumplir esquema 1-1-1-3. Esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.<sup>38</sup>

Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como *insatisfactoria o inadecuada* deberá repetirse la muestra. <sup>38</sup>

Si la citología reporta *negativo para lesión intraepitelial y células malignas*, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales / Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4-6 meses o al año siguiente. <sup>38</sup>

Existe una gran variabilidad en los resultados de sensibilidad y especificidad comunicados por diferentes estudios, se han obtenido rangos de sensibilidad de 11 – 99% y especificidad de 14 – 97%. <sup>7, 8, 42</sup>

#### **6.6.2. Inspección visual con ácido acético (IVAA):**

Es un método de tamizaje de lesiones intraepiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético al 5% (vinagre). <sup>25</sup>

La solución de vinagre al 3% a 5% que se aplica al tejido del cuello uterino interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adopten una tonalidad blanca para facilitar la identificación del tejido anormal. <sup>25</sup>

Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el ácido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglomeren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco. <sup>25</sup>

La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país. <sup>25</sup>

**Es resultado negativo cuando:**

- No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar.
- Presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Línea blanca tenue en la unión escamo – columnar.
- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.<sup>25</sup>

**Es resultado positivo cuando:**

- Mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar.
- Las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves (LIE AG).<sup>25</sup>

El uso de la IVAA es apropiado en las mujeres cuya zona de transformación sea visible (normalmente en las menores de 50 años de edad). Esto se debe a que, tras la menopausia, la zona de transformación, donde se presentan la mayoría de las lesiones precancerosas, suele retroceder hacia el canal endocervical y puede dejar de ser completamente visible.<sup>31</sup>

La eficacia de este método varia, sin embargo se le atribuye una media con especificidad del 83% y sensibilidad del 81%.<sup>12</sup>

**6.6.3. Colposcopia**

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un colposcopio, que es un microscopio binocular que permite examinar el epitelio, el estroma y la trama vascular subepitelial con ampliaciones que varían entre 7.5 X, 15 X y 30 X. La aplicación de ácido acético diluido permite resaltar las zonas anómalas, que luego se pueden biopsiar. Cuando se utiliza como método de diagnóstico en pacientes con cribado



positivo, la colposcopia presenta una gran sensibilidad (cerca al 85%) y una elevada especificidad (de alrededor del 70%) para detectar un tumor premaligno o maligno.<sup>26, 33</sup>

La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones preinvasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia.<sup>38</sup>

Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para evaluación por el médico ginecólogo/a, quien derivara al nivel necesario para su evaluación por colposcopia, como son:

- ASC-H (Atipia de Células Escamosas que no excluye Lesión Intraepitelial de Alto Grado).
- ASC-US (Persistente Atipia de células Escamosas de Significado Indeterminado).
- LIE de Bajo Grado
- LIE de Alto Grado
- Carcinoma de Células Escamosas
- AGC (Atipia de Células Glandulares)
- Inflamación Severa Persistente
- Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativa.<sup>38</sup>

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden reportar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia.
- LIE de bajo grado: NIC I y/o VPH.
- LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situ.
- Neoplasia microinvasora: escamocelular o adenocarcinoma.
- Neoplasia invasora: escamocelular o adenocarcinoma.<sup>38</sup>

La evaluación colposcópica comprende los siguientes pasos:

- Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después de la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
- Identificación del patrón colposcópico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
- Toma dirigida de biopsia del/las área/s sospechosa/s de lesión.
- Legrado Endocervical si la colposcopia no es satisfactoria. (excepto en embarazo).
- Colocación de tapón vaginal si es necesario, y explicarle a la usuaria como, cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal y no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchando. <sup>38</sup>

Los índices de sensibilidad y especificidad corresponden, con un 95%, y 27,3% respectivamente para la colposcopia, lo que conlleva una alta proporción de falsos positivos. <sup>39</sup>

#### **6.6.4. Conización diagnóstica**

Procedimiento quirúrgico utilizado para la resección de la lesión intraepitelial del cuello uterino y conteniendo toda la zona de transformación y la unión escamocolumnar. Generalmente el sangrado es mínimo. Las muestras se colocan en un conservante, como el formol, y se rotula el frasco. Éste se envía luego al laboratorio donde se realiza el diagnóstico histopatológico preciso de las anomalías (se determina si son manifestaciones de un tumor premaligno o maligno, así como la extensión y la gravedad de las mismas) de modo de adaptar el tratamiento a cada caso. Su función es diagnóstica y/o terapéutica. <sup>30, 38</sup>

Indicaciones:

- Usuarías con LIE alto grado y/o:
- Microinvasión en la biopsia.
- Colposcopia insatisfactoria.
- Adenocarcinoma In Situ.

- Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
- Legrado Endocervical (+).<sup>38</sup>

Posterior a la colposcopia se citara a la usuaria al mes para informarle de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento.<sup>38</sup>

La biopsia posee un 92.6% de sensibilidad y 74.4% de especificidad, una biopsia positiva es 3,6 veces más frecuente en enfermas de neoplasia intraepitelial que en las sanas. Los valores predictivos y las razones de probabilidad mayores los presenta la biopsia. La combinación de 2 pruebas mejora los valores predictivos. Una citología y una biopsia positivas tienen un valor predictivo positivo del 97%.<sup>39</sup>

#### **6.6.5. Legrado endocervical**

Si la prueba de Papanicolaou ha dado un resultado positivo, pero no se observan zonas anómalas en la colposcopía, puede que exista una lesión en el conducto cervical. En tal caso, se puede examinar el endocérvix con un espéculo especial y extraer una muestra de células con la cucharilla o legra para biopsia endocervical a efectos del diagnóstico al microscopio. El legrado endocervical es un procedimiento sencillo; consiste en raspar delicadamente la superficie del conducto endocervical a fin de extraer unas cuantas células que se envían al laboratorio a fin de examinarlas. El procedimiento lleva tan solo unos minutos.<sup>30, 38</sup>

La colposcopía, la biopsia y el legrado endocervical son prácticamente indoloros (si bien pueden producir un dolor de tipo cólico pasajero) y no requieren anestesia. Después de la biopsia o del legrado endocervical, la mujer debe abstenerse de practicar el coito hasta que cesen las secreciones o el sangrado, lo cual suele ocurrir en un par de días.<sup>38</sup>

### **6.7. Tratamiento**

En la última década, el tratamiento de las lesiones preinvasoras ha gravitado hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios. Esto se ha debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia, un mayor conocimiento de la historia natural de la NIC, y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo; como la criocirugía y el procedimiento de escisión electroquirúrgica con electrodos cerrados (LEEP).<sup>5,31</sup>

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano, el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al carcinoma *in situ*, puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente, sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de éstas debe estar garantizado.<sup>5,31</sup>

El tratamiento ideal de la NIC, sería aquel método que sea de muy fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo. No debemos olvidar que para el tratamiento conservador de la NIC son necesarios el conocimiento de ciertos fundamentos y requisitos. Al aplicar estos requisitos es importante considerar la edad, paridad, tipo y localización de la lesión. Debe orientarse adecuadamente a la paciente en relación con su enfermedad y el control que debe seguir posteriormente.<sup>5,31</sup>

Sin embargo, el protocolo nacional de prevención del cáncer cérvico uterino (MINSa, 2010), establece que una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor. Asimismo cita varias opciones terapéuticas, dividiéndolas en dos grupos, métodos ablativos: crioterapia, electrofulguración y fulguración con láser; y métodos de resección: cono frío, resección electro quirúrgica con asa de alambre, cono láser e hysterectomía.<sup>38</sup>

Antes de aplicar cualquier tratamiento sobre lesiones de bajo grado deben cumplirse ciertos criterios:

- La totalidad de la lesión debe ser visible.
- Se han obtenido biopsias de la lesión previa al tratamiento.
- Se ha evaluado adecuadamente el canal endocervical.
- El médico debe tener conocimiento y experiencia con la elección del tratamiento.
- Se puede confiar en la usuaria para el seguimiento postratamiento.<sup>38</sup>

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar legrado del endocérnix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérnix residual, ya que la lesión puede presentar simultáneamente un mayor grado en otras áreas.<sup>38</sup>

Se realizará el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Posteriormente se realizará otro control a los seis meses y luego controles cada año.<sup>38</sup>

### **6.7.1. Observación**

Dada la posible regresión espontánea de la LIE BG, el tratamiento sistemático representa, en muchos casos, un sobre-tratamiento y por todo ello, la abstención terapéutica y control puede ser una opción válida.<sup>5</sup>

El manejo para las lesiones de bajo grado basada en la observación y seguimiento a través de citologías periódicas, fundamentado en la historia natural de la enfermedad, ya que una lesión intraepitelial tarda años en evolucionar, en algunos porcentajes se reporta regresión espontánea, si la lesión persiste y está presente, puede detectarse en las citologías posteriores a lo largo del seguimiento y entonces tratarse.<sup>38</sup>

El seguimiento es simple y basado en los controles citológicos, hasta que la lesión desaparezca y solo ante la persistencia o progresión se envían a colposcopia y según el resultado se decide tratamiento. Debe seleccionarse muy bien a la paciente que se

brindara este manejo, evaluarse antecedentes, factores de riesgo, posibilidades de seguimiento, accesibilidad a la toma de la citología y a su resultado.<sup>38</sup>

Antes de decidirse por este método de seguimiento y vigilancia, deben de tomarse en cuenta los siguientes criterios:

- Colposcopista experto.
- Colposcopia satisfactoria.
- Correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida.
- Legrado endocervical negativo.
- Seguimiento con citología cada 3 meses el primer año, y posteriormente cada año.<sup>5</sup>

El seguimiento alcanza significación al final de los 24 meses de vigilancia, siendo su eficiencia a los 6 meses de 4,43%, a los 12 meses 5,67% y a los 24 meses de seguimiento 74,10%. Posiblemente explicada por la regresión espontánea de las lesiones clínicamente no importantes.<sup>20</sup>

### **6.7.2. Crioterapia**

La crioterapia es la eliminación de las zonas precancerosas del cuello uterino por congelación. Este procedimiento relativamente sencillo lleva unos 15 minutos y puede realizarse en régimen ambulatorio. Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (la criosonda) sobre el cuello uterino y en congelar su superficie con dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) u óxido nitroso (N<sub>2</sub>O). La criosonda se aplica dos veces sobre el cuello del útero, tres minutos cada vez, con cinco minutos de descongelación entre cada aplicación (técnica de doble congelación). Es necesario disponer de un suministro continuo de dióxido de carbono u óxido nitroso. Es preferible la calidad medicinal ultraseca de gas, la más cara, pero se puede utilizar un gas de calidad industrial si éste se consigue localmente y su precio es razonable. La crioterapia es un método de tratamiento extremadamente eficaz de lesiones pequeñas, pero cuando las lesiones son mayores, la tasa de curación es inferior al 80%. Como la región del cuello uterino que se congela

tiene muy pocas terminaciones nerviosas, la criocirugía normalmente apenas se asocia con un malestar o dolor de tipo cólico ligero. Por consiguiente, se puede practicar sin anestesia.<sup>30</sup>

