

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE MEDICINA -MANAGUA-NICARAGUA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Enero 2015 - octubre 2015.

AUTORA:

Dra. Jessica Elizabeth Moreira Loaisiga.
Médico residente de ginecoobstetricia.

TUTOR:

Dr. Horacio Mendoza.
Ginecólogo obstetra.
Ginecólogo oncólogo.

TUTORA METODOLOGICA:

Lic. Rosa Julia Gómez.
Mrs. En metodología de la investigación.

OPINION DEL TUTOR

El cáncer de cérvix representa una patología muy frecuente a nivel mundial, siendo este prevenible, detectable y curable, el diagnóstico oportuno y el abordaje terapéutico cobran una especial relevancia en los sistemas de salud, llevando al desarrollo de más clínica para el manejo de lesiones tempranas de cérvix y en nuestro hospital contamos con este servicio, el cual está para tratar y apoyar a las pacientes que enfrentan este problema, pues sabemos el impacto que sufre la mujer ante una patología que amenaza su vida y su sexualidad.

Este esfuerzo realizado de manera excelente por la Dra. Jessica Moreira es muy importante, porque nos permite conocer a través de un método científico la evolución en el abordaje, en los resultados obtenidos por este servicio, que representa una importante alternativa para tratar a nuestras pacientes con lesiones tempranas, servicio en el que además se brinda la formación y entrenamiento a médicos residentes y ginecólogos de todo el país.

Considero que el presente estudio recoge una información importante sobre la experiencia que se está llevando a cabo en el Hospital Bertha Calderón, nos permite identificar los resultados actuales y compararlos con estudio muy similar realizado hace 5 años, nos aporta datos relevantes que nos deben de alentar a tratar de hacer el diagnóstico más temprano y dar un mejor seguimiento y consejería a las pacientes para que no desistan de acudir a sus citas.

Es importante fomentar los estudios en los que se recoja nuestra experiencia clínica o quirúrgica y que puedan servir para retroalimentar a nuevas generaciones y documentar de una manera científica el trabajo que día a día se realiza en este centro con nuestras pacientes, el cual debe de estar acorde con la literatura y la práctica científica a nivel internacional.

Felicito a la Dra. Moreira por su dedicación a este trabajo el cual espero sea de gran valor y utilidad a nuestra institución y el Ministerio de salud por toda la información que aporta.

Dr. Horacio Mendoza Soriano
Ginecólogo Obstetra
Ginecólogo Oncólogo

DEDICATORIA

Dios.

Mi familia.

Pacientes que acuden al HBCR.

Personal de enfermería.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por permitirme alcanzar mis metas y cuidarme a cada momento.

A mi familia:

Por brindarme el apoyo incondicional.

A mis docentes:

Por transmitirme sus conocimientos.

RESUMEN

Se realizó un estudio Descriptivo, Observacional, retrospectivo, de corte transversal, de correlación entre las biopsias tomadas por colposcopia y Asa diatérmica ; en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua; a partir de enero- octubre 2015. Se seleccionaron los expedientes de las pacientes con lesiones de alto grado en el periodo antes mencionado, se recolectó la información mediante los expedientes clínicos y ficha estructurada con todos los datos más importantes de las pacientes, se tomaron un total de 288 pacientes, de cuales 140 fueron motivo de estudio, con el objetivo de determinar la correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica.

Llegando a los siguientes principales resultados:

La edad en la que frecuentemente se presentan las lesiones de alto grado es la de 24-34 años 47.9% (67); En biopsias dirigida por colposcopia; el 45%(63) son lesiones de alto grado, seguida del grupo de 35-49 años 31.4%(44).El diagnóstico de correlación colposcopia - ASA diatérmica reportó, adecuada correlación para lesiones de alto grado 77.1%, carcinoma microinvasor 0.7%(1), carcinoma escamoso invasor 1.4%, no hubo correlación en un 16.4%

Con relación a los márgenes se reportaron que en las lesiones de alto grado, márgenes tomados 25%; El motivo por cual no fueron valorable histológicamente las asas diatérmicas fue principalmente por fragmentos 9.2%. En cuanto al perfil del profesional que realiza el procedimiento y diagnóstico histológico por asa diatérmica, un 45% fueron supervisadas por médico residente.

Por lo cual se plantea la siguiente recomendación:

Continuar la educación médica con un equipo multidisciplinarios ginecólogos, patólogos, que permitan la realización de procedimientos diagnósticos-terapéuticos adecuados y oportunos permitiendo el reforzamiento sobre técnica y evaluación colposcópica, así como técnica de escisión mediante asa diatérmica y establecer una curva de aprendizaje, para médicos en formación.

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Material y métodos.....	47
Resultados.....	50
Discusión y análisis de los resultados.....	56
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	67
Anexos.....	69

I. INTRODUCCION

En muchos países desarrollados, los últimos 30 años fueron testigos de la incidencia y mortalidad por cáncer cervical. La descripción de la técnica citológica para detectar cáncer de cérvix que efectúa Papanicolaou en 1941 dio origen a una de las pruebas de detección precóz más exitosos del mundo. (1)

El cáncer de cuello uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres provenientes de los países en desarrollo y ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.

Entre los métodos de diagnóstico del cáncer de cérvix más utilizados a nivel nacional son la citología cervical o examen del Papanicolaou, el cual es el método de elección y la forma más sencilla para la prevención oportuna de este.

La Organización Panamericana de la Salud (2013), publicó en su estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América y el Caribe que cada año 71,862 nuevos casos son diagnosticados en el subcontinente y más de 32,000 afectadas fallecen en la región.

En Nicaragua se diagnosticaron 6,200 casos nuevos en el 2012 y fallecieron 310 mujeres, 25 decesos al mes. Según las estimaciones mundiales todos los años surgen 493, 000 casos nuevos y 274,000 mujeres mueren anualmente.

Nicaragua es a nivel mundial el segundo país, después de Haití con la tasa de incidencia más elevada de cáncer de cuello uterino con 39 casos por 100, 000, un 83% de los casos tiene lugar en los países en desarrollo donde los programas de detección y prevención no están bien definidos.(2)

El arribar a un diagnóstico de certeza puede ser muy dificultoso en lesiones premalignas cuando existe discordancia entre la Citología Exfoliativa exocervical, la Colposcopia y el resultado de las Biopsias puede ser muy

difícil. En estos casos, si se confirma la discordancia a pesar de las interconsultas con especialistas y las revisiones de los preparados histopatológicos, es necesario la realización de una Biopsia Ampliada Diagnóstica.

