



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas

Tema:

Asociación de los resultados Citológico, Colposcópico e Histopatológico de las lesiones intraepiteliales del cérvix en pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque Enero 2017 a Diciembre 2017

Autores

BR. Darwin Ramón Ruiz Flores.

BR. Yarisma Teresa Ortiz Reyes.

ASESOR METODOLOGICO:

Dr. José de los Ángeles Méndez, Gineco-Obstetra, Msc MD,

Profesor Titular UNAN- MANAGUA

Opinión del Tutor

La tarea investigativa representa para un profesional de la salud un reto que permite evaluar su calidad de formación profesional y por ende la calidad de atención que se brinda a las pacientes , especialmente en una patología que representa un problema de salud pública para la nación como lo es el cáncer cervicouterino, en este esfuerzo investigativo se evidencia todos los compromisos adquiridos por los investigadores en proporcionar una evidencia científica con categoría , a cerca de un problema que debe estar siendo monitorizado de forma más constante, los resultados de este estudio son de utilidad muy importante para la institución de salud , el gobierno central y las organizaciones no gubernamentales ya que permitirá orientar el manejo adecuado de este tipo de lesiones .

Reciban los investigadores mis más altas muestras de felicitaciones sinceras, consideración y aprecio por el esfuerzo cumplido, el cual es considerado un éxito en el desarrollo de su formación profesional con alta calidad científica y humana.

Atentamente

Dr. José de los Ángeles Méndez, Gineco-Obstetra, Msc MD,

Profesor Titular UNAN- MANAGUA

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Justificación	3
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos:.....	5
objetivo general:.....	6
objetivos específicos:	6
Antecedentes	7
Marco teórico	10
Diseño metodológico.....	26
Resultados	30
Discusión de los resultados.....	44
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Bibliografía	53
Anexos.....	55

Resumen

El presente estudio es descriptivo retrospectivo de corte transversal que se realizó en el Hospital Escuela Berta Calderón Roque donde se estudió una muestra de 112 pacientes que acudieron con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de cérvix a la consulta externa de Ginecología en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2017.

Obteniéndose los siguientes resultados las mujeres de este estudio predominaron en las edades de 30 a 39 años mujeres en edad reproductiva, de procedencia urbana en su mayoría de escolaridad primaria.

En relación a los antecedentes ginecobstetricos se encontró que en su mayoría presentaron inicio de vida sexual precoz , multigestas con más de dos compañeros sexuales lo cual se relaciona con los factores de riesgo mencionados en la literatura para desarrollar lesiones intraepiteliales como cofactores a la infección del virus de papiloma humano.

El diagnóstico que más predominó por citología fue la LIEBG, la colposcopia reporto en su mayoría LIEBG, y la biopsia reporto LIEAG, en cuanto a su asociación se encontró que la citología y la colposcopia tuvieron una mala asociación menor del 50%, contrario a la citología y la biopsia que reportaron una asociación de más del 85%, y la colposcopia y la biopsia no tuvieron una asociación significativa.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es uno de los padecimientos más frecuentes entre la población femenina en el mundo, se calcula que cada año se diagnostican 466 mil nuevos casos de cáncer cérvicouterino y que se producen alrededor de 300 mil muertes al año. Asimismo, representa la segunda causa de muerte en países subdesarrollados siendo este el cáncer más común entre las mujeres, constituye 20 a 30% de los cánceres femeninos. En los países occidentales desarrollados solo representa 4 a 6%. Esta diferencia refleja sobre todo el impacto de la detección masiva con métodos citológicos cervicales.

A nivel de Latino América se reporta una elevada incidencia de cáncer cervicouterino en los últimos años, constituyendo un problema de salud pública, a pesar que esta patología puede ser diagnosticada en etapas tempranas.

En Nicaragua la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es de 17.8 %. El grupo de edad más afectado es el de 50 años a más años, seguido del grupo de 35 a 49 años; no obstante la presencia de defunciones por esta causa se encuentra en el grupo de 15 a 34 años.

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras o intraepiteliales, que habitualmente evolucionan en forma lenta y progresiva en el tiempo, que sucede generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso es a nivel de la membrana basal.

Debido al conocimiento de la historia natural del cáncer cervicouterino, radica el objetivo fundamental de la aplicación de la citología cervical en la detección de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino ya que se logra una reducción de la incidencia de lesiones invasivas y a partir de los resultados de este método se

continua una serie de métodos diagnósticos como son la colposcopia y la biopsia, para la correlación de los resultados logrando así un correcto y oportuno manejo de las pacientes.

En el presente estudio pretendemos conocer los principales resultados citológicos, Colposcópico e histopatológicos de las lesiones intraepiteliales del cérvix, así como describir la relación de los tres pruebas en el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en las pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es una causa preponderante de mortalidad femenina en todo el mundo. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable a bajo costo y con bajo riesgo, siempre y cuando se cuente con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas para hacer un diagnóstico oportuno. El estudio de Papanicolaou y la colposcopia, bien realizados, son métodos eficaces para identificar este padecimiento, y su correlación con los resultados histopatológicos ayuda a disminuir la morbilidad y la mortalidad que causa el cáncer cervicouterino, a través de una detección oportuna y un tratamiento adecuado.

Por tanto es indispensable conocer los resultados de estos tres medios diagnósticos para esta patología, ya que ayudará a los profesionales de salud que son el primer contacto con estas pacientes, a sensibilizarlas a realizarse citologías periódicas, brindar mayor cobertura de la población en riesgo, diseñar mecanismos que permitan aprovechar otros momentos de contacto del sistema de salud con las usuarias que faciliten el acceso al diagnóstico y tratamiento, asegurar que las mujeres con resultados positivos sean tratadas adecuadamente y oportunamente.

El presente estudio pretende retomar en primera instancia la importancia del cáncer cervicouterino como enfermedad, ofrecer un panorama general de la naturaleza de esta enfermedad, pero sobre todo pretende resaltar la relevancia de los resultados de los medios diagnósticos disponibles en nuestro sistema de salud y a partir de nuestro estudio se haga un análisis más específico de las lesiones intraepiteliales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la relación de los resultados Citológicos, Colposcópico e Histopatológico para el diagnóstico de las lesiones Intraepiteliales del cérvix en las pacientes atendidas en la consulta externa del Servicio de Ginecología del Hospital Escuela “Bertha Calderón Roque, en el período comprendido Enero 2017 a diciembre 2017”?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Describir la asociación de los resultados citológicos, Colposcópico e histopatológico en la identificación de lesiones Intraepiteliales del cérvix, de pacientes atendidas en consulta externa de Ginecología del Hospital Escuela “Bertha Calderón Roque, en el período comprendido Enero 2017 a diciembre 2017”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes en estudio.
2. Conocer los principales antecedentes Gineco-obstétricos de riesgo en la producción de lesiones Intraepiteliales de cérvix, en las pacientes del estudio.
3. Identificar los principales diagnósticos citológicos, encontrados en las pacientes en estudio.
4. Identificar los principales diagnósticos colposcópicos, encontrados en las pacientes en estudio.
5. Identificar los principales diagnósticos histopatológicos, encontrados en las pacientes en estudio.
6. Describir la relación del diagnóstico citológico, colposcópico e histopatológico

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio observacional descriptivo de diseño no experimental transversal en pacientes con patología de cuello uterino, atendidos en el hospital Regional 2 del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de Ecuador en el período 2010-2011, con el objetivo de establecer el grado de correlación entre la citología de cérvix, la colposcopia y el informe histopatológico donde los resultados mostraron que el 30% de las pacientes incluidas tuvieron entre 30 a 39 años. El 63% inició las relaciones sexuales entre los 10 y 19 años. El 99% informó entre 1 a 5 compañeros sexuales. El 55% indicaron una paridad de entre 1 a 3. En el 61% el informe de los frotis de cérvix en extensión de Papanicolaou fueron clasificadas como LIE de bajo grado mediante colposcopia el 81% se clasificó igual. En el estudio histopatológico, el 75% de las lesiones fueron clasificadas en la misma categoría. Los diagnósticos de Papanicolaou concordaron con el estudio histopatológico en el 64% y los de colposcopia en el 93%.(1)

En el año 2011 Lilian Feliz realizó un estudio de “Correlación diagnóstica entre citología, colposcopia y biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical, en el hospital de la mujer dominicana”. Donde se comparan los diagnósticos por citología y colposcopia con los resultados obtenidos en la biopsia, donde se muestra una falta de concordancia al momento de dar un diagnóstico definitivo. Podemos observar que de 73 Citologías realizadas durante el periodo de estudio 68 (93.1 %) correspondieron a NIC I; muy parecido a los resultados obtenidos por el Dr. Zeledón Contreras residente de 4to año de Ginecología y obstetricia de Managua Nicaragua, quien reportó 25 casos (60%) de 45 pacientes a las que se le realizó el estudio. De igual manera sucedió en la colposcopia donde 66 pacientes (86.9%) de 76 resultan positiva para un NIC I; mientras el antes mencionado reportó la misma cantidad de paciente que en la citología.(2)

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en el Hospital Gineco-obstétrico Docente "Mariana Grajales" de Cuba en el año 2008 con 186 pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado según hallazgos de citología, cuyo objeto de estudio era describir, de los resultados de la atención a estas pacientes, la conducta seguida, su evolución y resultados colposcópicos e histológicos donde se encontró que el mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales (55,7 %) y la zona de transformación típica fue el más frecuente (71; 35,3 % del total de imágenes) a los 6 meses la citología presentó que se encontraron 47 pruebas citológicas sin lesión (90,4 % de las pruebas realizadas), en 3 (5,8 %) se mantenía el informe de LIEBG y solo en una paciente (1,9 %) se informó LIEAG. El autor encontró que al final del período de estudio, del total de pacientes que ingresaron en la consulta por tener una citología con LIEBG, 110 de ellas (59,1 %) se mantenían en seguimiento sin haberseles realizado biopsia, el 10,2 % tenían el diagnóstico histológico de lesión de alto grado, la lesión de bajo grado se confirmó por biopsia en el 12,4 % y no se encontró lesión en el 2,2 %.(3)

En el Hospital Escuela Fernando Vález Paiz, en el Departamento de Ginecología se estudió la correlación citológica, colposcopia e histológica de las lesiones pre malignas en el lapso del 2007-2008 concluyendo que las principales características socio - demográficas de las pacientes bajo estudio fueron similares en cuanto al grupo etario, ocupación y nivel académico, se realizó en el mismo lugar que el actual estudio y además se encontró que existe una buena relación de los resultados de citología y hallazgos colposcópicos, no así con la histología que reportó lesiones de alto grado, esto se explica porque al comparar el reporte histológico, con el de la citología y la colposcopia, se evidenció la presencia de biopsias con diagnóstico de LIEAG, no habiendo correspondencia con los diagnósticos reportados por citología y colposcopia.(4)

Se realizó un estudio en la Clínica de Patología Cervical en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, en todas las pacientes que acudieron con citologías cervicales anormales durante el periodo de Enero 2005 a Enero 2010. Cuyos resultados reflejaron que la población más afectada

corresponde al grupo etario comprendido entre los 31 a 40 años, de bajo nivel académico, procedentes del área urbana. La mayoría de pacientes estudiadas inició vida sexual antes de los 20 años, y habían tenido más de una pareja sexual, multiparidad y antecedentes de enfermedad de transmisión sexual incluyendo el virus de papiloma. Los informes citológicos e histológicos fueron similares para alteración a nivel cervical, a diferencia de lo reportado por colposcopia que reporto lesiones de menor grado, sin embargo al hacer la correlación Colpo – Histológica y Cito- Histológica esta fue Buena en más del 80% de los casos. (5)

En el estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón en el periodo comprendido de enero de 2012 a diciembre 2013 donde se estudió a 96 pacientes con citologías anormales donde los resultados de las pruebas diagnósticas, citológico, colposcópico e Histopatológico de las lesiones Intraepiteliales del cérvix reflejaron que el perfil de las pacientes del estudio eran mujeres en edad reproductiva, y escolaridad media (primaria), la mayoría de procedencia urbana las alteraciones más reportadas por Papanicolaou fueron (NIC I, NIC II) y mayor cantidad NIC III, la colposcopia reporta un alto porcentaje de LIEBG (58 %) lo cual no se relaciona con la histología que reporta un mayor porcentaje de NIC III, los resultados de la biopsia que en mayor porcentaje y frecuencia se presentaron fueron NIC III, lo cual tiene una muy buena relación con los resultados de la citología. De los medios diagnósticos que mayor asociación se obtuvo fue la citología con la histología en más del 90%, la colposcopia y la citología se asociaron en más del 80% principalmente en las lesiones de alto grado, la colposcopia y la biopsia no se asocian en las lesiones de bajo grado.(6)

Marco teórico

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años.

Los antecedentes de las descripciones de cáncer cervicouterino se remontan hasta los años 460a.C. con Hipócrates, quien hace una amplia descripción del cáncer, en su “corpus Hipocraticum”, sobre todo del cáncer de seno, útero y piel, y a él se atribuye la paternidad del término cáncer para designar esta enfermedad. Aurelio Cornelio Celso, 40 años a.C., en el libro primero de su obra “Ocho Libros de la Medicina”, narra la presencia de un cáncer en los genitales de una noble dama. Galeno, en el año 135 d.C., dedica una monografía completa al estudio del cáncer. Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de lugol en el examen del cérvix uterino. El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionadas con el CaCu, publicando en 1954 su Atlas de Citología Exfoliativa.(7)

Posteriormente se realizaron múltiples estudios para indicar anomalías celulares de menor grado; así en 1949 la palabra displasia fue introducida por Papanicolaou y hasta 1967; Richard defendió por primera vez el concepto de neoplasia cervical Intraepiteliales que ha terminado de imponerse en la actualidad.