#### Ventajas:

- Altamente efectiva en lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.<sup>25, 30</sup>

#### Desventajas:

- Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO<sub>2</sub>.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer.<sup>25, 30</sup>

#### Criterios:

- Mujer con tamizaje positivo para Lesión intraepitelial cervical.
- La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
- La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2 mm de sus bordes.
- Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocérvix o dentro de la pared vaginal.<sup>25, 30</sup>

La crioterapia posee una tasa de curación general de 89,5% (dato estadístico resumido). Los datos indican que, en términos generales, la crioterapia es tan eficaz como otros métodos de tratamiento ambulatorio. En general, la crioterapia produce tasas de curación

mayores respecto a las lesiones menos graves. Las lesiones más grandes que se extienden en el conducto endocervical, tienen tasas de curación inferiores con crioterapia. Para el tratamiento de lesiones extensas (que cubren el 75% o más del cuello uterino) o lesiones complicadas por la afección del conducto endocervical, es posible que otro método sea más apropiado.<sup>1</sup>

### **6.7.3. Cauterización**

Este método utiliza un equipo monopolar o bipolar para remover o fulgurar las lesiones. Sus resultados son satisfactorios, simples en su utilización y de bajo costo. Debe realizarse, previamente, una cuidadosa evaluación ginecológica para excluir procesos inflamatorios de los genitales internos. Los éxitos terapéuticos han sido entre el 82 y el 89%.<sup>46</sup>

### **6.7.4. Conización con asa térmica**

Es un método quirúrgico ambulatorio en el que se realiza la conización cervical utilizando un equipo de electro cirugía, utilizando un electrodo de alambre fino por el que circula una corriente alterna de alta frecuencia y de bajo voltaje que extirpa las zonas anómalas del cuello uterino. El asa puede escindir y coagular al mismo tiempo. La escisión electroquirúrgica con asa tiene como finalidad eliminar tanto la lesión como la zona de transformación completa. El tejido extraído puede enviarse al laboratorio de histopatología para su examen, lo cual permite determinar la extensión de la lesión. Así pues, la escisión electroquirúrgica con asa cumple un doble propósito: el tratamiento de la lesión y, al mismo tiempo, la obtención de una pieza de tejido para el examen anatomopatológico. El procedimiento tiene asimismo la ventaja de que se puede efectuar bajo anestesia local en régimen ambulatorio. Permite erradicar el precáncer en más del 90% de los casos. El tratamiento fracasa (es decir, se observan lesiones persistentes al sexto o duodécimo mes de seguimiento) en menos del 10% de las mujeres. Este procedimiento ha demostrado ser una excelente alternativa terapéutica de la neoplasia intraepitelial cervical, presentando las ventajas de los métodos destructivos locales.<sup>30, 38</sup>



La mayor dificultad atribuida a la conización con asa se refiere a la evaluación histológica de los bordes quirúrgicos por el daño térmico que produce; sin embargo, con su uso se pueden diagnosticar entre un 84 a 97% de los casos de NIC, teniendo una efectividad de aproximadamente el 90% sin anestesia local, pero con anestésico, la tasa de fracaso disminuye a 3%, debido a que se alcanza una mayor profundidad.<sup>50</sup>

#### **6.7.5. Histerectomía**

En la mayoría de los casos, las lesiones premalignas pueden tratarse en régimen ambulatorio utilizando métodos relativamente poco traumáticos, como la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa. Si las lesiones no pueden tratarse de esa forma se pueden utilizar métodos que requieren hospitalización, como la conización con bisturí.<sup>30</sup>

La histerectomía, un procedimiento extremadamente traumático con riesgo de complicaciones, como infecciones, hemorragias o traumatismos en órganos adyacentes, no debe utilizarse en el tratamiento del precáncer, salvo si existen otros motivos para extirpar el útero. El deseo de anticoncepción permanente por parte de la mujer no es una razón concomitante suficiente para practicar la histerectomía.<sup>30</sup>

#### **6.8. LIEBG en la adolescencia**

Situación especial representa el grupo de las adolescentes en las que se diagnostica LIE BG. En mujeres adultas se reportan regresiones del 50% al 80%, sin embargo los diferentes estudios en adolescentes reportan regresiones del 90% en el grupo de edad de 13-21 años y progresión a LIE- AG en un 6%, lo que traduce un comportamiento biológico con una historia natural más benigna para la infección por VPH.<sup>38</sup>

Los resultados de citología que reporten LIE BG en adolescentes deben ser referidos al ginecólogo para que evalúe cada caso en particular y se le brinde la oportunidad de seguimiento con citología, por la historia natural autolimitada que tiene el VPH en la adolescencia, evitando de esta forma manejos agresivos que causen ansiedad y que además

pueden afectar la fertilidad como es el caso de las estenosis cervicales producida por algunos tratamientos.<sup>38</sup>

## **7. MATERIAL Y METODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

### **Área de estudio**

Servicio de ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa.

### **Universo y muestra**

Está constituido por 75 pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa diagnosticadas y tratadas por lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en el periodo de Enero a Diciembre del 2013.

### **Unidad de análisis**

Expediente clínico de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo grado en el periodo de Enero a Diciembre del 2013.

### **Criterios de inclusión**

Se considera únicamente a las pacientes:

- Ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa en el periodo de estudio.
- Con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo grado mediante los métodos diagnósticos citados en la norma nacional de prevención de cáncer cervicouterino.
- Que el expediente cumpla con todas las variables en estudio.
- Que fueron tratadas en esta unidad en el periodo de estudio.

### **Criterios de exclusión**

Todos aquellos expedientes que no cumplieron con todos los criterios de inclusión.

## **Instrumento para la recolección de la información**

La información se recolectó de forma secundaria a partir del expediente clínico. Se utilizó un instrumento de recolección, previamente diseñado, el cual fue llenado por los investigadores, a través de la revisión de expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión.

El instrumento de recolección consta de 5 secciones, de acuerdo con orden de las variables en estudio:

- El primer ítem contiene datos generales de las pacientes que participaron en el estudio, tales como: edad, procedencia, estado civil y escolaridad. Dichos datos no se tomaron en cuenta para el procesamiento de la información, ya que no tienen importancia en relación a lo que se pretende valorar.
- El segundo ítem hace referencia a los antecedentes personales no patológicos de la cohorte como: alcoholismo y tabaquismo, que hayan y/o que estén habitualmente activas con la adicción.
- El tercer ítem está relacionado con las características ginecobstetricias de las gestantes en estudio, tales como: paridad, inicio de la vida sexual activa, número de compañeros sexuales, uso de anticonceptivos orales y enfermedades de transmisión sexual. Estos acápites se llenaran marcando con una X las proposiciones correspondientes al enunciado.
- El cuarto ítem aborda los métodos de diagnóstico disponibles en la unidad y que se emplearon a la población de estudio tales como: papanicolaou, biopsia dirigida por colposcopia, conización cervical, inspección visual con ácido acético y legrado endocervical.
- El quinto ítem está conformado con el tratamiento empleado y recibido por las pacientes, tales como oobservación, cauterización, crioterapia, conización con asa térmica e histerectomía, enunciados por los cuales se llenaran marcando con una X las proposiciones correspondientes.

## **Variables de estudio**

### Datos Sociodemográficos

1. Edad
2. Procedencia
3. Estado civil
4. Escolaridad

### Antecedentes personales no patológicos

1. Alcoholismo
2. Tabaquismo

### Antecedentes Gineco-Obstétricos

1. Paridad
2. IVSA
3. Numero de compañeros sexuales
4. Uso de anticonceptivos
5. ETS

### Métodos diagnósticos empleados

1. PAP
2. Biopsia dirigida por Colposcopia
3. Conización Cervical
4. IVAA
5. Legrado Endocervical

### Tratamiento Recibido

1. Observación

2. Cauterización
3. Crioterapia
4. Conización con asa térmica
5. Histerectomía

### Operacionalización de las variables

| Variable                      | Definición  | Indicador | Dimensión  | Valor/Escala   |
|-------------------------------|---|-----------|--|--|
| Edad                          | Periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta el ingreso.   | Años      |  | <15<br>15-19<br>20-34<br>>35   |
| Procedencia                   | Lugar de residencia actual hasta el ingreso.  |           |  | Rural<br>Urbano  |
| Estado civil                  | Situación jurídica de la persona entrevistada, en la familia y en la sociedad hasta el momento del estudio.   |           |  | Soltera<br>Casada<br>Unión libre<br>Divorciada<br>Viuda                                |
| Escolaridad                   | Nivel académico aprobado hasta el ingreso.  |           |  | Iltrado<br>Sabe leer<br>Primaria<br>Secundaria<br>Técnico<br>Superior<br>Universitaria |
| Paridad                       | Número de embarazos con alumbramiento más allá de 20 semanas de gestación o con un producto de peso mayor a 500 gramos hasta el momento de la entrevista. |           | Nulípara<br>Primípara<br>Multípara<br>Gran multípara | 0<br>1<br>2-3<br>>3  |
| IVSA                          | Edad de inicio de vida sexual activa que tuvo la población.   | Años      |  | <15<br>15-19<br>20-29<br>30-39<br>>40  |
| Número de compañeros sexuales | El total de parejas sexuales hasta el momento de la entrevista.   |           |  | 1<br>2<br>>3   |
| Uso de anticonceptivos orales | Antecedente o Actual uso de este tipo de método anticonceptivo hormonal   |           |  | Si<br>No   |

|                      |   |  |  |  |
|----------------------|---|--|--|--|
|                      | de las entrevistadas, al momento del estudio.   |  |  |  |
| Tabaquismo           | Consumo abusivo y activo de tabaco hasta al momento del estudio.  |  |  | Si<br>No   |
| Alcoholismo          | Consumo abusivo y activo de bebidas alcohólicas hasta el tiempo de la entrevista.                                 |  |  | Si<br>No   |
| ETS                  | Antecedentes de haber padecido de enfermedades de transmisión sexual, diferente a VPH, en el momento del estudio. |  |  | Trichomoniasis<br>Virus herpes simple tipo 2<br>VIH<br>Ninguno                                 |
| Métodos diagnósticos | Método utilizado para establecer el diagnóstico definitivo a la cohorte y en el periodo del estudio.              |  |  | PAP<br>Biopsia dirigida por colposcopia<br>Conización cervical<br>IVAA<br>Legrado endocervical |
| Tratamiento Recibido | Método terapéutico elegido por el médico en ese momento.  |  |  | Observación<br>Cauterización<br>Crioterapia<br>Conización con asa diatérmica<br>Histerectomía  |

### **Plan de tabulación y análisis de la información**

Los datos se obtuvieron de forma secundaria a través del análisis univariado de los expedientes de los pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología. Se utilizó el programa EPI-INFO 3.4.3, una vez recolectada la información se procedió a transferir los datos y se procesó en frecuencia simple y cruces de variables. Estos se analizaron mediante frecuencia porcentual para cumplir los objetivos del estudio. El traslado de los datos hacia diseños gráficos se realizó mediante el programa Microsoft Excel.