Por tanto, es necesario un estudio histológico del cuello del cérvix para diagnóstico y tratamiento precoz de lesiones sospechosas en los estudios macroscópicos, colposcópicos y citológicos. (5)

La biopsia incisional guiada mediante colposcopia es un procedimiento puramente diagnóstico en mujeres con citologías anormales, cuyo valor depende casi exclusivamente de la calidad de la colposcopia. La escisión electroquirúrgica con asa, usada como procedimiento terapéutico y diagnóstico, que para efectuarse, se auxilia de una adecuada colposcopia que muestre la zona de transformación y el canal endocervical libre de lesión, es el procedimiento diagnóstico y terapéutico usado en el manejo de lesiones de alto grado.(5)

El tratamiento de las lesiones preinvasivas en Nicaragua ha evolucionado desde los medios de intervención quirúrgica hospitalaria hasta el tratamiento ambulatorio de las pacientes.

La escisión electroquirúrgica con asa se ha empleado hace más de 10 años. Por tanto abordar este tema permitirá evaluar la calidad de atención que ofrece el hospital de referencia nacional. (Hospital Bertha Calderón Roque).

1.1 ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar en frecuencia en todo el mundo y es el principal en la mayoría de los países en vías de desarrollo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En el mes de enero a junio 2015 se determinaron las pruebas de detección del cáncer cérvico uterino, la frecuencia de cambios celulares del cérvix sospechosas, y asociadas al virus del papiloma humano. El estudio fue descriptivo de corte transversal en el Hospital Bertha Calderón Roque cuyo universo fueron 181 mujeres atendidas en consulta externa, de las cuales resultaron 83(45.8%) mujeres con PAP positivo y diagnosticadas con VPH.

Según los resultados las pruebas diagnósticas utilizados fueron citológicos (PAP) y biopsia por conización mediante asa diatérmica con un 100%. No se realizan métodos moleculares para la detección del virus.

Los cambios morfológicos obtenidos a partir de citología cervical y biopsia fueron la lesión de bajo grado o NIC I con el 14% detectado mediante colposcopia y para Condiloma un 11% a través de biopsia. Las lesiones escamosas de alto grado, se obtuvo un 33% para NIC III mediante biopsia por asa diatérmica. (10)

En el caso de ASCUS detectaron en un 22% a través de PAP. observaron que la mayor prevalencia de VPH fue en mujeres en las edades entre 19-48 años con un 70%.

En conclusión, los métodos de diagnóstico más utilizados fueron los citohistológicos, y la lesión escamosa de alto grado con mayor porcentaje.(10)

En el periodo enero – diciembre 2011 investigaron la correlación diagnóstica entre las biopsias tomadas en el hospital Bertha Calderón, en el cual se concluyó que existía una adecuada correlación entre las lesiones intraepiteliales de alto grado con 78.3% de coincidencia diagnóstica y permitió filtrar carcinoma microinvasores

con diagnóstico previo de LIEAG por colposcopia (4.3 % y 2.2 % respectivamente, los márgenes quirúrgicos resultaron positivos en 58.8% , el 90% para LIEAG, 7% para LIEBG y 3% para cáncer invasor de todos. La mitad de las pacientes intervenidas (52.9%) tenían entre 20-34 años. (11)

En los carcinomas invasores se encontró una correlación baja del 20%, tras la biopsia por ASA, en ese momento encontró un único caso, en el cual por colposcopia fue valorada como lesión de bajo grado y se descubrió que se trataba de un carcinoma invasor del cérvix. (7)

En el año 2011 se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo en 2696 expedientes clínicos correspondientes a pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino y lesiones de alto grado en donde el 36.2% se diagnosticó y trató entre los 31 y 40 años, el 60% inicio precozmente relaciones sexuales , 80% fumadoras, 93.5% tenían el VPH en el resultado histológico.(12)

En el mismo año se realizó un estudio de correlación colpohistológico en pacientes con lesiones premalignas del cérvix en lo que se concluyó que la relación colpohistológica fue alta en las 2657 pacientes estudiadas. Donde en el 89% de los casos fue positiva, 95% relacionada a Lesiones de alto grado, 6% insatisfactorias.(13)

En el 2013 estudiaron el comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello, encontrando que la edad más frecuente fue entre 25-44 años, el 67.1% inicio vida sexual a los 16-20 años, en 72,6 % las lesiones se asociaron a VPH, en 53 % se les realizó cono por bisturí frío, y 9 histerectomía total 8139.

En la universidad de camaguey 2014 realizaron estudio histológico de conización con ASA diatérmica en pacientes con lesiones del cérvix y encontraron que el 50.77% tenían lesiones , 84% se reportaron bordes libres, 98.46 de las pacientes presentaron colposcopia sospechosa .(14)

1.2 JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar en frecuencia en todo el mundo, y es el principal en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Esta patología asociada al Virus de papiloma humano, (VPH) considerada como infección de transmisión sexual, causa lesiones asintomáticas en el cérvix, que se clasifican según la afección de la capa basal del mismo.

El impacto creciente de las lesiones pre- malignas del cérvix en las últimas décadas, ha obligado a expertos a estudiar diversas alternativas de manejo cada vez menos invasivo a fin de preservar la fertilidad en las mujeres jóvenes nulíparas con deseos de reproducción, al mismo tiempo se constituye en un procedimiento exitoso para el manejo de las lesiones tempranas dado a su abordaje rápido, barato, ambulatorio y de fácil seguimiento por citología continua.

El cáncer cervicouterino, es prevenible, y es por ello q se han diseñado estrategias, para q la población tenga acceso a los medios diagnósticos, como el PAP y o según sea el caso la realización de colposcopia- biopsia; o como método diagnóstico- terapéutico; el ASA- diatérmica, de manera gratuita.

En nuestro medio, al detectar lesiones de alto grado por citología, se indica como herramienta diagnóstica la colposcopia, y el uso de asa diatérmica; según sea el caso, pero es necesario estudiar la correlación entre ambos métodos diagnósticos, así como evalúa los bordes quirúrgicos de las muestras tomadas en estas pacientes, para así garantizar un adecuado manejo con buen pronóstico y calidad de vida.