El concepto de enfermedad pre invasiva del cuello uterino se definió en 1947, año en el que se reconoció que podían identificarse los cambios epiteliales que tenían aspecto de cáncer invasivo pero que se confinaban al epitelio. Estudios subsecuentes demostraron que si no se tratan estas lesiones pueden progresar hasta convertirse en un cáncer cérvicouterino.

Se define a la neoplasia cervical Intraepiteliales NIC como un espectro de epitelios escamosos anormales con alteraciones en las estructuraciones y maduración, con buena diferenciación (displasia leve) o ausencia total de diferenciación situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión carcinoma in situ.(8)

Historia del Papanicolaou

La introducción del frotis de células recolectadas del cuello uterino y vagina, para la detección de cáncer cervicouterino, se debe a George Nicolás Papanicolaou. Ha pasado largo tiempo desde que introdujo esta técnica en 1940.

El frotis de Papanicolaou logra reunir entre 600,000 y 1,2 millones de células epiteliales cervicales y menos del 20% se transfiere al portaobjeto, el traspaso de células es aleatorio y sujeto a error si las células anormales no se distribuyen de forma homogénea por toda la muestra.

Davey y cols en 1993 y Naaryshkin en 1997 publican estudios de análisis retrospectivos de cáncer cérvicouterino; en ellos demuestran que entre el 5 y 15% tenían citologías de Papanicolaou con falsos negativos, que correspondían a ASCUS y LIE de alto y bajo grado.

Weintraub y Morabia, demuestran que las limitaciones de la técnica se debieron a la presencia de muestras no valorables o poco significativas, estimándose que dos tercios se deben a errores en la toma de muestra. En tres trabajos de investigación de falsos negativos, se demostró que fueron menos comunes los errores de detección que los de muestreo.(9)

Mientras realizaba estudios sobre la determinación del sexo en cobayos, una mañana se sorprendió pensando que todas las hembras tenían una hemorragia vaginal; podría ser que estos pequeños animales tuvieran una pero muy escasa como para ser evidente. Esa misma mañana compró un espéculo nasal para examinar la vagina de la cobaya.

Realizó un frotis del material obtenido sobre un portaobjeto y la observó en el microscopio. El admitiría luego "que fueron momentos de real excitación cuando el examen de los primeros frotis revelaron una impresionante riqueza de diversas formas celulares y una secuencia de diversos patrones citológicos".

Esa misma tarde, observó similares características en el humano siendo el primer frotis el realizado a su esposa que se convertiría desde entonces en la mujer más estudiada en este sentido George Papanicolaou estudió patrones vaginales hormonales en niñas recién nacidas, infantes, y mujeres menopáusicas. También sugirió terapia hormonal de reemplazo en castradas quirúrgicas y mujeres posmenopáusicas." El ciclo sexual en la mujer como es revelado por frotis vaginales" fue publicado en el Journal de Anatomía en 1933.

En 1925 George Papanicolaou comienza un estudio sistemático de frotis vaginales en mujeres voluntarias trabajadoras en el Hospital de Mujeres de Nueva York. De una forma involuntaria realiza el estudio en una portadora de cáncer de cuello uterino. El describiría entonces: "La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las más estremecedoras experiencias de mi carrera científica".

Convocó a otras mujeres con cáncer, confirmó sus observaciones y presentó este nuevo diagnóstico de cáncer en la "Third Race Betterment Conference" en Battle Creek, Michigan, en enero de 1928. (10)

Historia de la colposcopia

Hacia 1924, Von Franqué estaba actualizando el tratado de Veit-Stoekel en Altona (Hamburgo), y le encomendó a un joven asistente llamado Hans Hinselmann, que escribiera el capítulo sobre cáncer de cuello uterino.

En 1924 Hinselmann, insatisfecho con los medios de exploración entonces empleados, y tratando de descubrir las formas iniciales de la enfermedad, inventó un aparato consistente en una lente binocular de 10 aumentos, utilizando un microscopio de disección binocular Leitz, provistos de una fuente de iluminación (usó la lámpara de Von Eicken) al que le puso el nombre de colposcopio. Su principio era la visualización esteroscópica del cuello mediante magnificación con iluminación directa, con lo que lograba observar lesiones no visibles al ojo desnudo. El colposcopio fue usado por primera vez en forma correcta en el mes de Diciembre de 1924.

Para limpiar el cuello usó ácido acético y comprobó su efecto: no sólo limpiaba el moco cervical, sino que también mejoraba la visualización de la mucosa. Hasta entonces el diagnóstico de cáncer de cuello se hacía por simple inspección y biopsia, ante lesiones sangrantes o sospechosas, y el diagnóstico histológico se basaba en la invasión del corion. Recién en 1930 aparecen algunas opiniones como la de Schiller y R. Meyer, expresando que, debido a la falta de profundidad en la toma biopsia, se debían guiar por la estructura celular.

En 1928 Hinselmann describe como primer método de perfeccionamiento de la colposcopia la prueba de Yodo enunciada por Schiller que permitía, según sus propias palabras, destacar el epitelio no normal. La fórmula usada era de yodo puro (1.0) yodato de potasio (2.0) y agua destilada de 100.

En los cinco años siguientes Hinselmann continuó probando con diferentes ácidos buscando la mejor visualización de la mucosa cervical. A la solución de ácido acético al 3%, agregó una solución de ácido salicílico al 3% procediendo luego a una cauterización con nitrato de plata; luego realizó pruebas con la lámpara espectral de sodio, la lámpara de mercurio para destacar los vasos capilares, la instalación de filtros de colores y los rayos ultravioletas en calidad de colposcopia de fluorescencia en especial en conexión con una solución alcohólica de rodamina.

Es en esta época cuando Hinselmann publica sus primeros trabajos, en los cuales se da importancia a la leucoplasia como lesión previa al cáncer, clasificando a estas lesiones halladas por colposcopia como precancerosas. (11)

Recuento anatómico e histológico

El cuello uterino está compuesto por epitelio cilíndrico que reviste el conducto endocervical y epitelio escamoso que recubre la superficie del exocérvix. El punto en el cual se unen estos dos epitelios se denomina unión escamo cilíndrica, que es un punto dinámico que cambia como reacción a la pubertad, embarazo menopausia y estimulación hormonal. (8)

Por estimulación estrogénica en la menarquía las células subcilíndricas experimentan metaplasia, que progresa de la unión escamo columnar hacia el interior, lo que establece la llamada zona de transformación, esta zona se extiende desde la unión escamocolumnar original hacia la unión escamocolumnar fisiológicamente activa. Se cree que la mayor parte de las neoplasias intraepiteliales cervicales se originan en un solo foco en la zona de transformación, a nivel de la unión escamo columnar que avanza.

El epitelio endocervical tiene por debajo de él una zona de células basales poligonales ubicadas entre el estroma cervical y el epitelio columnar que se llaman células basales o células de reserva que pueden desarrollarse como epitelio columnar o epitelio escamoso según su capacidad secretora. Las células de reserva se consideran como las encargadas del proceso de metaplasia (reparación) que ocurre en el cérvix para eliminar el tejido endocervical que sale para cubrir el exocérvix.

En las recién nacidas, la mucosa endocervical sale del canal y cubre parte del exocérvix por el efecto hormonal placentario; luego en las niñas al no tener el estímulo hormonal, la mucosa endocervical “se mete” al canal. Después por los embarazos nuevamente hay ectopia endocervical que puede intensificarse si hubo desgarro del orificio cervical externo(12)

Los procesos inflamatorios cervicales aumentan la secreción endocervical que puede macerar el epitelio escamoso y la cicatrización se hace a expensas de mucosa endocervical. Por razones biológicas la mucosa endocervical debe estar dentro del canal cervical; cuando hay ectopia o ectropión la unión escamocolumnar se encuentra lejos del orificio cervical; cuando la mucosa endocervical se encuentra fuera se inicia un proceso reparador; ese tejido endocervical debe ser reemplazado por tejido exocervical.

El punto de unión escamo columnar con relación al orificio anatómico externo del cérvix se desplaza hacia fuera como ocurre en la infancia, durante el embarazo y la lactancia, durante la postmenopausia la unión escamo columnar se desplaza hacia adentro del canal cervical. Es muy frecuente que en la mujer adulta, la unión escamo columnar esté hacia fuera del canal cervical (ectopia, ectropión). (13)

Como ya se había mencionado desde la pubertad y a lo largo de la vida de la mujer, cuando el epitelio endocervical se exterioriza, rápidamente el epitelio escamoso trata de cubrir la zona columnar exteriorizada mediante un epitelio de recubrimiento que se llama metaplasia escamosa; en esa zona puede desarrollarse un epitelio anormal displásico o neoplásico.

Desde la unión escamo columnar lejana al orificio cervical se irá cubriendo con nuevo epitelio escamoso hasta ubicar una nueva unión escamo columnar a la altura de orificio anatómico cervical externo. Las alteraciones del epitelio metaplásico anormal han sido motivo de numerosas clasificaciones y terminologías.

Una primera nomenclatura es de las displasias leve, moderada o severa que se refieren a lesiones precancerosas y que culminan con el carcinoma in situ. (14)

Una segunda nomenclatura para referirse a los mismos cambios, se expresa como neoplasia intraepitelial (NIC) (en lengua inglesa: CIN Cervical intraepitelial neoplasia):

- 1) NIC I (Displasia leve) las anormalidades afectan solo el tercio inferior del grosor total del epitelio.
- 2) NIC II (Displasia moderada) las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio.
- 3) NIC III (Displasia severa y cáncer cervicouterino in situ) las alteraciones se extienden a todo el espesor del epitelio.

Una tercera nomenclatura es la que se conoce como sistema Bethesda:

1. Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado en donde se combinan las alteraciones celulares por el virus del papiloma humano (coilocitosis) y la displasia leve (NIC I): LGSIL (Low grade squamous intraepithelial lesión).
2. Lesiones de alto grado que incluye las displasias moderadas (NIC II) , las displasias severas y el carcinoma in situ (NIC III) el sistema Bethesda lo enuncia como HGSIL (High grade squamous intraepithelial lesión). (15)

El término displasia representa la existencia de cambios morfológicos de las células epiteliales escamosas del cuello uterino, dándoles características de células cancerosas, pero sin afectar a todo el espesor del epitelio. Cuando éste está afectado se utiliza el término de carcinoma in situ (CIS). Si bien éste sigue considerándose lesión premaligna. Si sólo se ha producido una ligera invasión a través de la membrana basal del epitelio se utiliza el término de cáncer microinvasor.(8)

Las lesiones preneoplásicas del cérvix han sido ampliamente estudiadas y discutidas desde 1930 hasta la actualidad. En 1932, Broders, introdujo el concepto y el término "Carcinoma in situ"(o preinvasor). (16)

Existen determinados factores de riesgo que guardan relación con la aparición de lesiones premalignas de cuello uterino y con el carcinoma cervical como:

- 1) Edad entre los 25 a 35 años.
- 2) Múltiples compañeros sexuales.
- 3) Relaciones sexuales en edades tempranas (antes de los 18 años).
- 4) Estado socioeconómico bajo.
- 5) Tabaquismo
- 6) Promiscuidad sexual del compañero.
- 7) Infección por VPH.
- 8) Inmunodeficiencia.
- 9) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
- 10) Nunca haberse practicado un estudio citológico.
- 11) Infección cervical por el virus del herpes simple tipo II.
- 12) Primer embarazo a edad muy temprana (antes de los 20 años).
- 13) Paridad elevada. (17)

La historia natural de neoplasia intraepitelial cervical es importante por su relación con el tratamiento; así en revisiones de los últimos 40 años se sugiere una mayor probabilidad de persistir o progresar entre las lesiones más avanzadas (NIC III) que el NIC I.

La mayoría de los autores que describen la evolución de la displasia informan una regresión al estado normal en el 30 ó 50% de los casos, especialmente en mujeres jóvenes y la tasa de progresión a cáncer cervicouterino in situ es del 10 al 30%.

Relación con el virus del papiloma humano

En los últimos 25 años, intensas investigaciones han proporcionado evidencias que avalan el papel del virus del herpes simples 2 y diversos tipos de virus del papiloma humano en el desarrollo de: carcinoma cervical y lesiones precursoras.

La capacidad del virus del herpes simples 2 de producir la transformación oncogena ha sido demostrada por medio de estudios in vitro e in vivo, se considera que este virus cumple el papel de cofactor y que puede interactuar con células infectadas por VPH, por medio de la mutación de genes específicos de la célula huésped y la destrucción de la vigilancia intracelular de la transcripción del VPH. (12)

El virus del herpes simple también puede amplificar genomas existentes de VPH y así aumentar el riesgo de transformación maligna. Actualmente se cree que ciertos tipos de VPH son el factor etiológico central en la aparición del cáncer del cuello del útero y de sus lesiones precursoras.

En diversos estudios de casos- controles, se comprueba una estrecha correlación entre infección por VPH y neoplasia intraepitelial e invasora del cuello uterino, los tipos 16 y 18 se hallan con más frecuencia en cánceres anogenitales y están presentes en el 60-95% de muestras tisulares.

Su participación puede resumirse en:

- 1.- Algunos VPH son potencialmente oncogénicos.
- 2.- Los factores del huésped controlan y previenen el crecimiento maligno inducido por estos virus.
- 3.- Existen carcinógenos químicos y físicos. (14)

El virus del VPH puede permanecer en la capa basal del epitelio sin provocar diferencias histológicas con las células no infectadas (infección latente) o replicarse intracelularmente a medida que las células epiteliales infectadas migran hacia la superficie (infección productiva), o bien pueden no diferenciarse ni completar su ciclo de vida vital (infecciones no productivas).