### **Aspectos éticos**

El presente estudio empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, haciendo uso solamente

de la revisión de expedientes clínicos por medio de un instrumento, en los que no se le identificó, ni se trató aspectos sensitivos de su conducta.



## 8. RESULTADOS

- Se registraron 75 casos de mujeres con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo grado ingresadas y tratadas en esta unidad de estudio.
- En un 56% de nuestras pacientes estaban en el intervalo de 20-34 años, con lo cual seguimos aportando un considerable porcentaje de pacientes que se ubican en el rango de edad fértil y/o edades óptimas para un proceso de embarazo.
- En cuanto a la procedencia, el 64% (48) procedían del casco urbano, y el 36% (27) del área rural.
- Con respecto al estado civil, un 41.33% estaban casadas, seguido de las que permanecían en unión libre con 34.67% y 21.33% estaban solteras.
- El nivel de escolaridad que se presentó con mayor frecuencia fue el de secundaria con 29 pacientes para un 38.6%, seguido por el nivel de preparación académico primaria de 22 pacientes para un 29.3% y en menor proporción iletradas con 13 pacientes para un 17.3% y por último el nivel universitario con 9 pacientes para un 12%.
- En lo que se refiere a la ingesta de alcohol, 73 pacientes que representaban el 97.3% no tenían este hábito, en comparación con 2 pacientes que representaban el 2.6% que si lo ingerían.
- Con respecto al uso de cigarrillo, 3 pacientes, que correspondían al 4% tenían el hábito de fumar en comparación a 72 pacientes que representaban el 96% que no tenían antecedentes de tabaquismo.
- En relación a la paridad, un total de 40 pacientes (53.3%) estaba representado por multíparas, mientras que por otro lado solamente 14 pacientes (18.6%) eran primigestas, seguido de las nulípara con 11 pacientes (14.6%).

- El inicio de la vida sexual activa se dio más frecuentemente en el intervalo de edad de 15-19 años con 49 pacientes (65.3%), seguido por el intervalo de edad de 20-29 años con 14 pacientes (18.6%) y por últimos las menores de 15 años con 12 pacientes (16%).
- En relación al número de compañeros sexuales 27 pacientes (36%) tenían 2 compañeros sexuales, mientras que 25 pacientes (33.3%) tenían más de 3 compañeros sexuales y 23 pacientes (30.6%) tenían únicamente 1 compañero sexual.
- En lo que se refiere al uso de anticonceptivos orales, 12 pacientes, que representaban el 16% si los usaban, en comparación con 63 pacientes que representaban el 63% que no los usaban.
- En lo que lo concierne a enfermedades de transmisión sexual, únicamente 1 paciente (1.3%) presentaban trichomoniasis, el resto (98.6%) no presentó ninguna patología previa.
- Con respecto al método diagnóstico, el 69.33% fue por papanicolaou más biopsia dirigida por colposcopia, seguido de únicamente biopsia dirigida en un 24% e inspección visual con ácido acético más biopsia dirigida el 2.6%.
- En relación al tratamiento realizado, 44 pacientes (58.6.1%) se les realizó conización, 17 pacientes (22.6%) se histerectomizaron, 12 pacientes (16%) se les practicó cauterización y únicamente en 2 pacientes se empleó crioterapia.
- Al realizar cruce de variable, tratamiento versus paridad, la conización se empleó en el 90.91% de las nulíparas, 64.29% de las primíparas, 57.5% de las multíparas y 20% de las grandes multíparas; seguido de la histerectomía que se realizó en el 21.43% de las primíparas, 22.5% de las multíparas y 50% de las grandes multíparas.
- Con respecto al cruce de variable, tratamiento versus edad, en las pacientes de 15-19 años se empleó conización en el 100%; en las pacientes de 20-34 años el 76.19% se realizó

conización, seguido de cauterización con un 16.67% y las pacientes mayores de 35 años se empleó histerectomía en el 48.39% y un 32.26% se realizó conización.

## 9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El patrón sociodemográfico observado es semejante al estudio de Vargas (2012), donde se incluyeron 300 pacientes. En relación al grupo etario más frecuente encontrado fue el de 20-35 años con 181 pacientes representó el 60.33%, el 68.33% de las pacientes eran de procedencia urbana y el 42% tenían preparación académica media.<sup>48</sup>

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, el 65.3% tuvieron inicio de vida sexual en la adolescencia entre los 15-19 años, lo que según la literatura internacional se aprueba que el inicio precoz de las relaciones sexuales es uno de los factores de riesgos para desarrollar lesiones preinvasivas de cérvix. El 84% no usaba como método de planificación familiar anticonceptivos orales y el 98.6% no tenían ningún tipo de enfermedad de transmisión sexual ajena al VPH. Del total de las pacientes en estudio el 53.3% eran multigestas, con un promedio de 2 a 3 parejas con 36% y 33% respectivamente. Con respecto a los antecedentes personales no patológicos el 97% no tenían hábito de ingerir alcohol y el 96% no fumaban cigarrillos.<sup>5, 26, 27, 42, 43, 47</sup>

Comparando estos resultados con el estudio llevado por la FECASOG, Gutiérrez Machado et al. (2009), se asemejan a la población estudiada, ya que los pacientes iniciaron su vida sexual antes de los 20 años, tenían más de 20 años de vida sexual y declararon dos o tres parejas sexuales. Solamente el 17,5% usaban métodos anticonceptivos que ofrecieran protección contra una infección de transmisión sexual y el 70,3% habían parido una o dos veces.<sup>16</sup>

También coinciden con los datos encontrados en el estudio de Vargas (2012), donde estableció que las pacientes eran multíparas para un 74.66%, Lo relacionado al tabaquismo solamente el 16% eran fumadoras y el 84% no tenían el hábito de fumar.<sup>48</sup>

En el documento de consenso “La infección por papiloma virus” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Puig-Tintoré (2009), se describe que en las mujeres con citología de LIEBG se prefiere realizar siempre una colposcopia, no sólo para descartar una posible lesión más avanzada, lo que ocurre en un 20-25% de los casos, sino también para orientar acerca de la entidad asociada al VPH y eventualmente tratarla. Igualmente, refiriéndose a un metaanálisis de nueve publicaciones realizado en 1998, Mitchel MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB & Richards KR, plantea que la colposcopia ofrece una elevada sensibilidad para diferenciar el epitelio normal del que presenta cualquier anormalidad; sin embargo, la especificidad es mejor

para distinguir una LIEBG de una LIEAG que para diferenciar entre normal y anormal, lo que da validez a las características distintivas entre cambios mayores, propios de las LIEAG y el cáncer, de los cambios menores propios de las LIEBG. <sup>9, 35</sup>

Según Nazeser, Shafi & Todd (2008), la evaluación colposcópica sigue siendo subjetiva y la experiencia en esta técnica se gana después de un período de aprendizaje, lo que lleva, consecuentemente, a variabilidad en el observador. La variabilidad entre colposcopistas experimentados revela más bajos niveles de acuerdo para el diagnóstico de LIEBG que de LIEAG, como ocurre también entre patólogos para el diagnóstico histopatológico de lesiones cervicales. <sup>28</sup>

Jerónimo y Schiffman (2006), señalan que en Estados Unidos, donde la pesquisa colposcópica no es común, esta se realiza con el fin de detectar la zona de mayor anormalidad y dirigir la biopsia del cuello uterino; pero que, desafortunadamente hay una correlación imperfecta entre los cambios visuales y la severidad de los cambios neoplásicos o preneoplásicos, como ya se había señalado al crear un índice colposcópico usado ampliamente en ese país. Sin embargo, se considera que la colposcopia continúa siendo el estándar para el diagnóstico cervical, a pesar de que algunos estudios sugieran que su precisión sea imperfecta. <sup>19</sup>

En los resultados descritos se estableció diagnóstico de LIEBG en el 89.3% con biopsia dirigida por colposcopia, seguido del PAP en el 70,6%, por ende, apoyándonos en lo que reportan los estudios internacionales, la población en un gran porcentaje se estableció el diagnóstico por colposcopia más biopsia, como un método confirmatorio estándar, después de la citología cervical como método presuntivo.

El documento de consenso sobre la infección por el VPH de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, expone que dada la posible regresión espontánea de la LIEBG y que sólo un 10-20% de estas lesiones progresan, el tratamiento sistemático representa, en muchos casos, un sobre tratamiento y, por todo ello, la abstención terapéutica y control puede ser una opción válida. En este contexto, un cambio de conducta de la paciente dirigida a modificar los cofactores de riesgo medioambientales puede mejorar el estado inmunológico. Esto incluye suprimir el hábito tabáquico, el alcohol y realizar ejercicio físico, Puig-Tintoré (2009). <sup>34</sup>

La observación sin tratamiento puede estar indicada en las pacientes con diagnóstico de LIEBG por biopsia que reúnan las condiciones (menos de 35 años, citología-biopsia concordante, colposcopia satisfactoria, cambios colposcópicos menores, extensión de la lesión limitada, localización de la lesión periférica, endocérnix libre, posibilidad razonable de seguimiento y persistencia no mayor de dos años). Un enfoque de conducta conservadora sería especialmente recomendable en pacientes que no han completado su descendencia.<sup>35</sup>

Cabe destacar la situación especial que representa el grupo de las adolescentes en las que se diagnostica LIEBG, como está planteado en la norma técnica de prevención, detección y atención de cáncer cervicouterino, el comportamiento de estas lesiones han reportado regresión en un 90%, sobre todo en aquellas pacientes que están dentro del grupo de edad de 13 a 21 años y progresión a LIEAG en un 6%, lo que traduce un comportamiento biológico con una historia natural más benigna para la infección por VPH, por lo tanto, este protocolo contempla que los resultados de citología que reporten LIEBG en adolescentes deben ser referidos al Ginecólogo para que evalúe cada caso en particular y se le brinde la oportunidad de seguimiento con citología, por la historia natural que tiene el VPH en la adolescencia, evitando de esta forma manejos agresivos que causen ansiedad y que además pueden afectar la fertilidad como es el caso de las estenosis cervicales producida por algunos tratamientos.<sup>38</sup>

Con lo antes descrito, relacionando el perfil sociodemográfico de la población, los antecedentes ginecoobstetricos, antecedentes personales no patológicos, y el método diagnóstico realizado, según la norma nacional técnica de prevención, detección y diagnóstico de cáncer cervicouterino (2006), las directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino y la literatura internacional, el tratamiento que recibió la población en estudio no fue el más adecuado, o el mejor evaluado previamente, ya que a ninguna de estas pacientes se trató conservadoramente (observación) según lo recomendado, aun siendo un grupo sexual y socialmente activo, en rango fértil con óptimas condiciones para un embarazo, con alguno o ninguno de los factores de riesgos relacionados a virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino a nivel mundial, siendo entonces, la conización de cuello uterino en el 58.65% el método terapéutico mayormente empleado, seguido de una conducta quirúrgica en el 22% de estas, a las que se les realizo histerectomía abdominal total.<sup>2, 5, 15, 24, 30, 35, 36, 38, 40</sup>

El tratamiento empleado a la población en estudio tampoco se relaciona con ninguno de los antecedentes antes planteado.