Es alarmante conocer la tendencia que tienen las lesiones de alto grado de progresar a un cáncer invasor, asociado esto al índice de falsos negativos para los extendidos de Papanicolaou en presencia de cáncer invasivo del 50 %, resulta imprescindible analizar los resultados que tiene el manejo médico que se les brinda a estas pacientes debido a que cualquier falla o fracaso en el intento de mejorar el pronóstico puede repercutir en su calidad de vida o mortalidad.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El virus de papiloma humano es el virus que más comúnmente se ha relacionado con el cáncer cérvico uterino, causante de las lesiones premalignas de alto y bajo grado, pero que a pesar de ello, son lesiones que pueden ser tratadas adecuadamente, y evitar que evolucionen a cáncer de cérvix.

Es por ello que debe ser de interés los métodos que nos ayuden al diagnóstico y tratamiento, tanto clínicamente como histológicamente.

Por lo que se plantea:

Cuál es la Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Enero 2015– octubre 2015.

1.4 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica así como categoría del personal que realiza el procedimiento, en pacientes del servicio de ginecología en el periodo Enero 2015 - octubre 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los datos socio-demográficos de las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas del cérvix.
2. Describir los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas del cérvix.
3. Identificar el diagnóstico histológico en las lesiones premalignas del cérvix por biopsias guiadas por colposcopia y conos cervicales por ASA diatérmica.
4. Determinar la correlación diagnóstica entre biopsias guiada por colposcopia y ASA diatérmica.
5. Registrar categoría del personal de salud que realiza toma de cono cervicales por ASA diatérmica.

II. MARCO TEORICO

Las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino han sido ampliamente estudiadas y discutidas desde la década de 1930 hasta la actualidad. En 1932 Broders fue quien introdujo el concepto y término de cáncer in situ (Intraepiteliales o pre invasor) de cuello uterino.

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.

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 cérvico uterino.

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 o ausencia total de diferenciación situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión (carcinoma in situ).(1)

Aspectos generales del virus de papiloma humano.

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. De estos el grupo de

tipos considerados de alto riesgo de producir cáncer está constituido por al menos 15 tipos.

El virus del papiloma humano es un virus pequeño (45 a 55 nm) carente de envoltura, termoestables, resistentes al éter este virus afecta la piel y membranas mucosa. Se han identificado más de 100 diferentes tipos de virus del papiloma humano.(1)

Clasificación del virus del papiloma humano

Aunque la mayoría de los casos el virus del papiloma humano produce lesiones benignas algunas pueden llevar al desarrollo de cáncer. En función de estos se clasifican en virus de alto riesgo, bajo riesgo y riesgo indeterminado.(2)

Virus de alto riesgo:

De estos tipos los más importantes son el 16 y 18 siendo responsables de un 70% de los cánceres cervicales los tipos de alto riesgo causan la mayoría de los cánceres de vagina y ano (70% a 90%), un 40% de los cánceres de vulva y pene un 20% de los cánceres oro faríngeos y un 10% de los cánceres de cavidad oral. Dentro de los virus de alto riesgo encontramos los subtipos: 16, 18, 31 33 35, 39,45, 51.

Virus de bajo riesgo:

Los tipos de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales, mientras que otros pueden infectar y no causar signos apreciables. El 90% de las verrugas se deben a los tipos 6 y 11. Dentro de los virus de alto riesgo encontramos los subtipos: 6, 11, 40, 42 ,43 entre otros.

Virus del papiloma humano y cáncer cervical:

El papel oncogénico del virus del papiloma humano fue sugerido por primera vez a principios del 1976 y el primer virus del papiloma humano genital fue identificado en 1978.

En el año 1981-1989 se detectó la presencia de ADN de virus del papiloma humano en neoplasias siendo descrita la capacidad de las proteínas virales E6 y E7 de virus del papiloma humano 16, para infectar queratinocitos humanos.

Ciclo de vida del Virus del Papiloma Humano:

El ciclo de vida del virus del papiloma humano está unido de manera estricta al programa de diferenciación de los queratinocitos, los cuales sirven de huésped. Se piensa que el virus del papiloma humano infecta tejidos epiteliales por microabrasiones siendo integrado por endocitosis, posteriormente invade el núcleo donde se inicia la generación de copias virales las cuales se calculan desde 10 hasta 200 genomas virales por célula.

En la epidermis normal solo las células de la capa basal se divide, el virus del papiloma humano llega hasta ellas y las infecta. Los queratinocitos más superficiales no se dividen, si no se diferencian progresivamente a medida que se acercan al epitelio llevando así cambios secuenciales en los tipos de queratina que producen.

Por lo antes descrito podemos decir que el primer paso en el ciclo de vida del virus del papiloma humano es la infección de la célula basal, posteriormente genes virales pueden producir proliferación de células basales infectadas creando así hiperplasia. Luego que el ADN viral entra en la célula basal puede replicarse de manera limitada en cada célula infectada.

Después de la infección inicial puede haber una fase intermedia de replicación del ADN viral que es estable y sincrónica con el ADN de la célula. Esta fase permite que las células basales hijas mantengan un número suficiente de copias virales para que persista la infección en estado de latencia.(3)

Transmisión:

El virus del papiloma humano generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales anales y vaginales) otros tipos de contactos genital sin penetración (contacto oral-genital, manual –genital, genital-genital) pueden causar una infección por el virus del papiloma humano, pero esas vías de transmisión son mucho menos frecuentes que la relación sexual con penetración. Se admite un pequeño porcentaje de transmisión por fómites.

Factores de riesgo para la infección:

No se reconoce exactamente los factores de riesgo específico en la adquisición de la infección por virus del papiloma humano desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo es importante discutir aquellos factores, asociados al virus del papiloma humano y que influyen en el desarrollo de enfermedad cervical. Se considera que los factores de riesgo en la adquisición del virus del papiloma humano son similares a aquellos para neoplasia cervical.

-Promiscuidad: Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del virus del papiloma humano, se observa con mayor frecuencia la infección por el virus en mujeres que han tenido más de 3 parejas sexuales o que practican sexo de forma casual.

-Número de partos: Durante la adolescencia como en el primer embarazo el epitelio escamoso reemplaza al epitelio columnar, formándose una unión escamo-columnar progresivamente más cerca al orificio cervical externo.