El cáncer cervical es claramente una enfermedad multifactorial y los virus del papiloma no son suficientes en sí mismos para la inducción del tumor, siendo

necesarios otros factores y cofactores adicionales como el tabaquismo, algunos microorganismos, deficiencia nutritiva etc., y de manera específica la deficiencia del sistema inmunológico.

Algunos de estos factores al actuar sinérgicamente podrían evolucionar hasta la enfermedad maligna pasando por las lesiones intraepiteliales. En las lesiones preneoplásicas e invasoras de cuello uterino se ha comprobado la presencia de algunos tipos de virus de alto riesgo (19)

Con los datos obtenidos recientemente se encuentra que la NIC I está relacionada con tipos específicos de VPH y que tiende a regresar o a desaparecer, debe considerarse como una enfermedad diferente a la NIC II y III, relacionada con otros subtipos de virus que tienden a progresar a lesiones más graves. Estos datos plantean implicaciones biológicas y de tratamiento diferentes en cada una de las lesiones.

Aproximadamente el 10% de todas las infecciones genitales por VPH llegan a la atención clínica como condilomas o displasias y en menos del 1% pueden desarrollar cáncer cervical. La neoplasia intraepitelial cervical es totalmente asintomática por lo cual la anamnesis, no puede orientar en su diagnóstico. Igual sucede con la inspección del cuello uterino mediante espéculo, ya que la NIC no muestra caracteres diferenciados macroscópicos.(17)

Signos y síntomas

No hay signos ni síntomas específicos en fase temprana de la enfermedad, y el diagnóstico a menudo se basa en los datos celulares encontrados en el curso de la evaluación de un frotis cervical de Papanicolaou para control sistemático.

Examen físico

Inspección macroscópica del cérvix, que nos permite valorar su posición, tamaño, forma y la existencia de pólipos, quistes, ulceraciones, zonas blancas o eritroplásicas, etc.

Métodos diagnósticos

Si bien la citología, métodos de inspección con ayuda de instrumentos: colposcopia, cervicografía, colpomicroscopía y microcolpohisteroscopia son exactos pero ninguno de estos métodos es suficiente para hacer un diagnóstico, siempre es necesario el estudio histológico de una pieza de tejido obtenido por medio de biopsia, conización cervical, etc.(14)(16)

a) Citología (Papanicolaou)

El test de Papanicolaou o citología cervicovaginal, sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para cribado de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino frente a otras disponibles. Consiste en la toma de una muestra de las células de la unión de los epitelios escamosos y columnar del cérvix uterino del fondo del saco vaginal posterior y de material endocervical, según protocolo de triple toma.

Existe una gran variabilidad en los resultados de sensibilidad y especificidad comunicados por diferentes estudios, se han obtenido rangos de sensibilidad de 11 a 99% y de especificidad de 14 a 97%. (20)(14)

El objetivo fundamental de la aplicación de esta prueba es la detección de lesiones precursoras del cáncer de cérvix de forma que se logre una reducción de la incidencia de lesiones invasivas. Este examen citológico se basa en la exfoliación espontánea o inducida de células normales o patológicas del cuello uterino. Su principal aplicación clínica es la distinción entre lesiones cervicales benignas de aquellas precancerosas o francamente malignas y como procedimiento de seguimiento en pacientes con tratamiento previo. (15)(13)

También se incluyen en esta categoría el término ASCUS (anormalidades epiteliales con significado dudoso), puede esperarse en no más del 5% de los hallazgos de frotis de PAP. Otra variedad de lesiones son las dadas por las células glandulares de significación indeterminada (AGUS) y pueden hallarse en 0.5 a 2.5%.

Así el resultado histopatológico podría ser reportado de la siguiente manera:

- a. Tejido de cérvix normal.
- b. Cervicitis aguda o crónica.
- c. LIE de Bajo Grado o NIC I/ Infección viral (herpes, papiloma humano).
- d. LIE de Alto grado o NICII, NICIII, IN SITU
- e. Neoplasia microinvasora escamocelular o adenocarcinoma
- f. Neoplasia Invasora escamocelular o adenocarcinoma
- g. Cancer in situ (NIC III).
- j. Adenocarcinoma endocervical o endometrial.
- k. Sarcoma y otros tumores.

I. Maligno no especificado.

m. Insuficiente para diagnóstico.(21)(15)

La tasa de error del frotis de Papanicolaou varía del 15 al 30% y las causas probables de falsos negativos son debido a:

1) Error en los datos de frotis cervicovaginal cometidos por el personal de secretaría.

2) Obtención inadecuada o inapropiada de la muestra.

3) Presencia de sustancias interpuestas.

4) Problemas técnicos.

5) Errores en la lectura. (19)(15)

Algunos autores estiman que la eficacia del Papanicolaou es de un 80% y al acompañarse de otros métodos diagnósticos como la colposcopia es de un 98 a 100%.

La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores serán objeto de un seguimiento y cuando sean dadas de alta reiniciarán su vigilancia anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que tengan dos resultados negativos. (20)

b) Colposcopia

Es el medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix vagina y genitales externos. Se basa en el estudio de la zona de transformación (área del cuello cervical y la vagina) que estaba inicialmente recubierta de epitelio columnar y que a través de metaplasia ha sido sustituido por epitelio escamoso.(14)(21)

El principal propósito de la colposcopia es localizar el origen de las células anormales detectadas por medio del frotis de Papanicolaou; determinar la extensión de la lesión para planificación del tratamiento y seleccionar los sitios para realizar las biopsias y establecer un diagnóstico histológico. La sensibilidad de la colposcopia es elevada, en cambio la especificidad es baja, es decir, que no resulta fácil decidir que lo observado mediante visión colposcópica es una NIC I, II, ó III. (19)

Terminología colposcópica:

Examen satisfactorio: Un examen debe ser satisfactorio antes de poder considerarlo como normal, debe describirse como adecuado, el colposcopista deberá poder observar:

1. la unión del epitelio escamoso original
2. la zona de transformación cervical entera
3. la unión escamoso-columnar
4. cualquier anormalidad en su totalidad.

Un examen normal debe cumplir los tres primeros criterios y demostrar la ausencia de lesiones. Es obligatorio no confundir satisfactorio con el término –normal-

Examen no satisfactorio: La colposcopia se considera no satisfactoria, si no se satisface ninguno de sus cuatro criterios, lo que indica que la colposcopia aislada es insuficiente para evaluar el cérvix.(22)

Identificación de las lesiones por colposcopia

El examinador necesita identificar la zona de transformación, si el examen es satisfactorio o no, y describir la naturaleza, localización, extensión de cualquier lesión. Esto incluye la descripción del color, el contorno de la superficie, el patrón vascular, la distancia intercapilar y los márgenes de la lesión. (23)

Las principales indicaciones de la colposcopia son:

- 1) Valoración de las pacientes con citología anormal.
- 2) Estudio diagnóstico en las pacientes sintomáticas.
- 3) Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical.
- 4) Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógeno.
- 5) Control de la neoplasia intraepitelial cervical durante el embarazo.
- 6) Selección de las pacientes con neoplasias para ser tratadas con terapéutica conservadora.
- 7) Diagnóstico de infecciones virales.
- 8) Diagnóstico de la patología vulvar.
- 9) Diagnóstico de la patología de pene. (23)

Los tiempos del examen son los siguientes:

- 1) Anamnesis.
- 2) Evaluación clínica de los genitales externos.
- 3) Examen con espéculo.
- 4) Obtención de muestras para examen bacteriológico.
- 5) Obtención de muestras endocervical con hisopo de algodón.
- 6) Obtención de muestras exocervical mediante espátula de aire.
- 7) Observación Colposcópica después de aplicación de solución fisiológica.
- 8) Observación colposcópica después de aplicar solución de ácido acético.
- 9) Biopsia dirigida.
- 10) Vaginoscopía con ácido acético.
- 11) Biopsia vaginal dirigida.
- 12) Vulvoscopía y perineoscopía.
- 13) Biopsia dirigida de vulva y/o periné. (23)

La clasificación colposcópica debe tener validez conceptual y concordancia del comportamiento biológico de las lesiones comprendidas en la misma clase.

Dentro de la diversidad de clasificación colposcópica, la clasificación Internacional comprende lo siguiente:

I. Hallazgos colposcópicos normales.

- a) Epitelio pavimentoso originario.
- b) Epitelio cilíndrico.
- c) Zona de transformación.

II. Hallazgos colposcópicos anormales.

- a) Zona de transformación atípica.
 - 1) Mosaico.
 - 2) Punteado.

3) Epitelio blanco.

4) Queratosis.

5) Vasos atípicos.

b) Carcinoma invasor sospechoso.

III. Hallazgos colposcópicos insatisfactorios (línea escamocilíndrica no visible)

IV. Varios

a) Modificaciones inflamatorias.

b) Modificaciones atróficas.

c) Condiloma.

d) Papiloma.

e) Otros. (23)

Protocolo de manejo colposcópico

Indicadores colposcópicos de cambios mayores o menos.

Biopsia

Constituye sin duda el método más exacto y seguro para establecer el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, es incorrecto iniciar un tratamiento sin concluir previamente con un diagnóstico histológico de muestras tisulares obtenidas a través de biopsias dirigidas bajo de visión colposcópica y conización cervical.

Dado que la neoplasia intraepitelial es una lesión superficial el objetivo de la biopsia es remover un fragmento de tejido superficial con inclusión del epitelio y cierta cantidad del estroma subyacente. También puede ser de utilidad la biopsia endocervical obtenida a través de legrado, en la evaluación de un frotis de PAP anormal para documentar que el canal endocervical está libre de epitelio neoplásico.(19)(17)

Conización diagnóstica

Indicaciones:

1. Colposcopia insatisfactoria.
2. Legrado endocervical positivo.
3. Discrepancia entre la citología e histología.
4. Sospecha de microinvasión.

Contraindicaciones:

1. Carcinoma invasor.

Complicaciones:

Inmediatas:

1. Hemorragias.
2. Perforación uterina.
3. Riesgo anestésico.
4. Durante la gestación (parto prematuro, rotura de membrana).

Mediatas:

1. Hemorragia (10 a 14 días posterior a procedimientos).
2. Estenosis cervical.
3. Infertilidad.
4. Incompetencia cervical.(16)(15)

Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical

En la última década el tratamiento de las lesiones pre invasoras está dirigido a métodos conservadores ambulatorios.

Esto obedece a varios factores:

1. El desarrollo de la colposcopia.
2. Mayor conocimiento de la historia natural de la neoplasia intraepitelial cervical.

3. Disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces.

Por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la neoplasia, 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. Por lo que es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados. (15)

La valoración individual de cada paciente, en las que se toma en cuenta la edad, paridad, deseos o no de más descendencia y otros factores serían determinantes frente al carcinoma in situ, para decidir el tipo de conducta terapéutica como: la conización cervical o la histerectomía total.

El tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical también depende de la clasificación histológica de la lesión y la ubicación.

Los métodos de tratamiento por ablación de la neoplasia incluyen: Crioterapia, Vaporización con láser, electrocauterización, electrocoagulación diatérmica, coagulación en frío son bien eficaces y toleradas, pero pueden ser peligrosas; para lograr resultados óptimos se deben cumplir tres requisitos:

- 1.- Descartar un carcinoma invasor.
- 2.- Lesión al alcance del instrumento de ablación.
- 3.- La destrucción tisular debe tener la profundidad suficiente.(19)

a) Conización cervical:

Consiste en la extirpación de un cono de tejido en ápice truncado, cuya circunferencia de base pasa por fuera de la zona yodo negativa y cuyas paredes comprenden el canal cervical en buena parte de su altura, representa una terapéutica adecuada, si el examen patológico comprende toda la unión escamo cilíndrica, el ápice del cono está libre del tumor y los bordes de la base son de tejido sano.

La paciente sometida a conización por neoplasia intraepitelial cervical de alto grado debe ser controlada cada seis meses mediante examen citológico y colposcópico durante dos años y luego anualmente. La incidencia de lesión residual después de la práctica de la conización puede ser de 6.32%. (17)

Cuando la conización se realiza con láser en lugar de bisturí la incidencia de complicaciones disminuye. La cirugía con láser consiste en convertir alguna forma de energía (calor, luz o electricidad) en energía radiante, actúa por absorción de la

energía por el agua del tejido que constituye el 85% de él y se convierte en calor, lo que produce la evaporación del agua contenida en las células y consecuentemente su muerte. Se aconseja llegar a una profundidad de 5 a 7 milímetros para conseguir la destrucción completa de la neoplasia. (14)

b) Crioterapia:

Se basa en la aplicación de temperaturas muy bajas (menos de 50° C) que provoca deshidratación, formación de cristales intracelulares y muerte celular, puede realizarse en un solo ciclo de congelamiento o con dos. Cada uno de ellos de una duración de tres minutos intercalándose con tiempo de 5 minutos para permitir descongelamiento, tiene la desventaja de provocar:

1. Pérdidas vaginales no sanguíneas (en área necrosada).
2. Tiempo de curación con reepitelización completa se extiende de 6 a 8 semanas.
3. La unión escamo columnar queda frecuentemente dentro del canal endocervical, lo que dificulta el control colposcópico y citológico.
4. La profundidad de la necrosis, se limita de 5 a 6 milímetros, lo que puede ser insuficiente para destruir todos los fondos glandulares o lesiones grandes lo q la vuelve poco efectiva es este tipo de lesiones.
5. Necesita tanque de CO2.

Criterios para Crioterapia

1. Mujer con tamizaje positivo para lesión intraepitelial cervical.
2. La lesión no debe exceder el 75% de superficie del cuello.
3. Los bordes de la lesión tienen q ser totalmente visibles , sin ninguna extensión adentro del endocervix(19)

Diseño metodológico

Área de estudio

Pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Escuela “Bertha Calderón Roque” en el período comprendido Enero 2017 a diciembre 2017

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo de corte de transversal.