## 10. CONCLUSIONES

- La mayoría de las pacientes estaban dentro del rango de 20-34 años, procedían del casco urbano, gran parte eran casadas, con escolaridad de secundaria.
- Se constató que la mayoría de ellas eran multigestas, con inicio precoz de relación sexual, con un promedio de 2 a 3 parejas, sin uso habitual de anticonceptivos orales, ni coinfección con enfermedades de transmisión sexual.
- Del total de pacientes, predominaron las que no tenían hábitos tabáquicos y de ingesta de alcohol.
- Con respecto al método diagnóstico, el 69.33% fue por papanicolaou más biopsia dirigida por colposcopia, seguido de únicamente biopsia dirigida en un 24%.
- La alternativa terapéutica mayormente empleada fue la conización de cuello en un 58.6%, seguido de histerectomía abdominal total en un 22%.



## **11. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud**

- Fortalecer los laboratorios de citología cervical de personal, insumos y equipos, a fin de optimizar los esfuerzos en el procesamiento y lectura inmediata después de su toma, garantizando de esta forma, la entrega oportuna de los resultados, con una objetiva interpretación de esta, un tratamiento, derivación y seguimiento oportuno a las usuarias, facilitando al médico tratante el reconocimiento temprano o el descarte de una posible lesión preinvasiva.
- Realizar actualizaciones periódicas de las normas nacionales para prevención del cáncer cervicouterino, tomando en cuenta las recomendaciones internacionales para países en desarrollo.

### **Al Primer Nivel de Atención**

- Implementar de forma activa la realización de citología cervical a todas las pacientes sexualmente activas con o sin factores de riesgos para lesiones de cérvix y/o infección por virus del papiloma humano.
- Continuar realizando club de adolescentes con el objetivo de posponer el inicio de vida sexual a temprana edad, disminuyendo la probabilidad de tener múltiples parejas sexuales, con charlas educativas que también incluyan las enfermedades de transmisión sexual y el uso preservativo.
- Reforzar los mecanismos de contacto periódico dentro de las comunidades por parte del personal de salud, enfocándose en aquellas usuarias inasistentes al programa de atención integral a la mujer, que estén en el grupo de 30 a 59 años de edad, con factores de riesgo epidemiológicos, bajo nivel socioeconómico, del área rural, que nunca se han tomado citología o no se han realizado citología en los últimos dos años, como es contemplado por la norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino.
- Referir oportunamente a las pacientes con citología cervical que presenten lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado, o alguna anormalidad no precisada por este, al

segundo nivel de atención para su diagnóstico confirmatorio y consiguiente manejo especializado.

### **Al Segundo Nivel de Atención**

- Evaluar de forma más amplia, empleando una correcta documentación citocolposcópica, unida al análisis de las características epidemiológicas de las mujeres con lesión inicial citológica de LIEBG, resultando en una adecuada opción de tratamiento, seguimiento y control para estas mujeres.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. Prevención del Cáncer Cervicouterino: Eficacia, Seguridad y Aceptabilidad de la Crioterapia; Revisión bibliográfica sistemática. Octubre 2003.
2. Alvarado Bolívar Dayana Coromoto, Mantilla Méndez Diana Lorena & González Blanco Mireya. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérvix: conducta, Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela, Vol. 69, Marzo 2009.
3. Arenas José Manuel, Vicens José María, Montosa Jordi, Fundamentos de Ginecología, S.E.G.O, Madrid, España, Junio 2009.
4. Bryan P. Negrini y cols., Oral Contraceptive Use, Human Papillomavirus Infection, and Risk of Early Cytological Abnormalities of the Cervix, American Association for Cancer Research, vol. 50, Agosto 1990.
5. Cabezas Cruz Evelio. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 1998; 24.
6. Chávez Avilés Roger Alexander (2010). Comportamiento de las lesiones premalignas del cérvix en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque. (Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
7. Disaia P & Creasman W. Oncología ginecológica clínica. 5a Edición Madrid; Harcourt Brace: 1999. p.1-16.
8. Fahey MT, Irwing L, Macaskill. Metaanalysis of PAP. Test accuracy. Am J Epidemiol. 1995; 141 (7):680-686.
9. Follen Michele, Schottenfeld David, Tortolero-Luna Guillermo, Cantor Scott & Richards-Cortum Rebecca. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. The American college of obstetrics and gynecology. Elsevier Science Inc. Vol. 91, No. 4, Abril 1998.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). Cáncer cervicouterino en Nicaragua. Recuperado de [http://www.unfpa.org.ni/publicaciones/HOJA\\_DE\\_DATOS\\_CANCER.pdf](http://www.unfpa.org.ni/publicaciones/HOJA_DE_DATOS_CANCER.pdf).

11. Fonseca Parajón Virginia & Sorto Meza Abigail (2007). Factores asociados a lesiones preneoplásicas del cérvix en mujeres que acudieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque Julio – Diciembre 2006. (Tesis para promover al IV año de residencia en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
12. Gaffikin L, Lauterbach M & Blumenthal PD. Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: A qualitative summary of evidence to date, *Obstetrical and Gynaecological Review* 58(8):543-550. August, 2003.
13. Gori Jorge Roberto, *Ginecología de Gori*, El Ateneo, Buenos Aires, Argentina. Edición 2, 2001.
14. Guevara Rico Marvin (2014). Resultados citológico, colposcópico e histopatológico de las lesiones intraepiteliales del cérvix en pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque Enero del 2012 a Diciembre del 2013. (Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
15. Guía Clínica de la patología cervical. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Enero 2008. En *Publicaciones de [www.ivo.es](http://www.ivo.es)*. Recuperado de [http://www.ivo.es/uploads/Gu%C3%ADa\\_Cl%C3%ADnica\\_Patolog%C3%ADa\\_Cervical.pdf](http://www.ivo.es/uploads/Gu%C3%ADa_Cl%C3%ADnica_Patolog%C3%ADa_Cervical.pdf).
16. Gutiérrez Machado M, Alemán Zepeda W, et al. Resultados de la atención a pacientes con lesión intraepitelial escamosa cérvicouterina de bajo grado. *Revista Centroamericana Obstetricia y Ginecología*; Vol. 16, Octubre 2009.
17. Herrera Vallejos J. (2006). Factores de riesgo asociados a lesiones precursoras de cáncer cervicouterino detectados por Papanicolaou en el Hospital Berta Calderón Roque en el periodo del 1 de Junio del 2004 al 1 de Junio del 2005. (Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
18. Huembes Arevalo Ivania & Arauz Téllez Pedro (2010). Correlación citológica, colposcópica e histológica, en el diagnóstico de las lesiones premalignas del cérvix en las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero a Diciembre 2010. (Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN, Managua.
19. Jeronimo J, Schiffman M. Colposcopy at a crossroads. *Am J Obstetrics and Gynecology* 2006; 195(2):349-53.
20. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Kehoe S, Flannelly G, Mitrou S, Arbyn M, Prendiville W & Paraskevidis E. Management of minor cervical cytological abnormalities: a systematic review and a meta-analysis of the literature. *Cancer Treat Rev.* 2007.
21. LaRuche G y cols. Human papillomavirus and human immunodeficiency virus infections: relation with cervical dysplasia-neoplasia in African women, *Int J Cancer*, Mayo 1998.

22. Latino J. & Hernández J. (1997). Detección precoz del CACU a través del Pap en mujeres en edad fértil del municipio de San Juan de Oriente Abril – Septiembre de 1997. (Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN, Managua.
23. Ley de lucha contra el cáncer cérvico uterino. Comisión de Salud y Seguridad Social Managua. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 8 de Febrero del 2011.
24. Martínez Chang & Sarduy Nápoles. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical, Cuba, 2006.
25. Ministerio de Salud. Protocolo de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia. Dirección de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Departamento de atención integral a la mujer. República de Nicaragua, 2011.
26. Moscicki A, Hills N, Powell K, et al. Risk for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intra-epithelial lesions development in young females. Vol. 43. JAMA 2001.
27. Muñoz Nubia y cols. Role of partly and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study, Lancet, volume 359, Marzo 2002.
28. Nazeer S, Shafi MI, Todd R. Colposcopy and cervical pre-malignancy. Current Obstetrics and Gynecology 2008; 14(2):104-14.
29. Orellana Cruz Marleny (2011). Comparación de resultados entre técnica de IVAA VR PAP en el diagnóstico de lesiones pre invasivas de cérvix, unidad de salud Zacamil Junio 2010 a Junio 2011. (Tesis de Maestría en Salud Publica, UNAN). Recuperado de <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t603/t603.htm>.
30. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Integración de la atención sanitaria para la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas. Suiza, 2007.
31. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington D.C., 2013.
32. Organización Panamericana de la Salud. En *Publicaciones de [www.paho.org](http://www.paho.org)*. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=775:mortalidad-cancer-decayendo-algunos-paises-americas-segun-nuevo-informe-ops-oms&catid=697:noticias](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=775:mortalidad-cancer-decayendo-algunos-paises-americas-segun-nuevo-informe-ops-oms&catid=697:noticias).