Esta nueva unión llamada zona de transformación es susceptible al efecto carcinogénico de los agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el virus del papiloma humano.

Actividad sexual a temprana edad: El periodo de metaplasia escamosa, que existe en el cuello uterino de las adolescentes, es el momento más crítico para el riesgo potencial de la transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical.

Las mujeres que inician la actividad sexual a temprana edad, cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarían una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásico y activarían la transformación de esas células.

Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente: La presencia de infecciones de transmisión sexual particularmente aquellas asociadas con cervicitis agudas como Chlamydia Trachomatis, virus de herpes simple, gonorrea o tricomonas vaginales pueden aumentar la susceptibilidad para la infección del virus del papiloma humano.

Edad: La prevalencia de la infección por virus del papiloma humano es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (15 a 25 años) relacionado con el patrón de comportamiento de la comunidad en poblaciones liberales donde el número de compañeros sexuales distintos y ocasionales es elevado la prevalencia puede ser del 30-40% para este grupo de edad posteriormente se produce una disminución muy marcada entre los 25 a 40 años (detección viral llega a ser del 3 al 10%) estabilizándose a partir de esta edad.

En algunas poblaciones se ha observado un segundo pico de prevalencia en las mujeres postmenopáusicas cuya interpretación es todavía objeto de investigación.

Factor hormonal: Los estrógenos podrían ser los responsables provocando una proliferación del epitelio y tejido conjuntivo; esta hipótesis se basa en que casi siempre se da en mujeres multíparas, teniendo en cuenta que, durante el embarazo, el cuello estaría sometido de forma continua al estímulo hormonal.

La relación con el hiperestrogenismo parece convincente, ya que los pólipos suelen asociarse con hiperplasia endometrial.

Hábito de fumar: Productos del cigarrillo puede ser encontrado en cantidades concentradas en el moco cervical de las fumadoras, estudios indican que el cigarrillo pueden influenciar la inmunidad intra epitelial al disminuir el número de células de Langerhans en el epitelio genital, el cigarrillo es un factor de riesgo para la persistencia de enfermedad genital inducida por virus del papiloma humano. (2)

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de una neoplasia intraepitelial; sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodo negativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la lesión contiene escaso o ningún glucógeno.

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

A. Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.

B. Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico con el uso de la colposcopia.

C. Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales. (1).

Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical

En la última década el tratamiento de las lesiones preinvasoras 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 lesiones de alto grado (NIC II y NIC III, in situ), puesto que la mayoría de los casos de lesiones de bajo grado no avanzan o se normalizan espontáneamente sin tratamiento.

Por lo que es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados. (1)

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 a lesiones intraepiteliales de alto grado, 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. (3)

CITOPATOLOGÍA DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

Lesiones escamosas intraepiteliales (OMS 2014)

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

Se denominan lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) al espectro de anomalías escamosas no invasoras del epiteliocervical asociada al virus del papiloma humano (HPV).

Desde un punto de vista práctico y con aplicación clínica, las lesiones intraepiteliales se dividen en dos grandes grupos ,lesiones de bajo grado y lesiones de alto grado, todas producidas por el virus del papiloma humano (HPV) de bajo y alto riesgo.

LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO.

Lesión intraepitelial escamosa que representa la manifestación clínica y morfológica de la infección producida por el virus del HPV. Estas lesiones tienen un bajo riesgo de progresión a carcinoma (OMS 2014).

Esta categoría incluye a las lesiones virales puras - ya sean planas y/o acuminadas - y las neoplasias intraepiteliales de tipo 1(NIC 1).

Criterios citológicos:

Los cambios se producen principalmente en las células superficiales o que tengan citoplasma “maduro”. El elemento patognomónico diagnóstico es el coilocito que afecta células superficiales o intermedias. Estas células tienen núcleos agrandados tres o más veces con respecto a una célula intermedia normal, usualmente hiper cromáticos.

El tamaño y número de los núcleos es variable constituyendo células bi o multinucleadas con anisocariosis. Los cambios citoplasmáticos corresponden a un halo con borde denso y desigual, que rodean al núcleo, otorgándole el clásico aspecto vacío lo que le da el nombre.

Cuando además de los coilocitos clásicos previamente descritos observamos células con alteraciones nucleares similares a las del coilocito pero que carecen de la cavitación perinuclear se informa SIL de bajo grado (CIN1 – HPV).

Criterios histológicos:

El elemento fundamental diagnóstico del condiloma es el coilocito que siempre debe estar presente y ubicarse en los estratos superiores.

Toda célula vacuolizada y con núcleo algo más voluminoso próximo a la basal, no es un coilocito. El efecto citopático viral también produce bi y multinucleación, alteraciones de la queratinización (disqueratosis, paraqueratosis, hiperqueratosis), con aumento del espesor epitelial que se traduce principalmente como hiperplasia de estratos basales. Este aumento del espesor epitelial conlleva para nutrirlo de

un aumento de la vascularización. El tejido conectivo que rodea los vasos se introduce en el espesor epitelial adoptando distintas morfologías que son las que ayudan a definir las imágenes colposcópicas.

Es así que los ejes conectivo vasculares pueden ser cortos, alcanzar las superficie del epitelio o acompañar la elevación del mismo constituyendo espículas o proyecciones papilares (condiloma viral plano, espiculado o acuminado).

La capa basal debe estar ordenada con escasa superposición nuclear, siendo muy útil observar con el objetivo de campo en su unión epitelio estromal, donde constituye una línea suave u ondulada, continua, como siguiendo el contorno geográfico de un mapa. No es infrecuente la presencia de figuras mitóticas ya que es un epitelio que esta proliferando, sin embargo estas deben ser mitosis normales. La presencia de mitosis anómalas es sugerente de lesión y aquí comienza a considerarse el diagnóstico de NIC 1.

Condiloma Viral puro

- Coilocitos en estratos superiores
- Binucleación y multinucleación
- Disqueratosis
- Papilomatosis
- Hiperplasia de estratos basales
- Hiper o paraqueratosis
- Elongación de ejes conectivovasculares
- Crecimiento plano – espiculado – acuminado – invertido.
- Ausencia de mitosis anómalas

Debe considerarse el diagnóstico de NIC 1 cuando a los hallazgos antes descritos se suma desorganización de la capa basal, con aumento del número de

células. Las mismas presentan atipia nuclear verdadera que se manifiesta con núcleos voluminosos, hipercromáticos, irregulares y distintos entre sí.