Unidad de análisis:

Los expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la consulta externa de Ginecología del Hospital Escuela “Bertha Calderón Roque” que se les realizó citología de cérvix en el periodo de estudio y que de estos tuvieron algún tipo de alteración en el resultado.

Muestra:

Conformada por todas las pacientes con citologías alteradas, con colposcopias realizadas y toma de Biopsia y respectivo resultados, atendidas en el lugar y el periodo de estudio.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado diagnosticada por citología durante el período de estudio.
2. Pacientes con diagnóstico de lesiones Intraepiteliales de alto y bajo grado de cérvix diagnosticada por colposcopia.
3. Pacientes a quienes se le realizó biopsia de cérvix con respectivo resultado.
4. Pacientes con expediente completo.

Criterios de exclusión:

1. Expedientes incompletos para estudio.

Fuente de información

La fuente de información fue secundaria (expedientes clínicos), se realizó una matriz de recolección de datos donde se plasmó la información necesaria para el procesamiento de las variables, mediante un instructivo diseñado con fines propios del estudio.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Edad

Escolaridad

Procedencia

VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS

Inicio Vida Sexual

Número de compañeros previos

Gestas previas

Antecedentes de VPH

Tiempo del resultado de la Biopsia a su toma.

Reporte Citologico

Reporte Colposcopico

Reporte Histopatologico

Relacion Citologica – Colposcopica

Relacion Citologica – Histologica

Relacion Colposcopia – Histologia

METODO E INSTRUMENTO PARA ANALIZAR LA INFORMACION

Se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de la paciente en años expresado por la misma al momento de ingresar al Estudio.	Años.	15-19 años. 20-29 años. 30-39 años. 40-49 años. 50-59 años > 60 años
Escolaridad	Nivel de estudios que la mujer ha adquirido hasta el momento del diagnóstico de la LIE.	Según expediente clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Otro.
Procedencia	Lugar de origen de la Paciente con LIE.	Según expediente clínico	Urbana. Rural.
Inicio de vida Sexual activa.	Periodo de tiempo dado en años que tenía la mujer al tener su primer contacto Sexual.	Según expediente clínico	< 15 15-20 años. > 20 años
Gestas	Número de embarazos que la paciente ha tenido incluido el embarazo Actual.	Según expediente clínico	nulípara Bigesta Trigesta Multigesta

Tiempo del resultado transcurrido de la Biopsia a su toma	Intervalo de tiempo medido en meses y años que va desde el momento que se la toma de biopsia a su resultado	Según expediente clínico	<1 mes 1 mes – 2 meses >2 meses Sin resultados
Citología cervical	Método de elección para detección oportuna de Cáncer cervicouterino.	Resultado de Pap Según expediente clínico	1.-Infeccioso 2.- Inflamatorio 3.Anormalidades de Células epiteliales LIEBG (VPH,NIC I) LIEAG (NIC II, NIC III, CA In situ)
Colposcopia	Medio diagnóstico que permite reconocer, delimitar aspectos anormales o normales del exocérnix, vagina y genitales externos	Reporte de colposcopia Según expediente clínico	1.- Normal 2.- Anormal (Epitelio Acetoblanco, mosaico, punteado). LIEAG LIEBG
Biopsia histopatológica	Método exacto y seguro para diagnóstico de carcinoma in situ y de lesiones premalignas de Cérnix uterino.	Reporte de Patología, Según expediente clínico	1.- LIEBG (VPH) 2.- LIEAG
Relación de los resultados de la Citológica , Colposcopia e Histopatología	Relación entre diferentes estudios destinados a confirmar el mismo diagnóstico de una patología, por medio de frecuencias y porcentajes	Escala	50% Malo 51 - 70% Buena 71 – 90% Muy Buena >90 % Excelente

RESULTADOS

Tabla No .1

Distribución en frecuencia y porcentaje de la edad de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N= 112

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	2	1.7%
20-29	25	22.3%
30-39	37	33%
40-49	30	26.7%
50-59	11	9.8%
60 a mas	7	6.2%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados :Según la distribución por edad de las pacientes estudiadas, se encontró que 37 de las pacientes (33%) correspondían al grupo etáreo de 30 a 39 años , al grupo de 40 a 49 años 30 pacientes (26.7%) al grupo de 20 a 29 años 25 pacientes (22.3%), seguido del grupo de 50 a 59 años con el 11 pacientes (9.8%), 7 pacientes en el grupo mayor de 60 años(6.2%) y 2 pacientes (1.7%) en el grupo de 15 a 19 años. (Ver tabla No. 1)

Tabla No .2

Distribución en frecuencia y porcentaje de la procedencia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
urbano	83	74.4%
rural	29	25.8 %
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: En cuanto a la procedencia, se encontró que 83 pacientes (74.4%) procedían del área urbana y 29 pacientes (25.8%) del área rural. (Ver tabla No. 2)

Tabla No.3

Distribución en frecuencia y porcentaje de la escolaridad de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	9	8%
Primaria	68	60.7%
Secundaria	24	21.4%
Universitaria	11	9.8%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: Con respecto a la escolaridad, se encontró que 68 de las pacientes (60.7%) tenían un nivel académico de primaria, seguido de 24 pacientes (21.4%) con estudios de secundaria, con estudios universitarios 11 pacientes (9.8%), y 9 pacientes con analfabetismo (8%). (Ver tabla No. 3)

Tabla No 4

Distribución en frecuencia y porcentaje de la edad que iniciaron vida sexual las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15años	19	16.9%
15 a 19 años	70	62.5%
>20 años	23	20.5%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: En cuanto al inicio de vida sexual activa se encontró que 70 de las pacientes (62.5%) se dio más frecuente en el intervalo de 15 a 19 años, 23 de las pacientes (20.5%) después de los 20 años, seguido de 19 pacientes (16.9%) menor de 15 años. (Ver tabla No. 4)

Tabla No.5

Distribución en frecuencia y porcentaje de las gestas de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	3	2.6%
Bigesta	36	32.1%
trigesta	29	25.8%
Multigesta	44	39.2%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: Con respecto al número de gestaciones previas, se encontró que 44 pacientes (39.2%) habían tenido múltiples gestas, seguido de 36 pacientes (32.1%) con 2 gestas, con 3 gestas 29 pacientes (25.8%) y solo 3 pacientes (2.6%) eran nulíparas. (Ver tabla No. 5)

Tabla No.6

Distribución en frecuencia y porcentaje del número de compañeros de vida que tuvieron las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Numero de compañeros de vida	Frecuencia	Porcentaje
1	39	34.8%
2 a 3	51	45.5%
>3	22	19.6%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: En cuanto al número de compañeros sexuales se encontró que 51 pacientes (45.5%) habían tenido 2 a 3 compañeros sexuales, seguido de 39 pacientes (34.8%) con 1compañero y 22 pacientes (19.6%) con más de 3 compañeros. (Ver tabla No. 6)

Tabla No. 7

Distribución en frecuencia y porcentaje de los antecedentes de VPH en las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Antecedentes de VPH	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	37.5%
NO	70	62.5%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: En relación a los antecedentes del virus de papiloma humano 70 de las pacientes (62.5%) negaron haber tenido la enfermedad, mientras que 42 de las pacientes (37.5%) afirmaron haber tenido la enfermedad. (Ver tabla No. 7)

Tabla No. 8

Distribución en frecuencia y porcentaje de los resultado de Papanicolaou delas pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Resultados	Frecuencia	Porcentaje
atipia escamosa	11	9.8%
atipia glandular	3	2.6%
LIEBG	39	34.8%
LIEAG	59	52.6%
TOTAL	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: con respecto al reporte citológico, se encontró que 59 de las pacientes (52.6%) sus resultados fueron LIEAG, seguido de 39 pacientes (34.8%) con LIEBG ,11 de las pacientes (9.8%) fueron ASCUS y solamente 3 pacientes (2.6%) reportaron atipia glandular. (Ver tabla No.8)

Tabla. No 9

Distribución en frecuencia y porcentaje de los resultado de colposcopia delas pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Resultado de colposcopia	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7	6,25
LIE-AG	45	40,1
LIE-BG	60	53,5
Total	112	100,0

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: en relación a los resultados de la colposcopia se encontró en orden de frecuencia que 60 de las pacientes (53.5%) reportaron LIEBG, seguido de 45 pacientes (40.1%) con LIEAG y 7 de las pacientes (6.25%) su resultado colposcópico fue normal. (Ver tabla No.9)

Tabla No.10

Distribución en frecuencia porcentaje de los resultados de biopsia de pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Resultado de la biopsia de Cérvix	Frecuencia	Porcentaje
LIEBG	41	36.6%
LIEAG	71	63.3%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Con respecto a los resultados Histológicos encontrados fueron en orden de frecuencia 71 pacientes (63.3%) con LIEAG, seguido de 41 pacientes (36.6%) con LIEBG. (Ver tabla No. 10)

Tabla. No 11

Distribución en frecuencia y porcentaje del tiempo que tardo el resultado de biopsia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Tiempo que tardo el resultado de biopsia	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 meses	75	66.9%
3 a 5 meses	37	33.03%
Total	112	100%

Fuente: Expediente Clínico

Resultados: En relación al tiempo de la toma de la Biopsia de cérvix al resultado de la misma en las pacientes con lesión Intraepiteliales se encontró que 75 de las pacientes (66.9%) recibieron el reporte histológico en el intervalo de 1 a 2 meses, seguido de 37 pacientes (33.03%) en el intervalo de 3 a 5 meses. (Ver tabla No. 11)

Tabla No.12

Relación de los resultados del PAP con Colposcopia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Resultado del PAP	Total	Resultado de colposcopia		
		Normal	LIEAG	LIEBG
Atipia escamosa	11	1	8	2
Atipia glandular	3	1	2	0
LIEBG	39	3	23	13
LIEAG	59	2	12	45
Total	112	7	45	60

Fuente: revisión de expediente clínico

En la relación a los resultados Citológicos – Colposcópico tenemos que en la población estudiada (112 pacientes); encontramos que según la citología 11 pacientes (9.8%) que reportaron atipias escamosas, de estas según la colposcopia 8 pacientes (72.7%) se diagnosticaron con LIEAG, 2 pacientes(18.1%)con LIEBG, 1 paciente (9%) su resultado fue normal, según la citología 3 pacientes (2.6%) con atipias glandulares de estas según la colposcopia 1 paciente(33.3%) su resultado colposcópico fue normal, 2 pacientes (66.6%) se diagnosticaron con LIEAG.

Según la citología reporto con LIEBG 39 pacientes (34.8%) de estos según la colposcopia 23 pacientes (58.9%) se diagnosticaron con LIEAG, 13 pacientes (33.3%) con LIEBG, 3 pacientes (7.6%) su resultado colposcópico fue normal, según la citología 59 pacientes (52.6%) con LIEAG, según la colposcopia se diagnosticaron con LIEBG 45 pacientes (76.2%), con LIEAG 12 pacientes (20.3%), y 2 pacientes (3.38%) su resultado fue normal(Ver tabla No.12)

Tabla. No 13

Relación diagnóstica del PAP con la biopsia de cérvix de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N=112

Resultado del PAP	Total	Resultado de la Biopsia de Cérvix	
		LIEBG	LIEAG
atipia escamosa	11	7	4
atipia glandular	3	1	2
LIEBG	39	30	9
LIEAG	59	3	56
Total	112	41	71

Fuente: Revisión de expediente clínico

Resultados : Al relacionar los resultados Cito-Histológicos tenemos que en la población estudiada (112 pacientes) reporto la citología 11 pacientes (9.8%) con resultados atipias escamosas y según la biopsia de estas 7 pacientes (63.6%) se diagnosticaron con LIEBG, 4 pacientes (36.3%) con LIEAG ,según citología 3 pacientes (2.6%) reportaron atipias glandulares las cuales según la biopsia se encontró 1 caso (0.89%) con diagnóstico LIEBG, 2 casos (1.78%) con LIEAG.

Según la citología 39 pacientes (34.8%) reportaron LIEBG de estas según la biopsia 30 pacientes (76.9%) se diagnosticaron con LIEBG ,9 pacientes (23.07%) con LIEAG, de las LIEAG 59 pacientes (52.6%) reportadas por citología, según la biopsia 3 pacientes (5.08%) se diagnosticaron con LIEBG, 56 pacientes (94.9%) con LIEAG. (Ver tabla No.13)

Tabla No.14

Relación diagnóstica de la Colposcopia y biopsia de cérvix de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.

N= 112

Resultado de colposcopia	Total	Resultado de biopsia de cérvix	
		LIEBG	LIEAG
Normal	7	4	3
LIEBG	60	14	46
LIEAG	45	23	22
Total	112	41	71

Fuente: expediente clínico

En cuanto a la relación de los resultados Colposcopia e Histología tenemos que en la población estudiada (112pacientes), de estos, 105 pacientes se vieron afectadas colposcopicamente. Según la colposcopia 60 pacientes (53.5%) presentaron LIEBG y de estas según el resultado de la biopsia 46 pacientes (76.6%) se diagnosticaron con LIEAG seguida de 14 pacientes (23.3%) con LIEBG , 45 pacientes (40.1%) se diagnosticaron con LIEAG por colposcopia de las cuales 23 pacientes (51.1%) se diagnosticaron con LIEBG según la biopsia y 22 pacientes (48.8%) con LIEAG, 7 pacientes reportaron resultado normal según la colposcopia de las cuales 4 pacientes (57.1%) la biopsia reporto LIEBG y 3 pacientes (42.8%) LIEAG. (Ver tabla No. 14)

Discusión de los resultados

Las lesiones intraepiteliales del cérvix comprenden un conjunto de lesiones cervicales caracterizadas todas por atipias nucleares en un epitelio que generalmente conserva su arquitectura, las cuales representan una etapa previa pero no obligada del cáncer invasor de cuello uterino, de las cuales su diagnóstico radica fundamentalmente en la aplicación de la citología, acompañada de la colposcopia y biopsia, cada una con sus limitaciones diagnósticas de ahí la importancia de la concordancia de estas tres pruebas en el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales de cérvix ya que hoy en día estas lesiones premalignas de cérvix son tratadas y con ello nos permiten disminuir la mortalidad existente por el Cáncer ofreciendo a las pacientes un manejo oportuno y correcto.