33. Otero Mejía Maria (2009). Importancia de la inspección visual con ácido acético y su relación con los resultados de citología anormal para el tratamiento de lesiones preneoplásicas en el centro de salud Bello Amanecer de Quilalí en el periodo de Enero del 2008 a Enero del 2009. (Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
34. Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A, Bosch FX, Castellsagué X, Coll Capdevilla C & Cortés Bordoy X. La infección por papiloma virus. Documento de consenso. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España: Grupo Saned, 2009.
35. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X, Torné A, Ordi J, San José S de et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. Programa de Obstetricia y Ginecología; 2006.
36. Reagan J. & Hamonic M. The cellular pathology in carcinoma in situ: a cytohistopathological correlation. *Cancer* 1956; 9:385-402.
37. República de Nicaragua, Hospital Regional Asunción Juigalpa, Registro estadístico de ingresos mensuales del servicio de Ginecobstetricia, Juigalpa-Chontales, 2013.
38. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. Dirección de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Departamento de atención integral a la mujer. República de Nicaragua, 2006.
39. Reyero MP, Naviero JC & Salas JS. Evaluación diagnóstica de la citología, la colposcopia y la biopsia en mujeres con sospecha de lesiones precursoras de neoplasia cervical intraepitelial. *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Vol. 47. Núm. 04. Abril 2004.*
40. Riou G., Le MG., Le Doussal V., Barrios M. & George M. C-myc proto-oncogene expression and prognosis in early carcinoma of the uterine cervix. *Lancet* 1987; 2:761-763.
41. Rivera Rúa Beatriz (2006). Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente. (Proyecto de investigación para optar por el título de Microbióloga y Bioanalista). Universidad de Antioquia, Medellín.
42. Schmauz R, Okong P, de Villiers EM, et al. Multiple infections in cases of cervical cancer from high incidence area in tropical Africa. *Int J Cancer*, 1989.
43. Serman Felipe. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*; Septiembre 2002.

44. Simen-Kapeu Aline, Epidemiological Study of Tobacco Use and Human Papillomavirus Implications for Public Health Prevention, Aline Simen-Kapeu and National Institute for Health and Welfare, 2009.
45. Solomon D, Schiffman M & Tarone R. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. J Nat. Cancer Inst. 2001.
46. Tatti Silvio. Colposcopia y patología del tracto genital: en la era de la vacunación. Buenos Aires. Medica Panamericana. 1ª Edición, 2008.
47. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. Vaccine 2006; vol. 24.
48. Vargas Byron Ernesto (2012). Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años en el servicio de consulta externa del HBCR. (Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia). UNAN, Managua.
49. Weaver Bethany. Epidemiology and natural history of genital papillomavirus infection. The Journal of the American Osteopathic Association Supplement. Vol. 106. No. 3. Marzo 2006.
50. Wright TC, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ & Solomon DD. 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. Am J Obstet Gynecol, 2007.

# ANEXOS



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tratamiento empleado en pacientes con Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado del Servicio de Ginecología del HERAJ de Enero a Diciembre del 2013.

### I. Datos Sociodemográficos.

1. Edad:

|              |  |
|--------------|--|
| <15 años     |  |
| 15 - 19 años |  |
| 20 - 34 años |  |
| >35 años     |  |

2. Procedencia:

|        |  |
|--------|--|
| Urbana |  |
| Rural  |  |

3. Estado Civil:

|             |  |
|-------------|--|
| Soltera     |  |
| Casada      |  |
| Unión libre |  |
| Divorciada  |  |
| Viuda       |  |

4. Escolaridad:

|                  |  |
|------------------|--|
| Iletrada         |  |
| Primaria         |  |
| Secundaria       |  |
| Técnico Superior |  |
| Universitaria    |  |

### II. Antecedentes personales no patológicos.

1. Alcoholismo:

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

2. Tabaquismo:

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

### III. Antecedentes Gineco-Obstétricos.

#### 1. Paridad:

|                |  |
|----------------|--|
| Nulípara       |  |
| Primípara      |  |
| Múltipara      |  |
| Gran múltipara |  |

#### 2. IVSA

|              |  |
|--------------|--|
| <15 años     |  |
| 15 - 19 años |  |
| 20 - 29 años |  |
| 30 - 39 años |  |
| >40 años     |  |

#### 3. Numero de compañeros sexuales

|    |  |
|----|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| ≥3 |  |

#### 4. Uso de anticonceptivos orales

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

#### 5. ETS

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Trichomoniasis             |  |
| Virus herpes simple tipo 2 |  |
| VIH                        |  |
| Ninguno                    |  |

### IV. Métodos diagnósticos empleados.

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| PAP                              |  |
| Biopsia dirigida por colposcopia |  |
| Conización cervical              |  |
| IVAA                             |  |
| Legrado endocervical             |  |

### V. Tratamiento recibido.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Observación                |  |
| Cauterización              |  |
| Crioterapia                |  |
| Conización con asa térmica |  |
| Histerectomía              |  |

**Cuadro 1. Edad de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Edad</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|--------------|-------------------|------------|
| <15          | 0                 | 0          |
| 15-19        | 2                 | 2,67       |
| 20-34        | 42                | 56         |
| ≥35          | 31                | 41,33      |
| <b>Total</b> | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 2. Procedencia de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Procedencia</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|--------------------|-------------------|------------|
| Urbano             | 48                | 64         |
| Rural              | 27                | 36         |
| <b>Total</b>       | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 3. Estado civil de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Estado Civil</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|---------------------|-------------------|------------|
| Soltera             | 16                | 21,33      |
| Casada              | 31                | 41,33      |
| Unión libre         | 26                | 34,67      |
| Divorciada          | 1                 | 1,33       |
| Viuda               | 1                 | 1,33       |
| <b>Total</b>        | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 4. Escolaridad de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Escolaridad</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------|-------------------|----------|
| Iletrada           | 13                | 17,33    |
| Primaria           | 22                | 29,33    |
| Secundaria         | 29                | 38,67    |
| Técnico            | 2                 | 2,67     |
| Universitaria      | 9                 | 12       |
| Total              | 75                | 100      |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 5. Ingesta de alcohol en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Alcoholismo</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------|-------------------|----------|
| Si                 | 2                 | 2,67     |
| No                 | 73                | 97,33    |
| Total              | 75                | 100      |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 6. Uso de tabaco en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Tabaquismo</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|-------------------|-------------------|----------|
| Si                | 3                 | 4        |
| No                | 72                | 96       |
| Total             | 75                | 100      |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 7. Paridad en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Paridad</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|-----------------|-------------------|------------|
| Nulípara        | 11                | 14,67      |
| Primigesta      | 14                | 18,67      |
| Multigesta      | 40                | 53,33      |
| Gran Multigesta | 10                | 13,33      |
| <b>Total</b>    | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 8. Inicio de la vida sexual activa en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Edad</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|--------------|-------------------|------------|
| <15          | 12                | 16         |
| 15-19        | 49                | 65,33      |
| 20-29        | 14                | 18,67      |
| 30-39        | 0                 | 0          |
| ≥40          | 0                 | 0          |
| <b>Total</b> | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 9. Numero de compañeros sexuales en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>No. de Compañeros Sexuales</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| 1                                 | 23                | 30,67      |
| 2                                 | 27                | 36,00      |
| ≥3                                | 25                | 33,33      |
| <b>Total</b>                      | <b>75</b>         | <b>100</b> |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 10. Uso de anticonceptivos orales en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Uso de ACOS</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------|-------------------|----------|
| Si                 | 12                | 16       |
| No                 | 63                | 84       |
| Total              | 75                | 100      |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 11. Enfermedades de transmisión sexual en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>ETS</b>     | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|----------------|-------------------|----------|
| Trichomoniasis | 1                 | 1,33     |
| VHS2           | 0                 | 0        |
| VIH            | 0                 | 0        |
| Ninguno        | 74                | 98,67    |
| Total          | 75                | 100,00   |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 12. Método diagnóstico empleado en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| <b>Método Diagnóstico</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|-------------------|----------|
| PAP                       | 0                 | 0        |
| Biopsia                   | 18                | 24       |
| Conización Cervical       | 1                 | 1.33     |
| IVAA                      | 1                 | 1.33     |
| Legrado Endocervical      | 0                 | 0        |
| PAP + Biopsia             | 52                | 69.33    |
| PAP + Biopsia + IVAA      | 1                 | 1.33     |
| Biopsia + IVAA            | 2                 | 2.66     |
| Total                     | 75                | 99.98    |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 13. Tratamiento empleado en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| Tratamiento   | Frecuencia | %     |
|---------------|------------|-------|
| Observación   | 0          | 0     |
| Cauterización | 12         | 16    |
| Crioterapia   | 2          | 2,67  |
| Conización    | 44         | 58,67 |
| HTA           | 17         | 22,67 |
| Total         | 75         | 100   |

Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 14. Paridad vs tratamiento de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| Tratamiento   | Nulípara   |       | Primípara  |       | Multípara  |       | Gran multípara |     | Total      |       |
|---------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|----------------|-----|------------|-------|
|               | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia     | %   | Frecuencia | %     |
| Observación   | 0          | 0     | 0          | 0     | 0          | 0     | 0              | 0   | 0          | 0     |
| Cauterización | 1          | 9.09  | 2          | 14.29 | 6          | 15    | 3              | 30  | 12         | 16    |
| Crioterapia   | 0          | 0     | 0          | 0     | 2          | 5     | 0              | 0   | 2          | 2.67  |
| Conización    | 10         | 90.91 | 9          | 64.29 | 23         | 57.50 | 2              | 20  | 44         | 58.67 |
| Histerectomía | 0          | 0     | 3          | 21.43 | 9          | 22.50 | 5              | 50  | 17         | 22.67 |
| Total         | 11         | 100   | 14         | 100   | 40         | 100   | 10             | 100 | 75         | 100   |

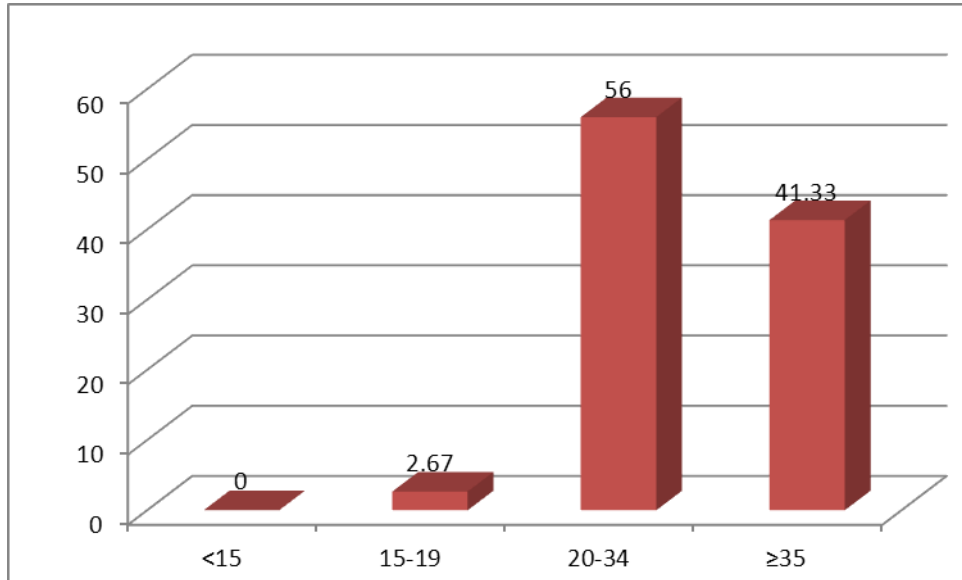
Fuente: expediente clínico.