Además, figuras mitóticas anómalas (tripolares o multipolares, estalladas o dispersas). Esta alteración morfológica se reconoce con el objetivo de campo, al observar la capa basal.

NIC 1

- Hallazgos del condiloma viral puro
- Hiperplasia y desorganización de la capa basal
- Atipia citológica en células basales
- Mitosis anómalas (tripolares, multipolares, estalladas o dispersas)

LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

Lesión intraepitelial escamosa con un significativo riesgo de desarrollar cáncer cervical, si no es tratada (OMS 2014).

Esta categoría incluye a las neoplasias intraepiteliales de tipo 2 (CIN 2), también llamadas displasias moderadas y a las neoplasias intraepiteliales de tipo 3 (CIN3) o displasias severas y/o carcinoma in situ.

Criterios citológicos:

Las alteraciones citológicas se expresan en las células intermedias y parabasales, asociadas a distintos grados de efecto citopático viral.

Estas células pueden estar aisladas, en hileras o láminas o en agregados pseudo sinciciales.

Los núcleos son hipercromáticos con la membrana nuclear irregular, que comúnmente presenta indentaciones o escotaduras. La cromatina puede ser laxa o granular en grumos gruesos.

En ciertas ocasiones el diagnóstico entre lesiones de bajo y de alto grado es difícil. Estos casos suelen corresponder histológicamente a lesiones de grado intermedio (CIN2) cuya interpretación histológica es también conflictiva, existiendo en esta categoría, poca unanimidad diagnóstica entre distintos citopatólogos.

- Células aisladas, en colgajos o en sincicios.
- Anormalidades nucleares en células con escasa maduración citoplasmática.
- Agrandamiento nuclear con marcada alteración de la relación N/C a expensas de la disminución del área citoplasmática.
- Hipercromasia con cromatina fina o gruesa granular.
- Contorno nuclear irregular.

Criterios histológicos:

Las neoplasias intraepiteliales de alto grado se hallan compuestas por proliferación de células escamosas o metaplásicas con anormalidades nucleares que incluyen incremento en el tamaño nuclear, irregularidad de la membrana nuclear con cromatina granular y aumento de la relación núcleo citoplasmática. Los núcleos pierden su polaridad adoptando un aspecto desordenado y a veces arremolinado.

El citoplasma de estas células neoplásicas no muestra diferenciación en los estratos medios y superiores del epitelio. Las figuras mitóticas normales y anómalas alcanzan el tercio medio y superior epitelial.

Las lesiones de alto grado pueden encontrarse a nivel exocervical, del epitelio escamoso metaplásico superficial y comprometiendo el epitelio metaplásico de las glándulas endocervicales.

Lesión Intraepitelial de alto grado (NIC 2-3)

- Compromiso de más de 1/3 epitelial
- Pérdida de polaridad nuclear
- Núcleos agrandados, hipercromáticos, cromatina granular
- Mitosis normales y atípicas
- Citoplasma escaso
- Efecto citopático viral variable (HPV)

Desde el punto de vista histológico existen diferentes tipos morfológicos de SIL de alto grado.

Adenocarcinoma in situ (AIS) (OMS 2014)

Lesión intraepitelial que contiene epitelio glandular de apariencia maligna y conlleva un riesgo significativo de desarrollar un adenocarcinoma si no es tratado.

También se la denomina lesión intraepitelial glandular de alto grado (HG-CGIN).

No se reconocen otras lesiones precursoras del adenocarcinoma invasor del cuello uterino.

Criterios citológicos:

- Disposición en láminas con bordes desflecados
- Formación de rosetas
- Núcleos agrandados, elongados y estratificados
- Variación en tamaño y forma nuclear

- Hiperchromasia, cromatina finamente granular
- Nucleolo pequeño o ausente

Criterios histológicos:

El adenocarcinoma in situ muestra reemplazo del epitelio glandular normal, tanto de la superficie de la mucosa endocervical, como de las glándulas endocervicales, por epitelio neoplásico; éste muestra pseudoestratificación, disminución o pérdida completa de la mucina intracitoplasmática, atipia nuclear, con macrocariosis, hiperchromasia, cromatina irregular y en grumos gruesos y nucléolos prominentes. Son frecuentes las figuras de mitosis y los cuerpos apoptóticos.

El epitelio neoplásico descripto compromete las estructura glandulares pre existentes, por lo cual, la lesión conserva la arquitectura lobular. El compromiso parcial de las glándulas es un elemento morfológico de gran ayuda para el patólogo en el diagnóstico de esta lesión.

El adenocarcinoma in situ puede presentar diferenciación intestinal, con células caliciformes o endometroide. (16)

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE CUELLO UTERINO

A- LESIONES ESCAMOSAS

1 – LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO: (Diagnóstico histológico por biopsia)

El 60-70% retrograda (el 91% en adolescentes), el 13% progresa a LIE de alto grado.

HPV 16 es el genotipo más frecuentemente asociado.

En gestantes con LIS de bajo grado (26,3%) se aconseja control sin tratamiento.

Con correlación colpo-cito-histológica

Dos opciones:

1. Control cada 6 meses con citología y colposcopia. Si persiste la lesión luego de 2 años se considera persistente. Se recomienda seguimiento y eventual tratamiento.

2. Tratamiento ante la presencia de factores de riesgo

- Imposibilidad de seguimiento.
- Pacientes mayores de 35 años.
- Tabaquismo.
- Compromiso inmunológico: transplantadas, HIV +, corticoterapia, etc

El tratamiento será destructivo local con cauterización química, criocoagulación o electrofulguración con radiofrecuencia.

En caso de pacientes jóvenes con colposcopia inadecuada se prefiere un procedimiento ablativo con LEEP. (5,8)

Sin correlación cito-colpo-histológica y con sospecha de mayor lesión

Deberá efectuarse una revisión de todos los hallazgos y luego optar por un procedimiento escisional para asegurar el diagnóstico histológico, excepto en adolescentes o menores a 21 años en las que se prefiere el seguimiento estricto cada 6 meses por la alta tasa de regresión.

2 – LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO: (por diagnóstico histológico)

Las posibilidades evolutivas son:

CIN 2: Regresión: 43% Persistencia: 35% Progresión: 22%

CIN 3: Regresión: 32% Persistencia: 56% Progresión: 14%

En un 75% de las lesiones se comprueba asociación con tipos virales de VPH 16, 18, 31, 33 y 58.