Se estudiaron un total de 112 pacientes a las que se les realizó estudio citológico Colposcópico e histopatológico, al investigar sobre las principales características sociodemográficas de las pacientes en estudio, se encontró que 37 pacientes (33%) correspondían al grupo etáreo de 30 a 39 años lo que plantea que estas lesiones intraepiteliales del cérvix aparecen con más frecuencia en mujeres en edad fértil y en plena capacidad como trabajadora madre y esposa, por supuesto si hacemos un recordatorio sobre la historia natural de la enfermedad sabemos que se necesitan varios años 10 años promedio desde el inicio de la infección por VPH virus más frecuentemente asociado a desarrollo de lesiones premalignas y malignas de cérvix hasta el desarrollo de la lesión intraepitelial la cual se ve favorecida de factores coadyuvantes además del VPH para su aparición, con lo cual se explica también porque este grupo etáreo es el que más se ve afectado con lesiones intraepiteliales, además explica porque los grupo extremo de 15 a 19 años 2 pacientes (1.7%) no se presentaron con frecuencia LIE porque pueden estar presentando una infección latente del VPH las cuales pueden presentar más adelante una regresión o una progresión a una LIE o desarrollar otro tipo de neoplasia pélvica que afecta este grupo etáreo y el grupo de 60 a más que llama la atención se ve también con poca frecuencia de lesiones intraepiteliales pero con riesgo de desarrollar otras patologías neoplásicas como el cáncer endometrial descrito así este intervalo de tiempo de la historia natural de la enfermedad como un escenario propicio para el tamizaje oportuno de pacientes con citología cervical, estos datos son similares a los encontrados en el estudio hecho por el Dr. Zeledón "Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en el hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paiz 2008.

El nivel de escolaridad reportado fue de 68 pacientes (60.7%) para estudios de primaria, seguido del 24 pacientes (21.4%) con estudios de secundaria, lo cual explica que la falta de conocimiento sobre la génesis de la enfermedad, salud sexual, uso de métodos de barrera, bajo nivel sociocultural son factores que hacen el desarrollo de LIE ya que las pacientes toman una actitud negativa ante la toma de la citología cervical temprana y realizan prácticas sexuales inseguras esto se corresponde con la literatura consultada, Omier, D. y Taylor, E. en Corn Island y Laguna de Perlas en 1992 en donde se plantea la baja escolaridad como factor de riesgo para cáncer de cérvix.

En cuanto a la procedencia, 83 pacientes (74.1%) procedían del área urbana y 29 pacientes (25.8%) del área rural, esto se debe en parte a que el estudio se realizó en un Hospital de referencia nacional del área urbana y al fácil acceso que tiene la población urbana en comparación a la población rural en donde su acceso a las unidades de salud es menos frecuentes debido a su nivel sociocultural y a su idiosincrasia que hace tengan una actitud negativa para la realización de la citología cervical, guarda relación con el estudio realizado por la Dra. Marcela Urroz en su estudio Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del hospital Berta Calderón Roque Enero 2005 a Enero 2010.

La paridad en la mayoría de las pacientes fue multigestas con 44 pacientes (39.2%) seguido de 36 pacientes (32.1%) Bigesta lo cual explica que la multiparidad es un factor de riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales de cérvix debido a los cambios fisiológicos que se presentan en el embarazo como la inmunosupresión, la lesión fisiológica del cérvix al momento del parto el desarrollo de infecciones cervicovaginales que sirven de cofactores para actuar de forma sinérgica junto con el VPH favoreciendo así cambios celulares a nivel cervical; esto corresponde con la bibliografía internacional y estudios realizados a nivel nacional como el realizado por la Dra. Marcela Urroz en su estudio Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del hospital Berta Calderón Roque Enero 2005 a Enero 2010 confirmando a la multiparidad como un factor de riesgo para desarrollar neoplasia intraepitelial.

En relación al inicio de vida sexual, 60 pacientes (62.5%) correspondió en su mayoría al grupo etáreo de 15 a 19 años, relacionándose con lo descrito en estudios internacionales (Dr. Teodoro Maldonado Carbo en su estudio Correlación Citológica Colposcópica e Histopatológica en pacientes con patología cervical del hospital regional IESS de Ecuador 2011) y estudios nacionales (Dr. Zeledón en su

estudio “Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en el hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paiz 2008). Confirmando que el inicio temprano de las relaciones sexuales constituye un factor de riesgo para padecer neoplasia intraepitelial cervical esto debido a que anatómicamente el cuello uterino durante la adolescencia el epitelio cervical esta inmaduro especialmente a nivel de la zona de transformación donde se encuentra mayor actividad celular y mayor número de mitosis lo cual lo hace vulnerable a la infección por VPH o diferentes ITS favoreciendo el desarrollo de LIE y así tenemos otro factor negativo del embarazo en adolescentes que debido a la disminución de capacidad inmunológica favorecerá el desarrollo de replicación viral de VPH causando así cambios celulares de forma más precoz.

En cuanto al número de compañeros sexuales se encontró que 51 pacientes (45.5%) habían tenido 2 a 3 compañeros sexuales, seguido de 39 pacientes con un compañero sexual como podemos apreciar es cierto que en muchas literaturas se menciona como factor de riesgo que a mayor número de compañeros sexuales mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual como lo es el VPH pero podemos ver que tenemos este otro extremo de 39 pacientes con un compañero sexual que es un grupo significativo lo que se explica que estas pacientes conviven con compañeros sexuales de riesgo que han tenido posiblemente múltiples parejas sexuales o ser portadores de ITS favoreciendo así el desarrollo de lesiones intraepiteliales ;esto se relacionan con los resultados de estudios nacionales de la Dra. Marcela Urroz en su estudio Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del hospital Berta Calderón Roque Enero 2005 a Enero 2010 donde refleja que las múltiples parejas son un factor de riesgo para presentar lesiones Intraepiteliales del cuello cervical , cabe señalar que este igualmente es mencionado en la literatura internacional como un factor de riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales cervicales.

En referencia a los antecedentes del virus de papiloma humano 70 pacientes (62.5%) negaron haber tenido la enfermedad, mientras 42 pacientes (37.5%) afirmaron haber tenido la enfermedad, esto no se relaciona con la información de estudios internacionales donde existe una gran asociación entre este virus de papiloma humano y el desarrollo de neoplasia Intraepiteliales cervical, posiblemente debido a la falta de conocimiento de la enfermedad ya que las mayorías de las paciente presentan un bajo nivel de escolaridad causando un sesgo de información al momento de obtención del dato como sabemos el virus del papiloma humano sea encontrado como principal agente etiológico de esta patología teniéndose concordancia con el estudio nacional del Dr. Guevarra

(resultados Citológicos Colposc6picos e Histopatol6gicos de las lesiones intraepiteliales del c6rvix de la pacientes atendidas en la consulta externa del hospital Berta Calder6n Roque en enero a diciembre 2013) donde se encontr6 un resultado similar.

La citolog6a cervical es un m6todo diagnostico primordial en la detecci6n precoz de lesiones precancerosas de cuello uterino, considerada la herramienta ideal de tamizaje con una sensibilidad del 80-87% lo que sugiere que 13-20% de las mujeres objeto de estudio y frotis interpretado como negativo de hecho tienen alteraciones celulares y con una especificidad del 99.8% lo que sugiere que solo un 0.2% de las veces la prueba da un informe falso negativo. Las lesiones de Atipia Escamosa encontradas en el reporte citol6gico fue de 9.8% (11) seguido de la atipia glandular que fue 2.6%(3) lo cual se acerca a los porcentajes que reporta la literatura revisada (Zeled6n E.: Correlaci6n citol6gica, colposc6pica e histol6gica de las lesiones pre malignas de c6rvix, HFVP 2008).

De las lesiones intraepiteliales seg6n la citolog6a la que m6s se presento fue la LIEAG 52.6%(59 casos) y menor porcentaje las LIEBG 34.8%(39 casos) contrario a lo encontrado Liliam Feliz en su estudio de (Correlaci6n diagnostica Citologica Colposc6pica y biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical en el Hospital de la Mujer Dominicana a6o 2011) (Zeled6n E.: Correlaci6n citol6gica, Colposc6pico e histol6gica de las lesiones pre malignas de c6rvix, HFVP 2008) , donde las lesiones pre-invasiva de c6rvix m6s frecuentemente encontrada fue la lesi6n intraepitelial de bajo grado, pero se correlaciona con el estudios del Dr. Guevarra (resultados Citol6gicos Colposc6picos e Histopatol6gicos de las lesiones intraepiteliales del c6rvix de la pacientes atendidas en la consulta externa del hospital Berta Calder6n Roque en enero a diciembre 2013) donde se encontr6 un resultado similar posiblemente esta diferencia puede estar influenciada por el tiempo de evoluci6n de la infecci6n por VPH a los cofactores que porta cada paciente para evolucionar a una lesi6n de bajo o alto grado como sabemos la literatura menciona que existe una regi6n de la infecci6n de m6s del 80% y que solo un 25 % evolucionaran a una lesi6n de bajo grado de las cuales un 5 a 10 % a una lesi6n de alto grado lo cual va a variar debido a las caracter6sticas de cada paciente.

La colposcopia es un m6todo diagnostico con el cual es posible reconocer delimitar y diagnosticarlos diferentes aspectos normales y anormales del exoc6rvix, vagina y genitales externos la cual se basa en la evaluaci6n de la zona de transformaci6n con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 51%. En el reporte colposc6pico que consideramos en nuestro estudio (NORMAL, LIEBG Y LIEAG) encontramos que LIEBG 53.5%(60 casos) y LIEAG 40.1%(45 casos) donde las LIEBG fueron las m6s frecuentes lo cual se asemeja al estudio realizado

por Dr. Guevarra (resultados Citológicos Colposcopicos e Histopatológicos de las lesiones intraepiteliales del cérvix de las pacientes atendidas en la consulta externa del hospital Berta Calderón Roque en enero a diciembre 2013) donde lo reportado por colposcopia que más se presentó fueron las lesiones de bajo grado.

En el estudio Histopatológico de una muestra tomada con colposcopio ofrece una mayor certeza diagnóstica con una seguridad diagnóstica del 89-98% y posibilidad de falsos negativos de 47% y con una especificidad del 96% para detectar lesiones de alto grado invasor cuando se correlaciona con una citología. Los resultados Histológicos reportados las lesiones que más se presentaron fueron LIEAG 55.3% (62 casos) LIEBG 39.2% (44 casos) relacionándose fuertemente con los resultados citológicos donde las LIEAG fueron 52.6% (59 casos) lo cual no se relaciona en estudio realizado en el Hospital Escuela Fernando Vélaz Paiz, en el Departamento de Ginecología donde se estudió la correlación citológico, colposcópico e histológica de las lesiones pre malignas 2007-2008 donde no se presentó más LIEBG en los reportes Histológicos pero este comportamiento no fue así en el estudio Dr. Guevarra (resultados Citológicos Colposcopicos e Histopatológicos de las lesiones intraepiteliales del cérvix de las pacientes atendidas en la consulta externa del hospital Berta Calderón Roque en enero a diciembre 2013) donde se encontró un resultado similar igualmente en el estudio de la Dra. Marcela Urroz en el HBCR 2010.

Con respecto al tiempo de la toma de la Biopsia de cérvix al resultado de la misma en las pacientes con lesión Intraepiteliales fue de 66.9% (75) de 1 a 2 meses considerándose un periodo de espera corto para realizar un diagnóstico definitivo lo cual orienta a una mejoría de la atención en este medio diagnóstico ya que en estudios nacionales anteriores el tiempo de espera de resultado de biopsia era más largo lo cual se evidencia en el estudio del Dr. Guevara (resultados Citológicos Colposcopicos e Histopatológicos de las lesiones intraepiteliales del cérvix de las pacientes atendidas en la consulta externa del hospital Berta Calderón Roque en enero a diciembre 2013) donde el tiempo de espera que predominó fue de 3 a 5 meses.

Al asociar los resultados Citológicos – Colposcópico tenemos que en la población estudiada (112 casos); encontramos que atipias escamosas (9.8%) de estos según la colposcopia 8 casos (72.7%) son LIEAG, de las atipias glandulares (2.6%) 2 casos (66.6%) fueron LIEAG lo cual no se asocia con la citología

Según la citología LIEBG 39 casos (34.8%) de estos por colposcopia se reportaron 23 casos (58.9%) de LIEAG Y 13 casos (33.33%) fueron LIEBG de las

lesiones de alto grado reportadas por citología que fueron 59 casos (52.6%) por colposcopia se reportaron que de estas 45 casos (76.2%) fueron lesiones de bajo grado lo cual no demuestra asociación entre la citología y colposcopia resultado que se asocia al estudio de la Dra. Marcela Urroz donde no se presentó asociación de estos dos medios diagnósticos. Esta falta de asociación se debe posiblemente debido a un equipo no adecuado o a falta de entrenamiento del personal médico en la realización de este procedimiento diagnóstico, falta de supervisión y controles de calidad en el proceso del mismo ya que es un hospital escuela donde se preparan especialistas aunque también por otra parte algunos estudios coinciden en que la especificidad de la colposcopia no es elevada, o sea no da un diagnóstico de certeza, pero sí orienta en gran medida si se trata de alteraciones que sugieran lesiones de bajo o de alto grado, así como de cáncer cérvicouterino no obstante guarda vital importancia desde el punto de vista clínico ya que su reporte depende del grosor del epitelio afectado.