**Cuadro 15. Edad vs tratamiento de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

| Tratamiento   | < 15       |   | 15 - 19    |     | 20 - 34    |       | > 35       |       | Total      |       |
|---------------|------------|---|------------|-----|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|               | Frecuencia | % | Frecuencia | %   | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Observación   | 0          | 0 | 0          | 0   | 0          | 0     | 0          | 0     | 0          | 0     |
| Cauterización | 0          | 0 | 0          | 0   | 7          | 16.67 | 5          | 16.13 | 12         | 16    |
| Crioterapia   | 0          | 0 | 0          | 0   | 1          | 2.38  | 1          | 3.23  | 2          | 2.67  |
| Conización    | 0          | 0 | 2          | 100 | 32         | 76.19 | 10         | 32.26 | 44         | 58.67 |
| Histerectomía | 0          | 0 | 0          | 0   | 2          | 4.76  | 15         | 48.39 | 17         | 22.67 |
| Total         | 0          | 0 | 2          | 100 | 42         | 100   | 31         | 100   | 75         | 100   |

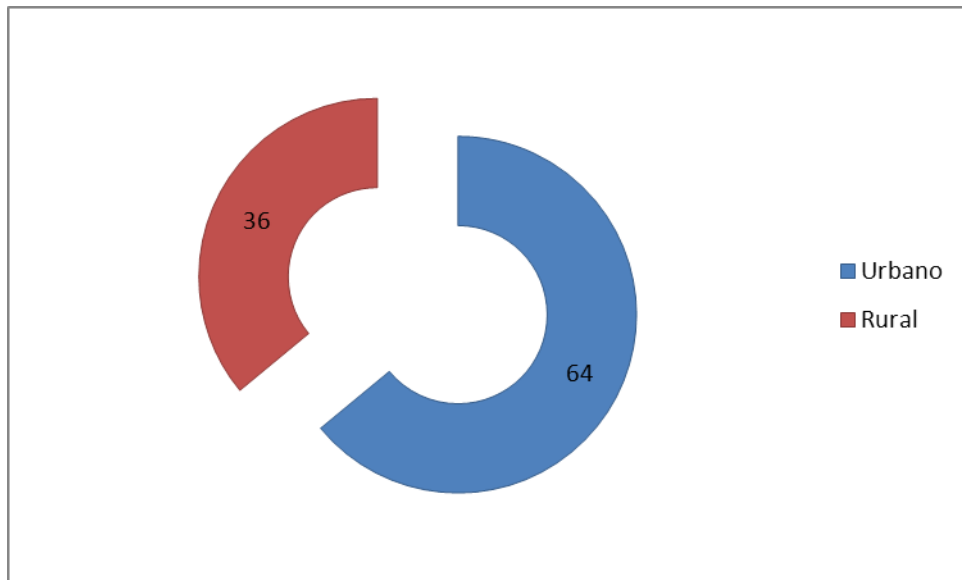
Fuente: expediente clínico.

**Gráfico 1. Edad de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



Fuente: cuadro 1.

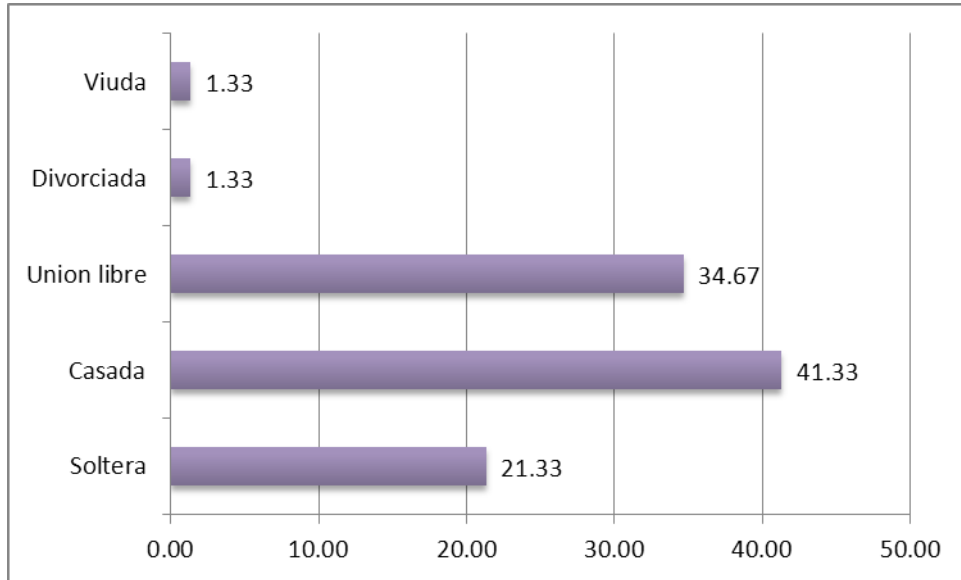
**Gráfico 2. Procedencia de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



Fuente: cuadro 2.

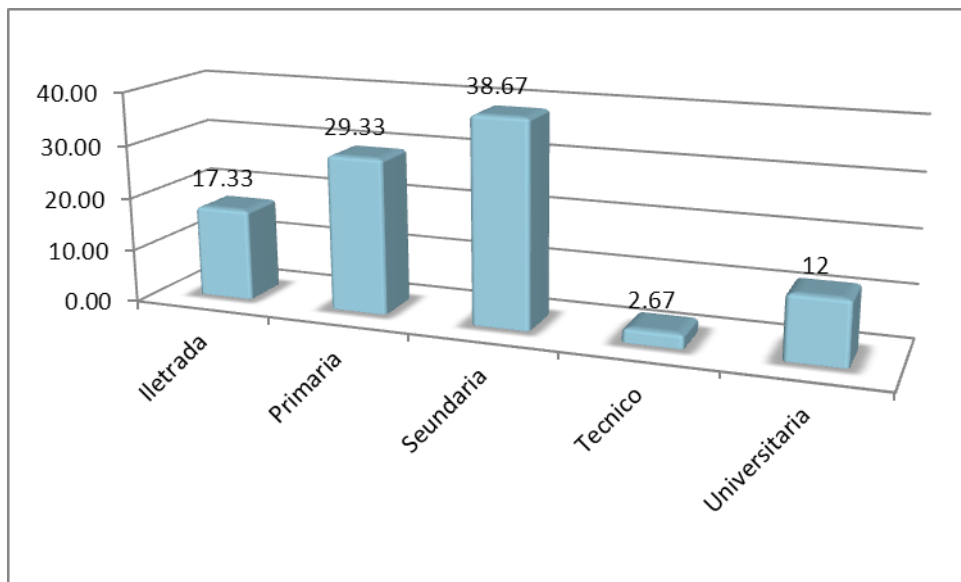


**Gráfico 3. Estado civil de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



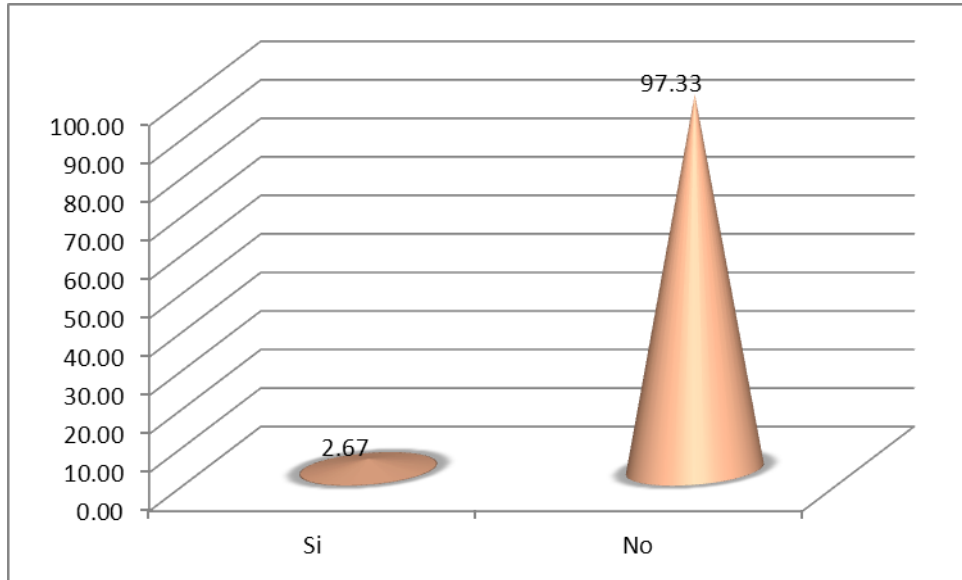
Fuente: cuadro 3.

**Gráfico 4. Escolaridad de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



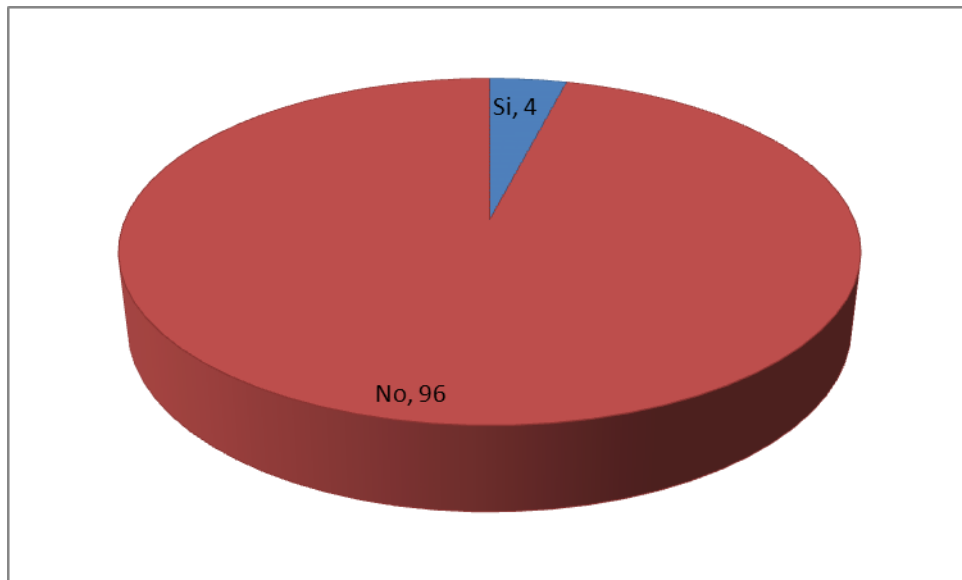
Fuente: cuadro 4.