Con Colposcopia adecuada y evaluación normal del conducto endocervical (LEC o cepillado)

Se recomienda un procedimiento diagnóstico escisional de la Zona de Transformación (LLETZ).

Con colposcopia inadecuada y/o penetración de la lesión en el conducto endocervical y/o evaluación endocervical positiva y/o SIL de alto grado recurrente

Se efectuará un procedimiento diagnóstico escisional con un Cono Leep o Cono a bisturí frío .

En el 7% de los casos puede existir unCáncer infiltrante Oculto en el Cono.

El compromiso de los márgenes se considera un factor de riesgo de persistencia / recurrencia que se constata en el 10-33% de los casos. Con márgenes comprometidos con SIL de alto grado en las secciones laterales o en vértice del cono ó con LEC (+), se contemplan dos opciones:

- Seguimiento con citología + colposcopia + LEC o cepillado cada 6 meses, o en caso de disponerlo, test de VPH. (5,8)

Con lesiones demasiado extensas para poder realizar una crioterapia (> 24 - 25 mm)

Considerar:

1- escisión carcinológica suficiente (= márgenes de seguridad sanos)

- de ancho : 5 mm en extensión.

- en altura en el endocervix : Alto Grado = 7 mm en profundidad

2- preservar el futuro obstétrico de las mujeres jóvenes extirpando lo menos posible.

- riesgo obstétrico-perinatal si altura en el endocervix > 10 mm o si gran volumen

- escasos problemas de fertilidad, excepto si conización muy alta (> 10 mm).

3- detectar una recidiva (10 a 20-30 %) : conservar el cuello lo más anatómico posible. (11).

VINCULACIÓN ENTRE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO

Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basa en los resultados de la prueba de tamizaje solo).

INDICACIONES PARA LA COLPOSCOPIA.

1. Cuello uterino clínicamente sospechoso
2. Diagnóstico de citología anormal
3. Evaluación de lesiones de vagina y vulva
4. Seguimiento después del tratamiento
5. Calidad insatisfactoria persistente en la citología
6. Infección por papiloma virus humanos encógenos (VPH)

EXAMEN COLPOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL

- El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical depende del reconocimiento de cuatro características principales: la intensidad (tonalidad), la acetoblancura y los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblanas, las características vasculares y los cambios cromáticos después de la aplicación de yodo (lugolización).
- La aparición de características anormales en un área localizada de la zona de transformación aumenta la probabilidad de que se trate de una lesión neoplásica.
- Diferenciar entre Neoplasia de bajo grado, la metaplasia escamosa inmadura las lesiones inflamatorias puede requerir una considerable destreza.
- En caso de duda debe indicarse una biopsia.
- La observación de zonas, densas, opacas, acetoblanas bien delimitadas en la zona de transformación cerca de o lindando con la unión escamoso-cilíndrica es el sello distintivo del diagnóstico colposcópico de Neoplasia Intraepitelial.

- Las Neoplasias Intraepiteliales de bajo grado a menudo se observan como Lesiones acetoblancas delgadas, planas, de bordes bien delimitados pero irregulares, en forma de pluma, angulosos o digitiformes.
- Las Neoplasias de alto grado se asocian con zonas acetoblancas, blanco grisáceo, ancho, denso, de aspecto mate, opaco, con bordes regulares bien delimitados, que a veces pueden estar sobre elevados y dehiscentes. Pueden ser más extensas y las lesiones complejas se extienden al conducto cervical.

El contorno superficial de las zonas acetoblancas asociadas con lesiones de Neoplasias de alto grado tienden a ser menos lisas, o irregulares y nodulares.

La observación de uno o más bordes dentro de una lesión acetoblanca o de una Lesión acetoblanca con variaciones en la intensidad del color se asocia con lesiones de alto grado.

- Las características vasculares anormales como el punteado y el mosaico son significativas solo si se limitan a las zonas acetoblancas.
- Las características vasculares, como el punteado fino y los mosaicos finos en las Zonas acetoblancas, pueden asociarse con Neoplasias Intraepiteliales de bajo grado.
- El punteado grueso y los mosaicos gruesos en las zonas acetoblancas tienden a ocurrir en las lesiones de alto grado.
- Las lesiones de Neoplasias Intraepiteliales carecen de glucógeno, por lo tanto, no se tiñen con yodo y permanecen con una tonalidad color mostaza o amarillento-azafranada

- Un sistema de calificación como el índice colposcópico de Reid puede guiar la interpretación y el diagnóstico colposcópico. (3)

.Un examen normal debe cumplir los tres primeros criterios y demostrar la ausencia de lesiones.

EXAMEN SATISFACTORIO:

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

- la unión del epitelio escamoso original
- la zona de transformación cervical entera
- la unión escamoso-columnar
- cualquier anomalía en su totalidad.

EXAMEN NO SATISFACTORIO:

La colposcopia se considera no satisfactoria cuando no se satisface ninguno de sus cuatro criterios, lo que indica colposcopia aislada es insuficiente para evaluar el cérvix.(12)

IDENTIFICACION DE LAS LESIONES POR COLPOSCOPIA

El examinador necesita identificar la zona de transformación, si el examen satisfactorio o no, y describir la naturaleza, localización, extensión de la lesión. Esto incluye la descripción del color, el contorno de la superficie, el patrón vascular, la distancia intercapilar y los márgenes de la lesión. (8)

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 terapia conservadora.
- 7) Diagnóstico de infecciones virales.
- 8) Diagnóstico de la patología vulvar.
- 9) Diagnóstico de la patología de pene. (9)

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 espátula o citobrush.
- 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 y yodo.
- 9) Biopsia dirigida.
- 10) Vaginoscopía con ácido acético.
- 11) Biopsia vaginal dirigida.
- 12) Vulvoscopía y perineoscopia.
- 13) Biopsia dirigida de vulva y/o periné. (9)

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 sospecha

III. Hallazgos colposcópicos insatisfactorios (línea escamocilíndrica no visible)

- a) Modificaciones inflamatorias.
- b) Modificaciones atróficas.
- c) Condiloma.
- d) Papiloma.
- e) Otros. (9)

SISTEMAS DE VALORACION COLPOSCOPICA.