Al analizar la asociación de los resultados Cito-Histológicos tenemos que de la población estudiada (112 casos) la citología reporta 11 casos (9.8%) de atipias escamosas y según la biopsia de estos LIEBG 7 casos (63.6%), LIEAG 4 casos (36.3%), según reporte Citológico se encontraron 3 casos con atipias glandulares de las cuales según la biopsia correspondieron a LIEAG 2 casos (66.6%) LIEBG 1 caso (33.33%).

Con respecto a las LIEBG según la citología se encontraron 39 casos (34.8%) de estos según la biopsia 33 casos (84.6%) fueron lesiones de bajo grado y LIEAG 4 casos (10.2%) lo cual demuestra una muy buena asociación de la citología y biopsia en las lesiones de bajo grado resultados que se relacionan con los resultados de Lilian Feliz quien realizó un estudio de "Correlación diagnóstica entre citología, colposcopia y biopsia en la neoplasia Intraepiteliales cervical, en el hospital de la mujer dominicana, igualmente con el estudio de la Dra. Marcela Urroz en su estudio Correlación citológico, Colposcópico e histopatológico de las lesiones pre malignas del cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del hospital Berta Calderón Roque Enero 2005 a Enero 2010 donde refleja una asociación de la citología y biopsia en más del 80%.

Según el reporte de citología de las usuarias 59 casos (52.6%) fueron LIEAG de estos según el resultado de biopsia 52 casos (88.1%) LIEAG, LIEBG 3 casos (5.08%) lo cual tiene una muy buena asociación, de la citología y Histología en el diagnóstico de lesiones de alto grado evidenciándose que se presentan en mínima cantidad falsos positivos que correspondieron en un 5% del total de citologías con LIEAG a lesiones de bajo grado en el reporte de biopsia.

En cuanto a relación de los resultados Colposcopia e Histología tenemos que en la población estudiada (112 casos), de estos 105 casos se vieron afectadas colposcopicamente. Según la biopsia de cérvix LIEBG 41 casos (36.6%) y de estos por colposcopia 23 casos (56%) LIEAG, LIEBG 13 casos (34.1%) lo cual no se asocian en los resultados de la biopsia.

Según la biopsia LIEAG 63 casos (56.25%) de estos según la colposcopia 40 casos (63.4%) fueron LIEBG, LIEAG 20 casos (31.7%) observando poca asociación entre estos dos medios diagnósticos

Conclusiones

- En relación a datos generales de las pacientes estas se caracterizaron en su mayoría mujeres en edad reproductiva (30-39 años), de escolaridad media (primaria), de procedencia urbana.
- En inicio de vida sexual precoz fue el que más predominó, con dos a tres compañeros de vida de gestación múltiparas en su mayoría.
- Las alteraciones reportadas por citología fueron LIEAG, seguida de las LIEBG.
- La colposcopia reporta un alto porcentaje de LIEBG (53.5 %) seguida de las lesiones de alto grado LIEAG (40.1%).
- Los resultados de la biopsia que en mayor porcentaje y frecuencia se presentaron fueron LIEAG seguida de las LIEBG.
- El tiempo de espera para los resultados de la biopsia es de 1 a 2 meses para un diagnóstico definitivo de las pacientes.
- De los medios diagnósticos que mayor asociación se obtuvo fue la citología con la histología en más del 85%.
- La colposcopia y la citología no hubo una asociación significativa solo del 33% con respecto a las lesiones de bajo grado y de 20% para las lesiones intraepiteliales de alto grado.
- La colposcopia y la biopsia no se asociaron significativamente solo 34% para las lesiones de bajo grado y 31 % para las lesiones intraepiteliales de alto grado.

Recomendaciones

- ❖ A las autoridades del MINSA junto a la dirección materno infantil y con ayuda de entes gubernamentales y asociaciones médicas elaboren una estrategia como plan educacional hacia la realización del Papanicolaou, de sus beneficios y de su importancia, haciéndose a través de medios publicitarios de todas las formas y que este llegue a todas las mujeres del país.
- ❖ A través de las autoridades del MINSA y el departamento de la mujer junto a la dirección de docencia e investigación del MINSA y los profesionales Ginecólogos y Oncólogos se elabore un protocolo de formación y capacitación a todos los ginecólogos del país en el estudio colposcópico del cérvix para que brinden en sus respectivas regiones una atención con calidad y establecer un manejo oportuno de las lesiones intraepiteliales del cérvix y evitar muertes por CACU.
- ❖ A los directores de SILAIS de hospitales y de centros de salud donde se brinda el servicio de colposcopia y biopsia, establezcan un plan de vigilancia estricta y de forma periódica los médicos que están realizando estos procedimientos, lo que permitirá incidir sobre las fallas y elevar cada día más el nivel de atención que se brinda a la mujer.
- ❖ A los directores de hospitales en que se brinda el servicio de patología, crear un mecanismo de estandarización, de acuerdo a las normas emitidas por el MINSA, en que el resultado de una biopsia no pase de 4 a 6 semanas, lo que permitirá agilizar el manejo oportuno de las pacientes con lesiones cervicales.
- ❖ A las autoridades de la unidad de salud en el cual se realizó este estudio, deberá utilizar los resultados para hacer un hincapié en las fallas y con ello crear un plan de mejoramiento para el manejo oportuno de las pacientes con lesiones cervicales.

Bibliografía

1. *Correlacion Citologica ,Colposcópica e Histopatológica en pacientes con patología cervical Hospital regional 2 IESS DR Teodoro Maldonado 2010-2011.* Arauz, Janet. 2011, tesis.
2. *Correlacion Diagnostica entre Citología ,Colposcopia y Biopsia en la Neoplasia Intraepitelial Cervical Hospital De la Mujer Dominicana.* Feliz, Liliam. 2011, tesis.
3. *Concordancia Citocolpohistologica En Pacientes Con Lesion Intraepitelial Escamosa Cervicouterina de Bajo Grado.* Casanova, Felix. 2010, Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecologia, págs. 399- 408.
4. *Correlación citológica, colposcópico e histológica de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Páiz.* Zeledon, E. 2008, TESIS.
5. *Correlación citológica, colposcópico e histológica de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en la Clínica de Patología Cervical del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el período de Enero 2005 a Enero 2010.* Urroz, , Marcela. 2010, monografía.
6. *Resultados citológico, colposcópico e histopatológico de las lesiones Intraepiteliales del cervix en pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología HBCR perodo enero 2012 diciembre 2013.* Guevara, Anival. 2013, tesis.
7. *Cancer Cervicouterino.* Chavarro, Nelly, Arroyo , Gabriel. 2009, Anales de Radiologia, págs. 61-79.
8. Berek, Jonathan, s y col. *Ginecologia Oncologica Practica.* cuarta edicion : MC Graw Hill, 2006. págs. 340-347.
9. *Citologia de Base Liquida.* Paolo, Ricci y Col. 2004, Revista Chilena de Ginecologia y Obstetricia.
10. *Papanicolau Notas para la Historia.* Gonzales, Martinez, gerardo, George N. 2005, Revista Venezolana de Ginecologia y Obstetricia.
11. *colposcopia breve reseña historica.* Sosa, Maria Beatriz.2002.
12. Disais Philip, Creasman MD William. *Ginecologia Oncologica y Clinica* quinta edicion. mexico : s.n., 1998, págs. 1-27.
13. Robin, Cotrain v et. *Patologia Estructural y funcional.* DF Mexico sexta edicion : Interamericana, 2000, págs. 1996-1202.

14. Gonzales, Merlo y Col, y. *Oncología Ginecologica*. Barceona , España : Salvat S.A, 1991.
15. Perez, Sanchez. *Ginecologia*. santiago de chile : Mediterraneo.
16. Disais Philip, Creasman MD William. *Ginecologia Oncologica y Clinica* quinta edicion. mexico : s.n., 1998, págs. 10-35
17. Copeland, Larry, Jarrell ,MD. *Ginecologia*. Buenos Aires Argentina : segunda edicion Panamericana, 2002, págs. 961-964.
18. Omier D Taylor, E. *Prevalencia de Enfermedad de transmisión sexual y su relación con lesiones premalignas en Corn Island y Laguna de Perlas en 1992* Tesis Unan Managua .
19. Palo, Montanari y de. *Estudio Citologico y Biopsia. Estudio Citologico y Biopsia*. Buenos Aires Argentina : panamericana, 1996, págs. 23-30.
20. OPS. *Organizacion Panamericana de la Salud , Manual de Normas y Procedimientos Para el Control de Cancer cervicouterino*. 1999.
21. Ministerio de Salud, Nicaragua. *Normas de Prevencion y Atencion del Cancer Cervicouterino*. Managua : s.n., 2009.
22. Danfort. *Tratado de Obstetricia y Ginecologia*. mexico : paginas 845-876, 2000.
23. Seidl, Stephan. *Colposcopia Practica Compendio y Atlas*. pagina 11-23 : Manson Española, 2002.
24. Salud, Ministerio de. *Protocolo de Atencion del Cancer Cervicouterino Atraves de IVAA Y Crioterapia*. Nicaragua : s.n., 2010.
25. *Organizacion Panamericana de la Salud , Manual de N .*

Anexos

ASOCIACION DE LOS RESULTADOS CITOLOGICO, COLPOSCOPICO E HISTOPATOLOGICO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CERVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ESCUELA "BERTHA CALDERON ROQUE , ENERO 2017- DICIEMBRE 2017.

Ficha de recolección de la información:

No. De ficha: _____

No. De expediente: _____

Origen: _____

1- Perfil de la paciente:

1.1 Edad: _____

1.2 Escolaridad: Analfabeta __ Primaria __

Secundaria __ Universitaria _____

1.3 Procedencia: urbano _____ rural _____

1.4 Ocupación: Ama de casa _____

Domestica __ comerciante __ Estudiante _____

Profesional _____

1.5 Estado Civil: Casada _____ Soltera _____

Unión Libre _____

2 .Antecedentes gineco obstétricos.

2.1 IVSA: _____

2.2 No. de compañeros sexuales: _____

2.3 Gestas: Primigesta (1) _____ Trigesta (3) _____

Bigesta (2) _____ Multigesta (4 o +) _____

2.4 Paras: Nulípara _____ Multípara _____

3 Antecedentes de ETS: VPH _____

4- Resultado de Papanicolaou:

Negativas para células malignas: Sí _____ No _____

3 Inflamación Sí _____ No _____

Gardenerella Sí___ No___
Candidassp. Sí___ No___
Bacterias cocoides Sí___ No___
Tricomonas Sí___ No___
Atrofia Sí___ No___
Cambios regenerativos Sí___ No___
Atipia Sí___ No___
Atipia Escamosa de significado indeterminado: Sí___ No___
Atipia Glandular Sí___ No___
Lesión Escamosa Intraepiteliales: Si _____ No_____
Bajo grado _____ Alto grado_____
Infección por VPH Sí___ No___
Carcinoma in situ Sí___ No___
Carcinoma de células Escamosa Invasor: Sí___ No___

4. Colposcopia

Normal ___ LIEBG ___
LIEAG_____
Zona de transformación Sí___ No___
Mosaico Sí___ No___
Punteado Sí___ No___
Epitelio blanco Sí___ No___
Vasos atípicos Sí___ No___
Carcinoma invasor sospechoso Sí___ No___
Modificaciones inflamatorias Sí___ No___
Modificaciones atróficas Sí___ No___
Erosión Sí___ No___
Condiloma Sí___ No___
Papiloma Sí___ No___
Otros Sí___ No___

6-Tiempo transcurrido del resultado de biopsia a su toma

1m – 2 meses: ___ 2m – 4 meses: ___

Mayor de 6 meses ___

7- Resultado de Biopsia:

Infección por VPH ___

LIEBG/ NIC I ___

LIEAG / NIC III NICII ___

Carcinoma in situ ___

Carcinoma de células Escamosa Invasor: ___

Grafico No. 1

Edad de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017

N=112

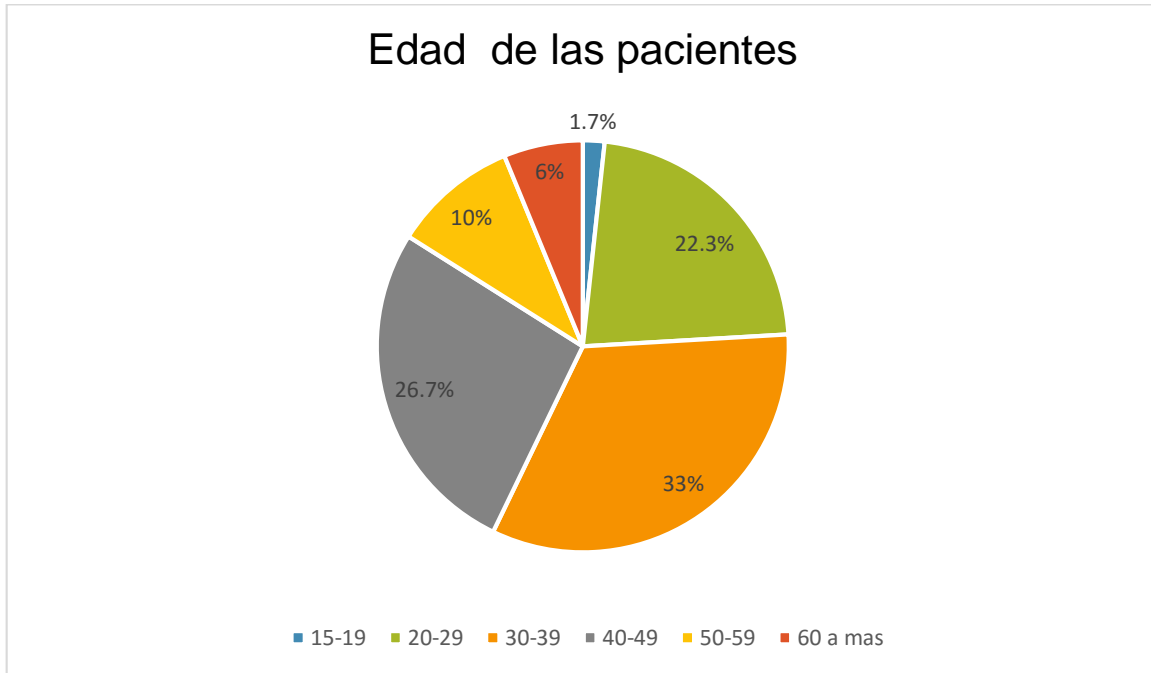
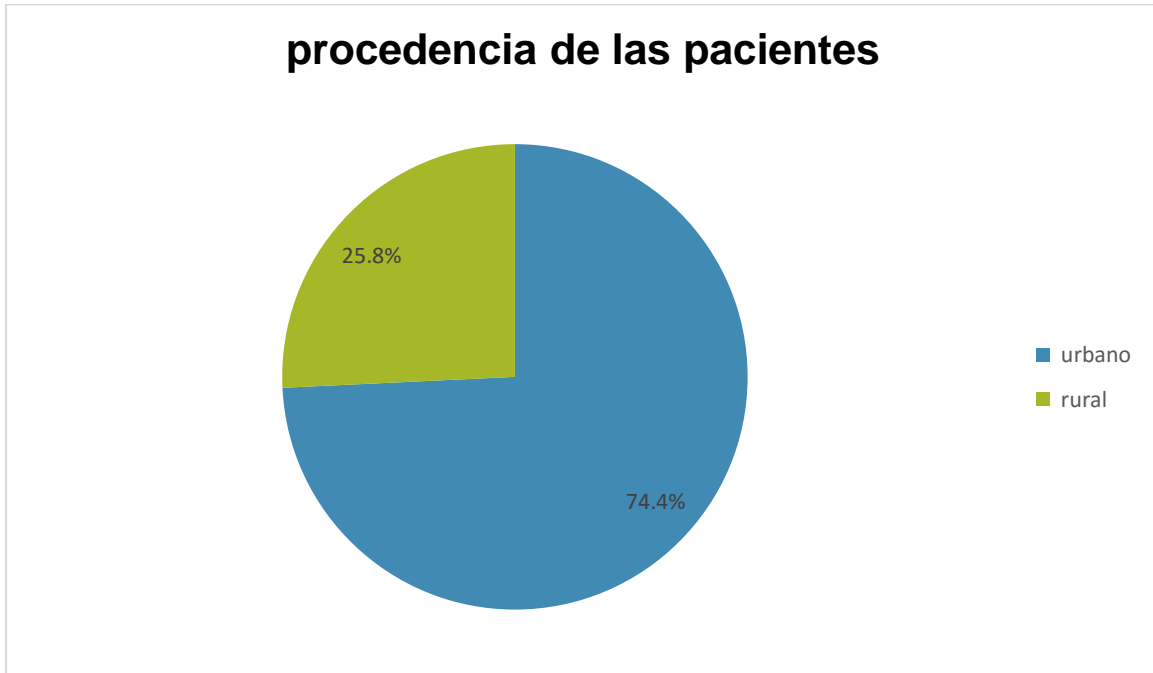


Grafico No.2

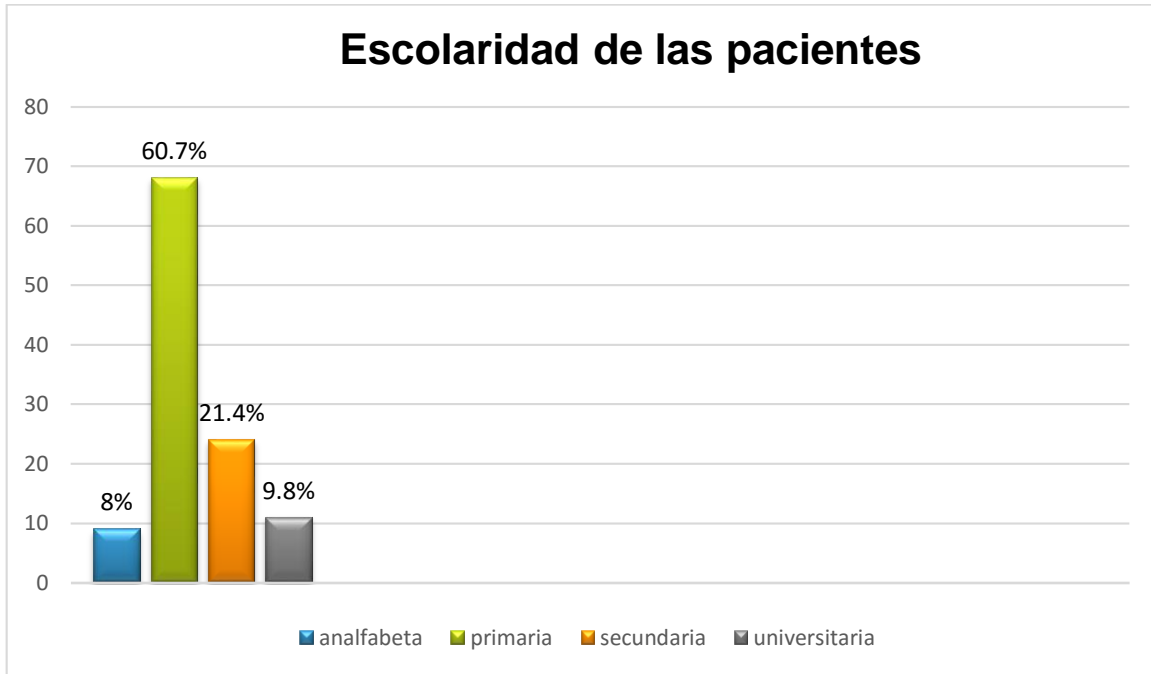
Procedencia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.3

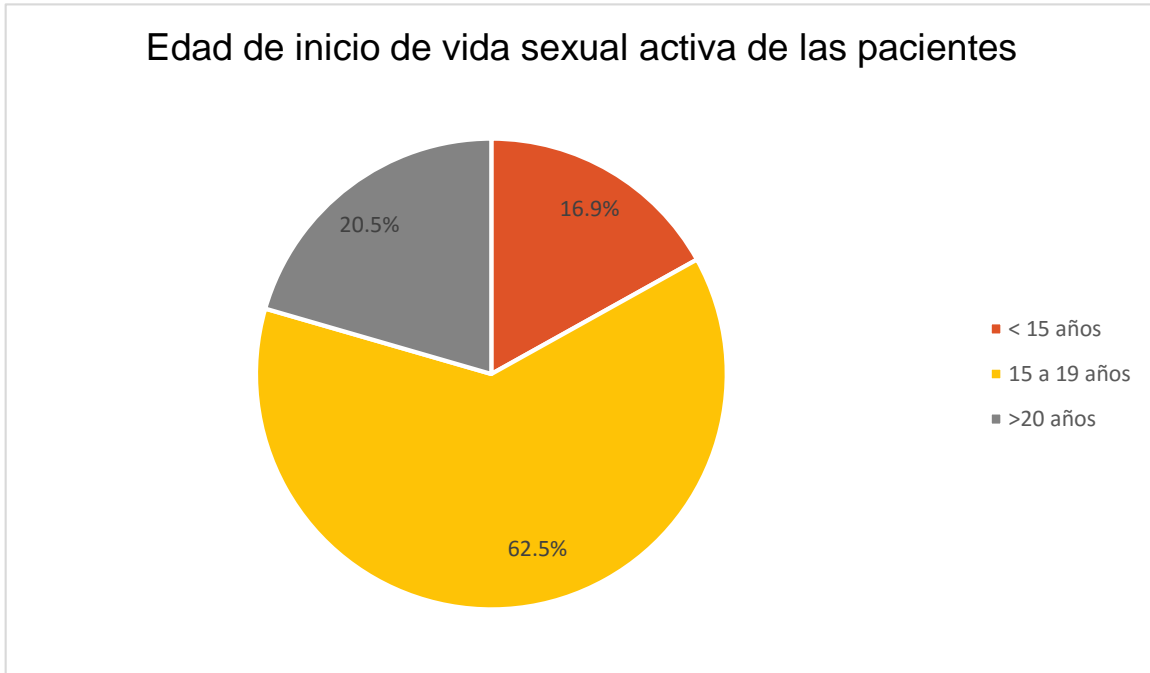
Escolaridad de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.4

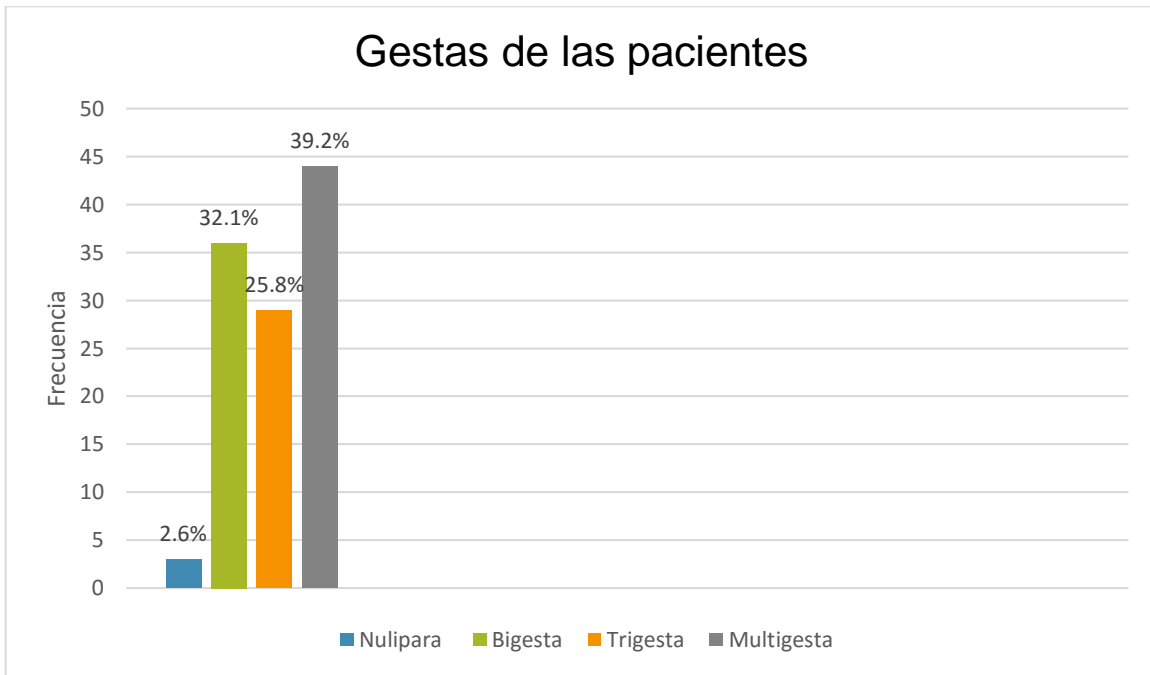
Edad que Iniciaron vida sexual las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: tablas de resultados

GraficoNo.5

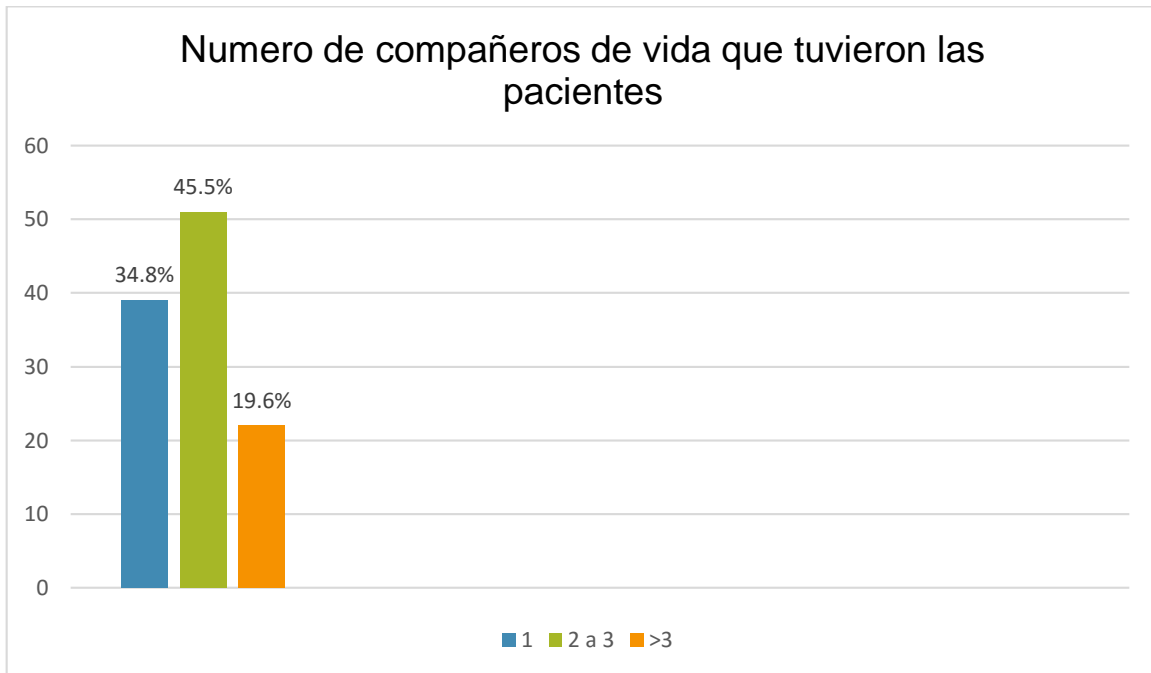
Gestas de las pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