**Gráfico 5. Ingesta de alcohol en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



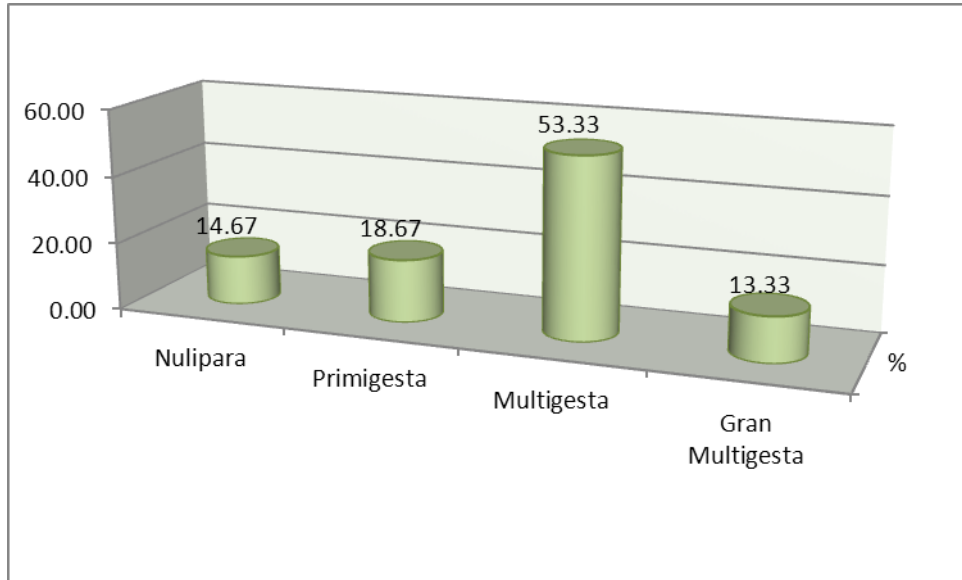
Fuente: cuadro 5.

**Gráfico 6. Uso de tabaco en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



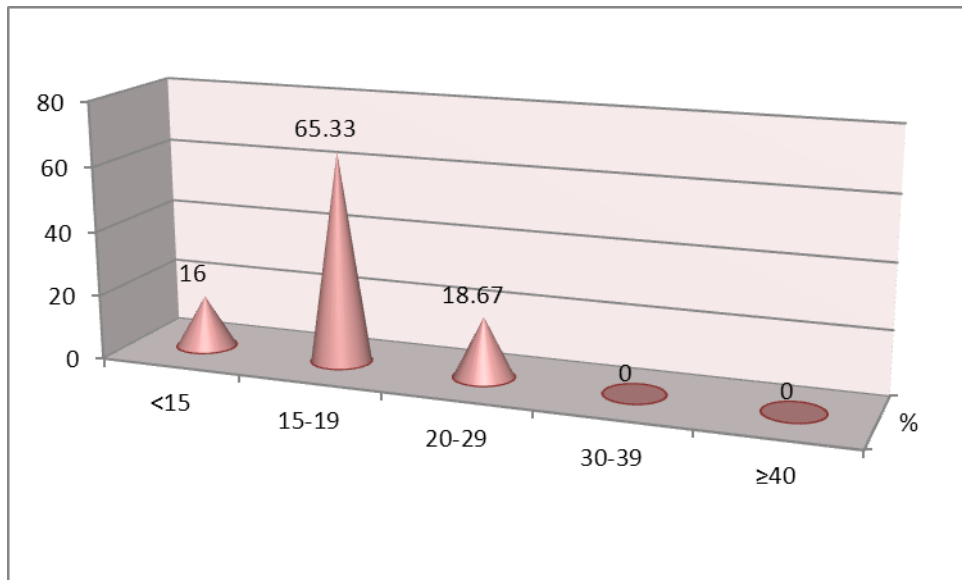
Fuente: cuadro 6.

**Gráfico 7. Paridad en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



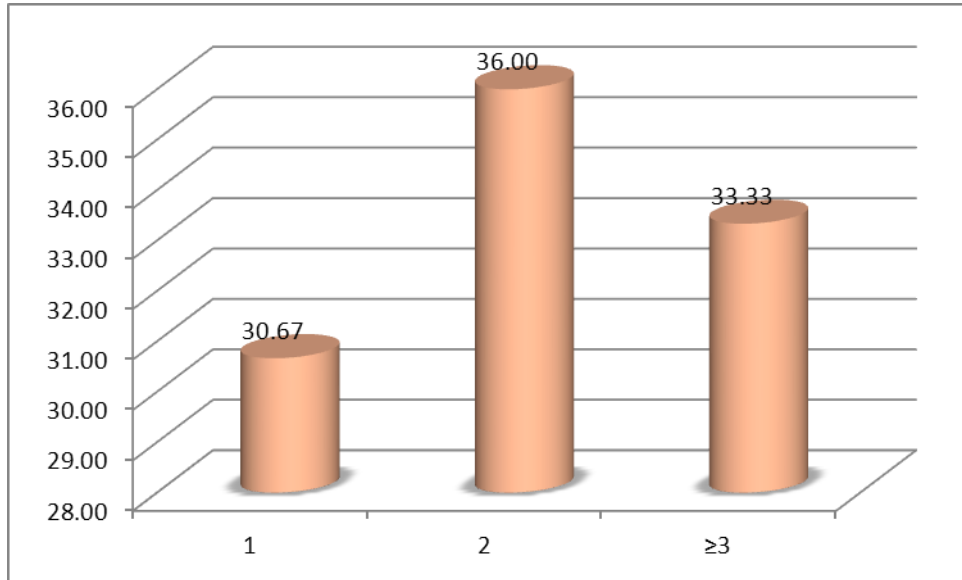
Fuente: cuadro 7.

**Gráfico 8. Inicio de la vida sexual activa en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



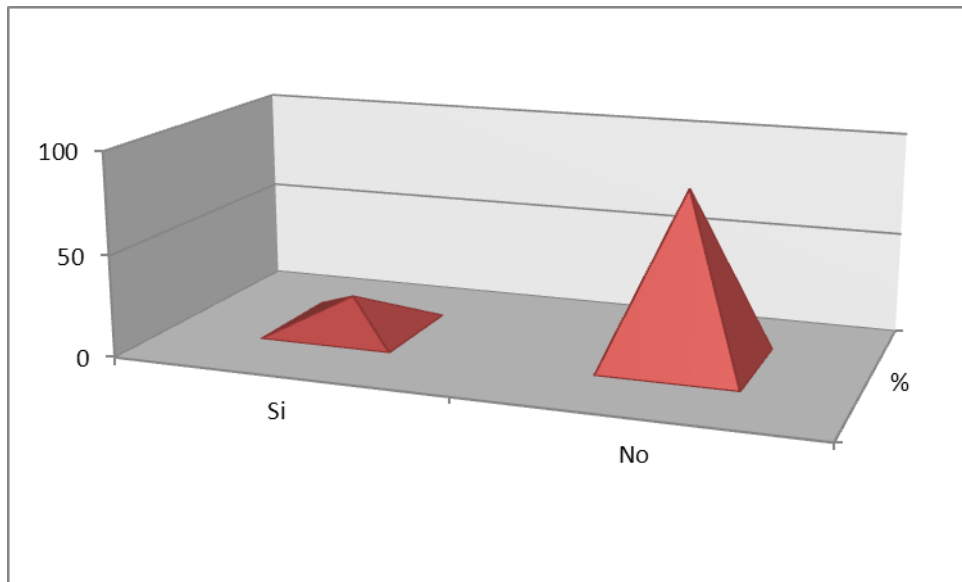
Fuente: cuadro 8

**Gráfico 9. Numero de compañeros sexuales en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



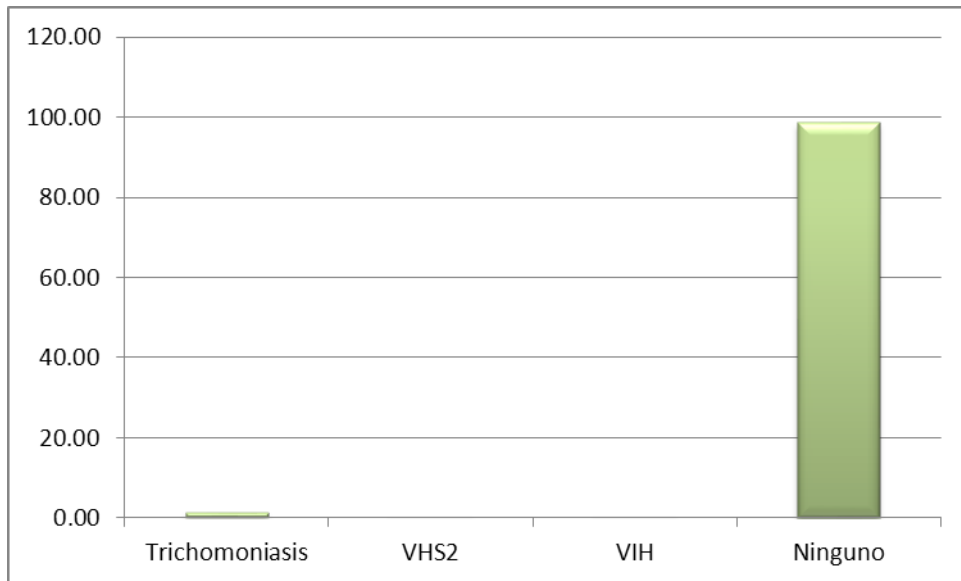
Fuente: cuadro 9.

**Gráfico 10. Uso de anticonceptivos orales en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



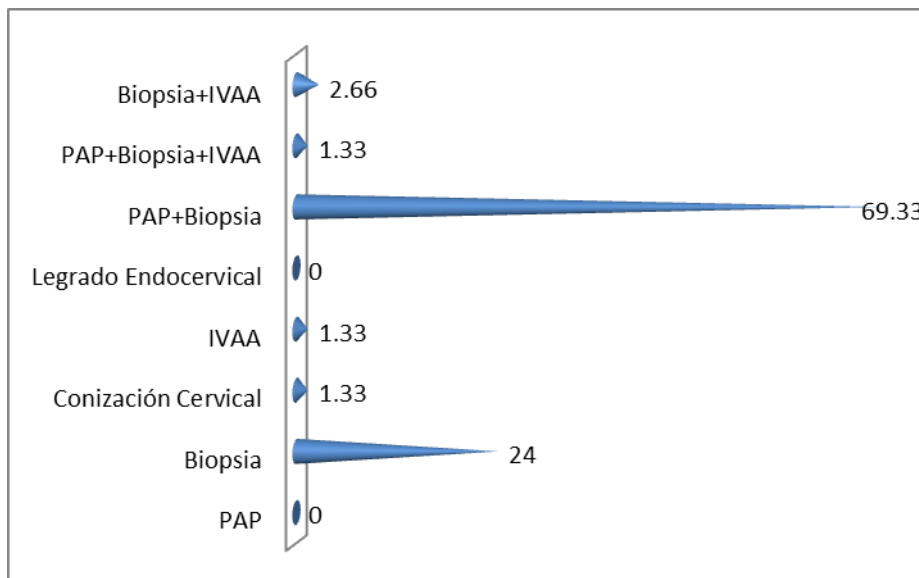
Fuente: cuadro 10.