INDICE COLPOSCOPICO DE REID

Método que se basa en el análisis crítico simplificado en grado considerable el grado el aprendizaje y la práctica colposcopia.

Asegura no se pase por alto una enfermedad importante, ni se interpreten en excesos datos triviales.

Con una precisión mayor del 90% para pronosticar resultados histológicos.

Se utilizan cuatro signos colposcopicos:

COLOR

CONTORNO

ATIPIA

TINCION DE YODO.

La suma del agregado de todos los signos proporciona el índice colposcópico.

INDICE COLPOSCOPICO DE REID.

SIGNO COLPOSCOPICO	0 PUNTOS
Margen	Contorno condilomatoso y micropapilar Bordes no precisos Márgenes floculentos o emplumados Lesiones angulares melladas Lesiones satélites, cambio acetoblanco que se extiende mas alla de la zona de transformación.
Color	Color blanco de nieve, lustroso Cambio acetoblanco no preciso, semitransparente en lugar de completamente opaco.
Vasos	Uniformes, calibre fino Patrones dispuestos al azar Asas capilares no dilatadas Areas mal definidas o punteado fino

Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo enero 2015 – octubre - 2015.

Tinción con yodo	Captación positiva de yodo, que produce un color pardo caoba. Tinción amarilla del área que se reconoce como lesión de bajo grado
Calificación colposcópica	0 a 2 = HPV o enfermedad de bajo grado.

SIGNO COLPOSCOPICO	1 PUNTO	2 PUNTOS
Margen	Lesiones regulares con contornos uniformes, rectos, margen periférico preciso.	Bordes arrollados, excoriados, bordes internos entre zonas de aspecto diferente.
Color	Brillante, de color gris, blanco intermedio.	Mate, gris ostión.
Vasos	Ausencia de vasos superficiales.	Punteado o mosaico definido, vasos individuales dilatados, dispuestos en patrones bien definidos, delimitados con precisión.
Tinción con yodo	Captación parcial de yodo	Tinción amarilla de una lesión que se califica 3/6. Aspecto amarillo mostaza.
Calificación colposcópica	3 a 5 = enfermedad de alto grado.	6 a 8 = enfermedad de alto grado

SISTEMA COPPLESON

I INSIGNIFICANTE NO SOSPECHOSO: EPITELIO BLANCO SEMITRANSARENTE ,VASOS FINOS NO ATIPICOS,DISTANCIA INTERCAPILAR PEQUEÑA : METAPLASIA O LESIONES DE BAJO GRADO.

II SIGNIFICATIVO ,SOSPECHOSO : EPITELIO ACETO-POSITIVO OPACO Y GRUESO, CON O SIN VASOS DILATADOS NO ATIPICOS ,DISTANCIA INTERCAPILAR AUMENTADA: NIC II O III

III ALTAMENTE SIGNIFICATIVO: MUY SOSPECHOSO: EPITELIO ACETOPOSITIVO , GRUESO, IRREGULAR Y OPACO,VASOSDILATADOS ATIPICOS, DISTANCIA INTERCAPILAR VARIABLE : LESIONES DE ALTO GRADO O INVASION TEMPRANA.

DISCORDANCIA CITO-COLPO-HISTOLÓGICA:

El arribar a un diagnóstico de certeza puede ser muy dificultoso en lesiones premalignas cuando existe discordancia entre la Citología Exfoliativa exocervical, la Colposcopia y el resultado de las Biopsias puede ser muy dificultoso.

En estos casos, si se confirma la discordancia a pesar de las interconsultas con especialistas y las revisiones de los preparados histopatológicos, es menester la realización de una Biopsia Ampliada Diagnóstica. (16)

BIOPSIA

Biopsia dirigida: corresponde al estudio que provee certeza diagnóstica, considerándose el “gold standard” para encarar cualquier tipo de tratamiento. Ante una citología anormal y una colposcopia Grado 2 (con alteraciones Mayores), se impone la realización de una biopsia para certeza de lesiones preinvasoras (CIN 2-3 / H-SIL).

La realización de más de una toma de biopsia mejora la certeza diagnóstica. En lesiones amplias, se debe considerar la realización del denominado “Mapeo Biopsico” (varias tomas pequeñas).

Para los casos en que fuera necesario (lesiones glandulares, pavimentosas que se introducen en endocervix o mixtas) el curetaje del endocervix provee material histológico.

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 Paps anormal para documentar que el canal endocervical está libre de epitelio neoplásico. (6,10)

ESCISION ELECTROQUIRURGICA CON ASA -LEEP

El desarrollo, a partir de los años setenta, de la crioterapia, en los años ochenta del láser de CO2 y, actualmente, desde los noventa, del asa diatérmica ha

desplazado totalmente la conización con bisturí y la histerectomía, hasta entonces las técnicas de elección en el tratamiento de las Neoplasias Intraepiteliales.

La Biopsia Ampliada, tanto a bisturí como mediante radiofrecuencia utilizando asa (LLETZ o Cono LEEP) tiene finalidad diagnóstica (para confirmar o descartar microinvasión) y/o terapéutica para el caso de Lesiones Intraepiteliales de Alto.

(16)

La conización es un procedimiento quirúrgico por el que se extrae parte del cérvix uterino en forma de cono, para diagnóstico histológico exacto y resolver los posibles errores de las micro biopsias, en casos de Lesiones de alto grado, Ca micro invasivo o lesiones endocervicales.

Se complementa con legrado de endocérvix restante y de cavidad uterina. Nos puede servir como tratamiento del proceso, en casos de lesiones de alto grado y Ca micro invasivo menor de 3 mm de profundidad, sin invasión vascular linfática, si el patrón del estroma no es confluyente y cuando los bordes quirúrgicos están libres, en paciente joven con deseo de descendencia. El cono debe incluir toda la lesión atípica, la zona de transformación y llegar en profundidad para incluir la lesión endocervical (en general 2-2,5 cm), pero respetando el orificio cervical interno (OCI).

Según la localización de la unión E.C. (zona de transformación) el cono debe ser ancho y corto en jóvenes pre menopáusicas y largo y estrecho en menopáusicas con la unión escamo columnar endocervical.

Preferentemente realizarla en periodo pos menstrual para no confundir hemorragias con menstruación y para que cuando llegue la misma esté reepitelizado.