GraficoNo.6

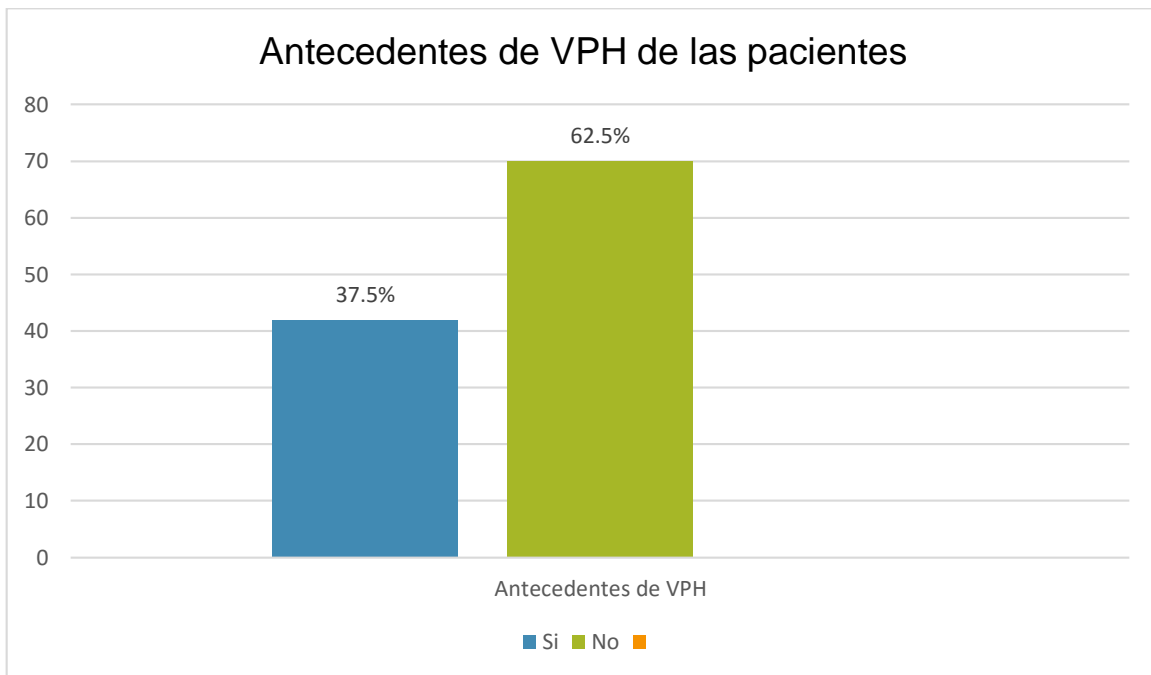
Numero de compañeros de vida que tuvieron las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico.7

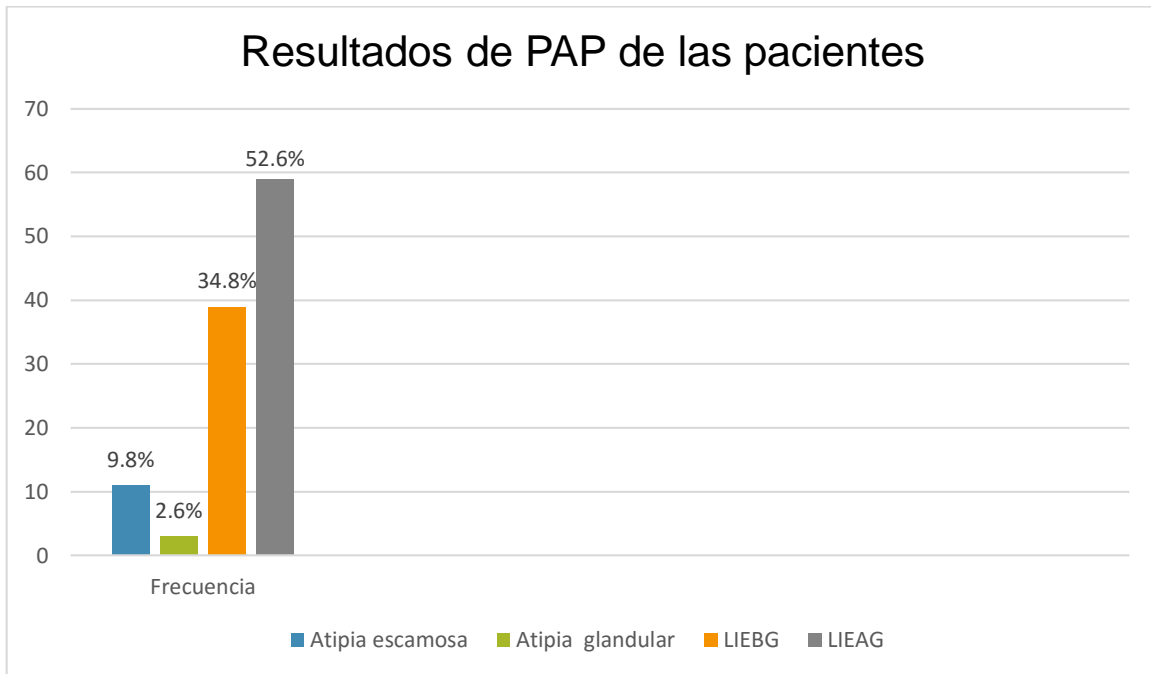
Antecedentes de VPH de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.8

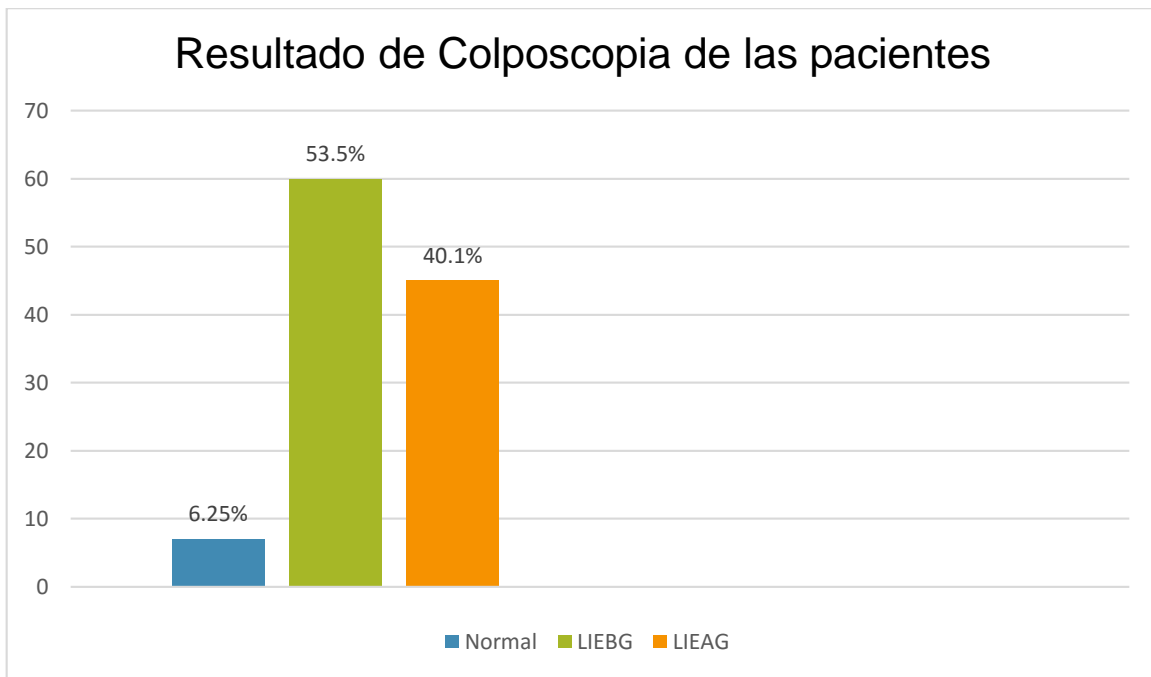
Resultado de PAP de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.10

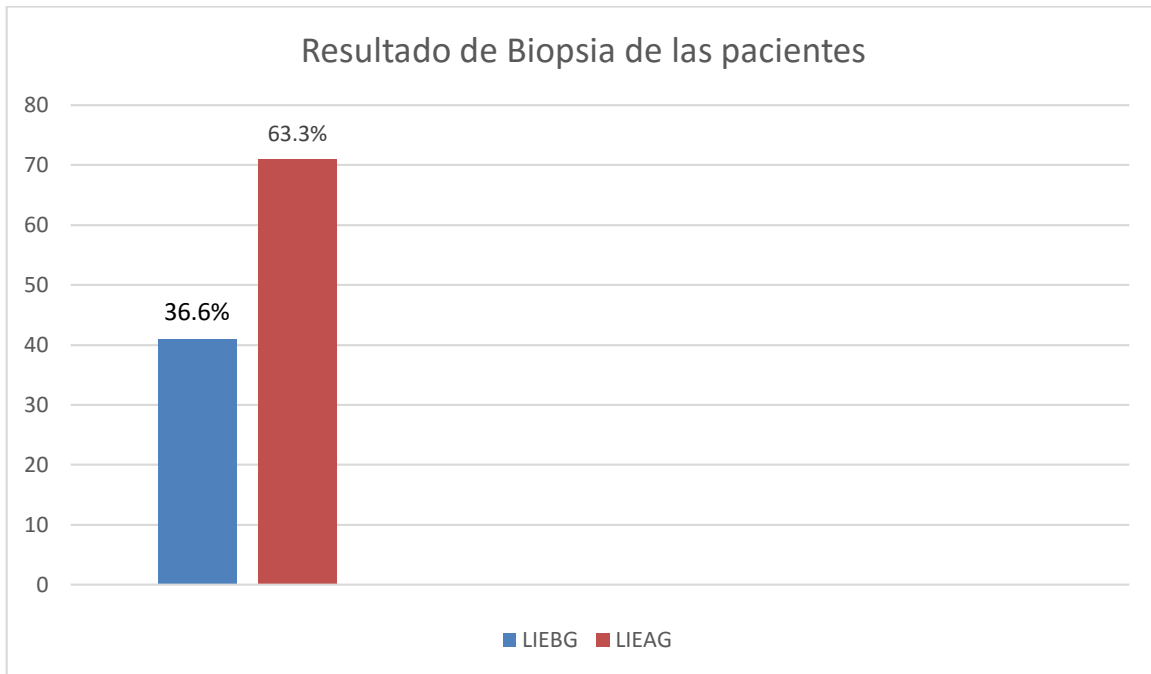
Resultado de colposcopia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.10

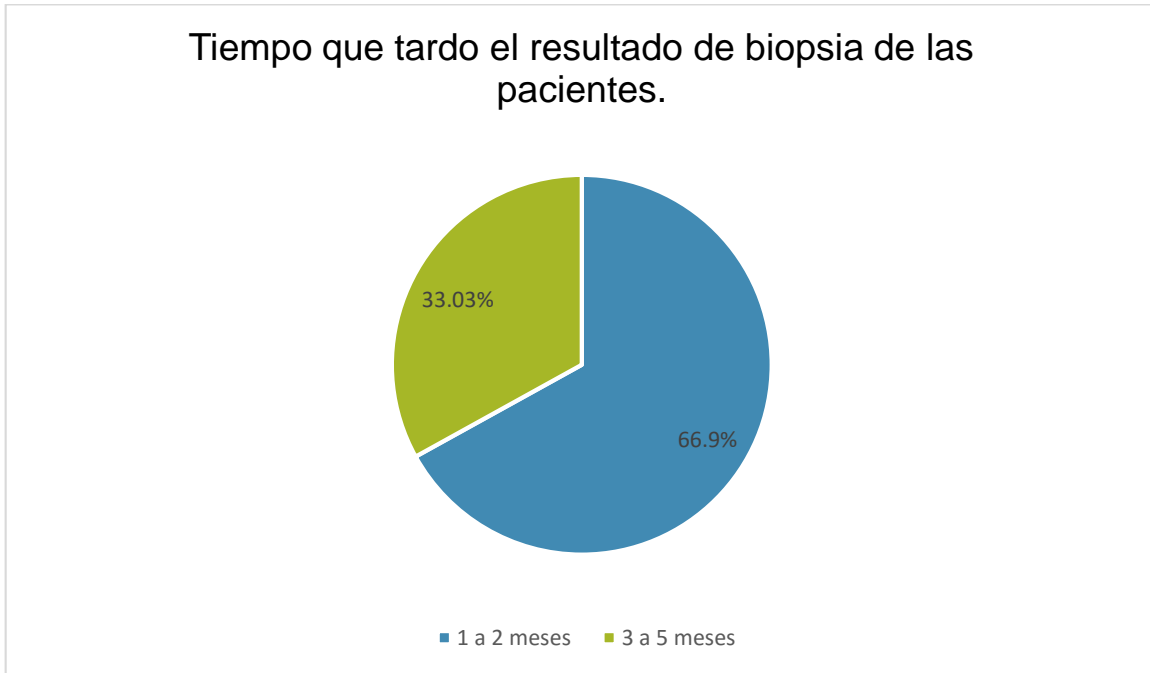
Resultado de biopsia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterado Año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados

Grafico No.11

Tiempo que tardo el resultado de biopsia de las pacientes que asistieron a consulta externa de Ginecología HBCR con PAP alterados año 2017.



Fuente: Tablas de Resultados