**Gráfico 11. Enfermedades de transmisión sexual en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



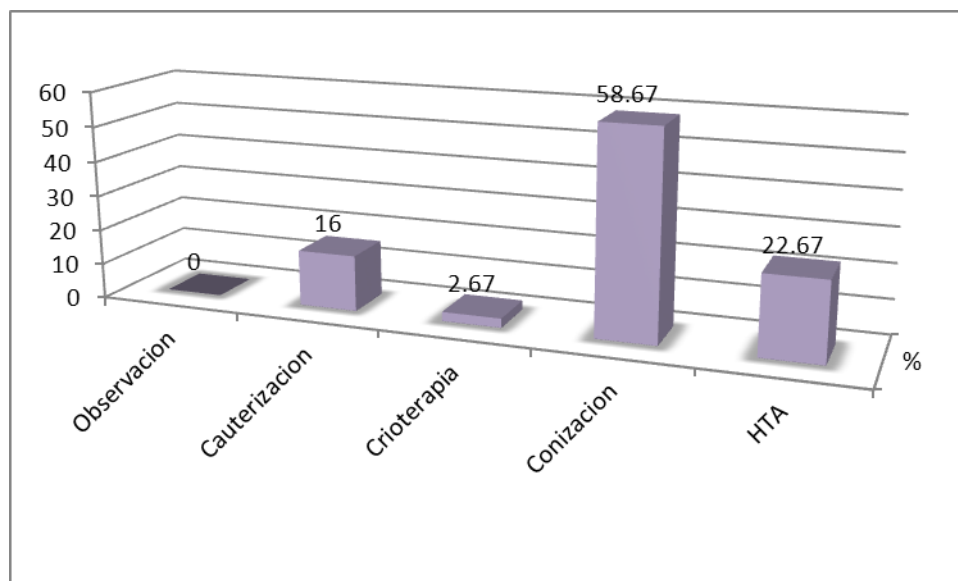
Fuente: cuadro 11.

**Gráfico 12. Método diagnóstico empleado en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



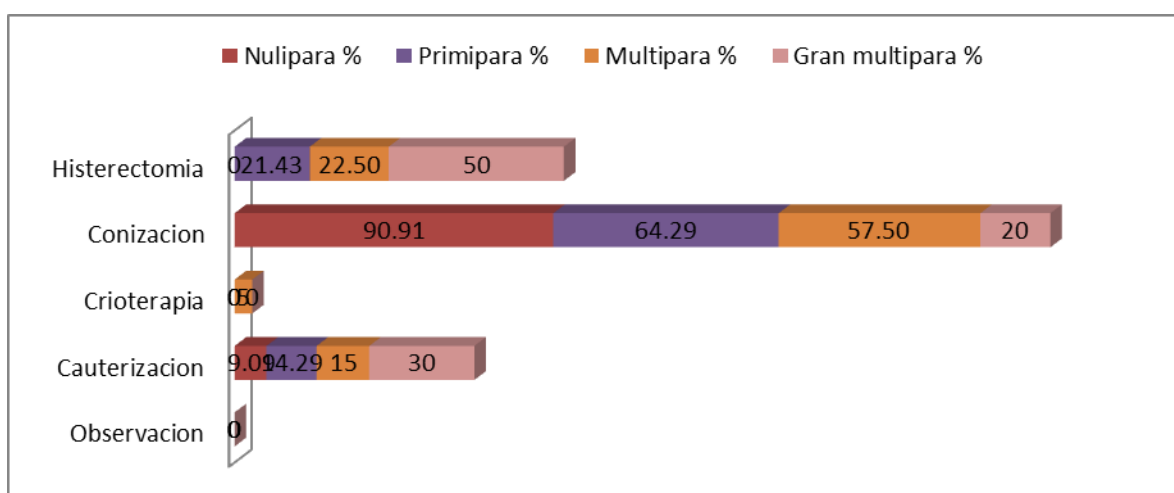
Fuente: cuadro 12

**Gráfico 13. Tratamiento empleado en las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



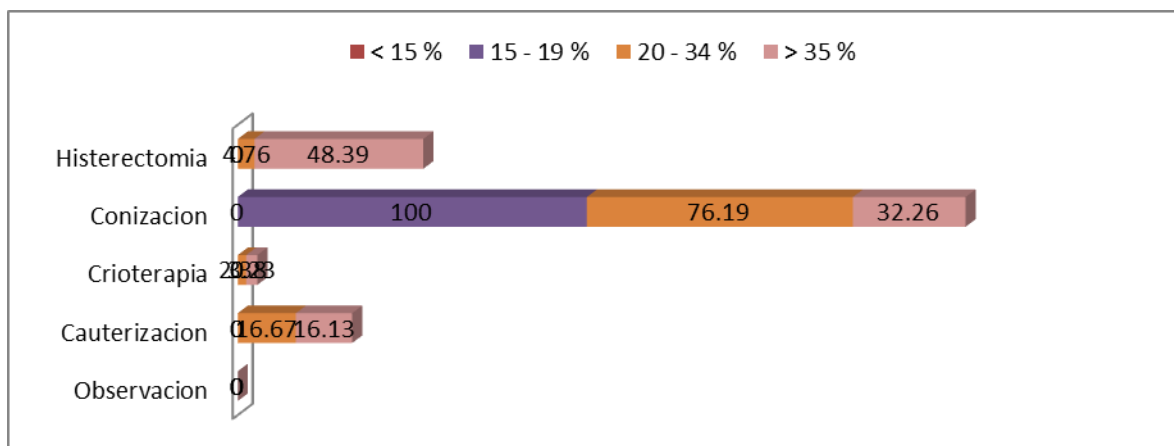
Fuente: cuadro 13.

**Grafico 14. Paridad vs tratamiento de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**

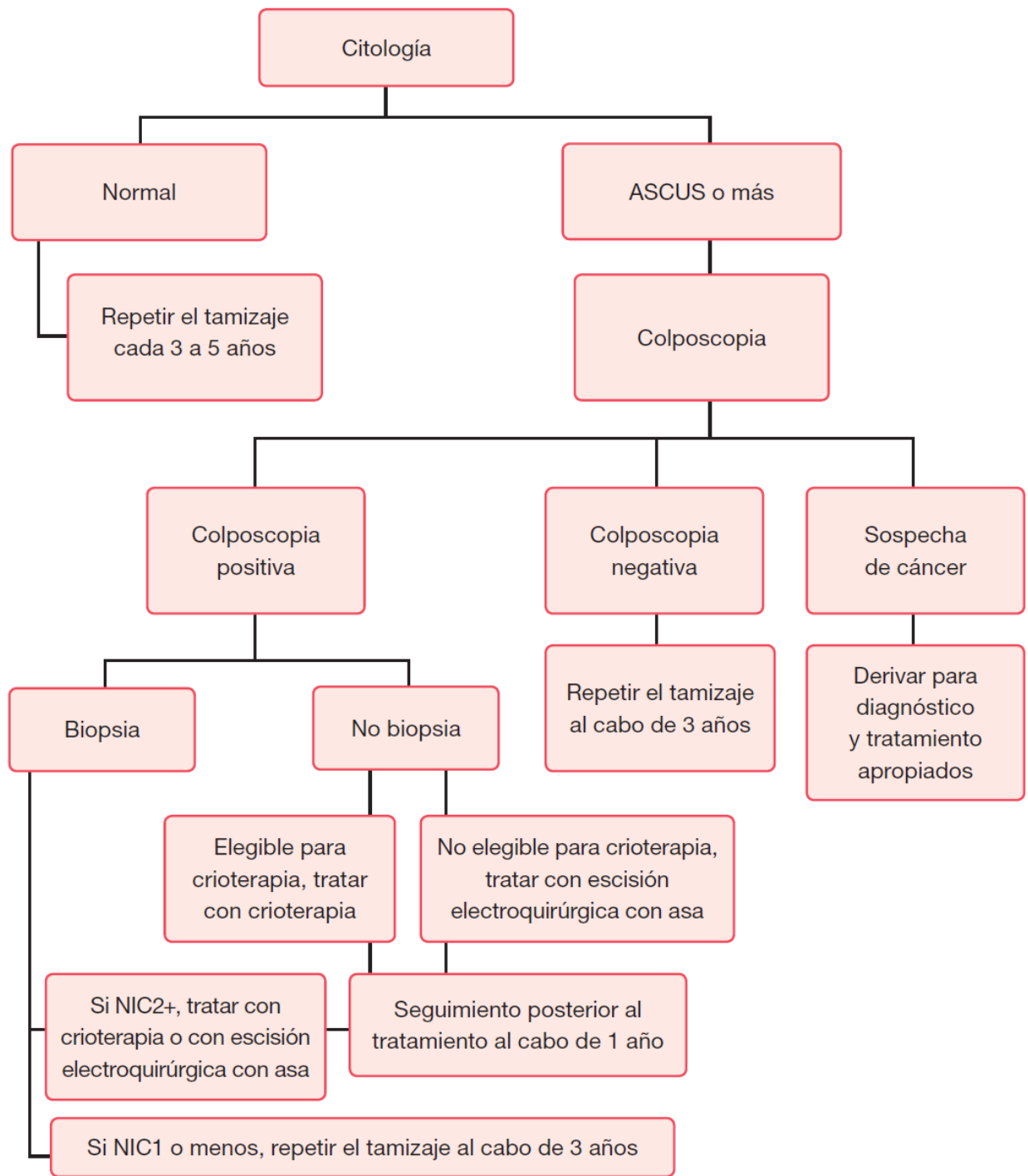


Fuente: cuadro 14.

**Cuadro 15. Edad vs tratamiento de las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología del HERAJ con diagnóstico de LIEBG de Enero a Diciembre del 2013.**



Fuente: cuadro 15.



Tomado de Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino.



---

**Criterios para orientar la conducta terapéutica en LIEBG**

---

|                                  | <b>Observación</b> | <b>Tratamiento</b> |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Edad</b>                      | <35                | >35                |
| <b>Citología-biopsia</b>         | Concordante        | Discordante        |
| <b>Colposcopia</b>               | Satisfactoria      | Insatisfactoria    |
| <b>Cambios colposcópicos</b>     | Menores            | Mayores            |
| <b>Extensión de la lesión</b>    | Limitada           | Extensa            |
| <b>Localización de la lesión</b> | Periférica         | Central            |
| <b>Endocérvix</b>                | Libre              | Afectado           |
| <b>Seguimiento</b>               | Posible            | Imposible          |
| <b>Persistencia &gt; 2 años</b>  | No                 | Si                 |

---

Tomado de Puig-Tintoré (2006) <sup>26</sup>