La electrocirugía consiste en emplear corriente eléctrica de radio frecuencia para cortar tejidos o lograr la hemostasia. Quien realiza la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) debe recordar que la electricidad se descarga en el suelo a través de la vía que opone la menor resistencia. La energía eléctrica empleada en electrocirugía se transforma en calor y en energía lumínica.

El calor generado por el arco eléctrico de alto voltaje formado entre el electrodo y el tejido permite al médico cortar tejido por vaporización (a 100°C) o coagularlo por deshidratación (por encima de 100°C). Los electrodos cortantes son asas de acero inoxidable o alambre de tungsteno muy fino (0,2 mm) que permiten cortar en diferentes anchos, profundidades y configuraciones producen efectos térmicos mayores que los del corte electroquirúrgico. Esto es importante en electrocirugía, pues para poder realizar un examen histopatológico adecuado, el efecto de coagulación en muestra quirúrgica obtenida debe ser mínimo.



Asas, electrodo de bola, electrodo de macroaguja

CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD DE LA LEEP

- 1• Que haya NIC confirmada por biopsia cervical, si es posible.

- 2• Si la lesión afecta al conducto cervical, debe verse su límite distal o craneal; la máxima extensión (distal) no será superior a 1 cm

- 3• Que no se evidencie cáncer invasor ni displasia glandular

- 4• Que no se evidencie enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana, úlcera anogenital ni trastorno hemorrágico

- 5• Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente

- 6• Que las mujeres hipertensas estén bien controladas

- 7• La mujer debe dar el consentimiento escrito para recibir el tratamiento, después de que se le haya informado detalladamente sobre cómo se realizará y las probabilidades de su eficacia, los efectos adversos, las complicaciones, las secuelas a largo plazo y las posibles alternativas para abordar su problema.

CONTRAINDICACIONES DEL ASA LEEP

1. cáncer invasor del cérvix.

2. La lesión se extiende más de 1 cm en el interior del conducto cervical o su extremo distal o superior no es visible (estas lesiones se tratan mediante conización con bisturí).

- 3• Infección cervicouterina o infección genital femenina (hasta su tratamiento o resolución).
- 4 • Embarazo o parto en las últimas 12 semanas.
- 5• Trastornos de la coagulación.
6. Periodo menstrual.
7. Enfermedades cardiacas y metabólicas descompensadas.
8. Paciente senil en la cual hay persistencia de lesión de alto grado a pesar de intervención con conización. (15)

EI CONO DIAGNÓSTICO SE CONSIDERA TERAPÉUTICO:

1. Tamaño suficiente, en relación con el tamaño del cuello.
2. Márgenes exocervical, endocervical y profundos libres de lesión.
3. Legrado endocervical después del cono negativo
4. Colposcopia, citología y determinación de VPH negativas en el control a los 6 meses. (14)

CONIZACION DIAGNOSTICA:

Indicaciones:

1. Colposcopia insatisfactoria.
2. Legrado endocervical positivo.
3. Discrepancia entre la citología e histología.
4. Sospecha de microinvasión
5. Lesiones de bajo grado persistente.
6. Persistencia de lesiones de alto o bajo grado posterior a conización.
7. Pacientes que desean conservar el útero.

TECNICA QUIRURGICA DEL ASA LEEP

1. Que la paciente cumpla con los criterios de admisibilidad
2. En casos de (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana o úlcera anogenital, es aconsejable retrasar la LEEP hasta haber tratado y resuelto la afección.
3. En pacientes Perimenopausicas con atrofia severa por hipoestrogenismo es aconsejable retrasar el procedimiento y dar terapia tópica con estrógenos en 2 – 3 semanas.

4. Confirmación diagnóstica del NIC.
5. El instrumental para la LEEP se colocará en un carrito o bandeja.
6. Se aplica Lugol (test de Schiller) para delimitar los márgenes de la lesión antes de comenzar el tratamiento.
7. Se coloca un espéculo metálico aislado con condón de látex para prevenir el choque eléctrico de la paciente si el electrodo activo toca accidentalmente el espéculo y proteger de esta forma las paredes vaginales.
8. Disponer de un sistema de extracción de humos de alto flujo y con filtro para las partículas de humo y los olores.
9. La anestesia local alcanza su efecto a los 30 segundos de la aplicación de un total de hasta 5 ml de xilocaína al 1% a las 3, 6, 9 y 12 en sentido horario en la periferia del estroma cervical con una profundidad de 1 a 2 mm, usando una jeringa de 5 ml y una aguja de calibre 25 a 27.
10. Para reducir la hemorragia durante el procedimiento suele añadirse un vasoconstrictor, como la vasopresina (no más de una unidad), al anestésico local que se inyecta. Para la anestesia local también puede usarse xilocaína con adrenalina al 2% en vez de pitresina, aunque puede causar palpitaciones y temblores de la pierna antes de la intervención.
11. Si se prevé una escisión en dos capas (cono de LEEP), el anestésico local se inyecta también en el conducto cervical anterior y posterior.

12. Hay que emplear un asa más ancha que la lesión y la zona de transformación que deban extirparse. El asa tiene que tener un mínimo de 5 mm de altura

13. Para conseguir la forma y profundidad ideales del corte, conviene mantener el mango del electrodo perpendicular a la superficie del exocérvix, es decir, el travesaño paralelo al exocérvix.

14. se selecciona la potencia apropiada para el modo de corte mixto, y se prende el sistema de extracción de humos.

15. Cuando está a punto de comenzar la incisión con el asa, antes de tocar la Superficie cervicouterina, el operador activa la corriente mediante un pedal o accionando con el dedo el interruptor del mango del electrodo.

16. El asa se introduce en el tejido 5mm por fuera del límite exterior de la lesión. Es importante no empujar el electrodo, sino dejar que vaya cortando; el operador sencillamente decide la dirección.

17. El asa va penetrando gradualmente en el cuello uterino hasta que el travesaño está casi en contacto con la superficie epitelial. Luego se guía el asa de forma paralela a la superficie (horizontal o verticalmente, según la dirección de corte)
Entonces se retira lentamente el asa, manteniéndola perpendicular a la superficie.

18. En cuanto el asa sale del tejido, se apaga la corriente. No importa si la escisión se hace de derecha a izquierda o viceversa. También es aceptable pasar el asa de atrás hacia adelante. En cambio, no es aceptable pasarla de delante hacia atrás, pues la hemorragia o el propio tejido extirpado pueden

quedar colgando y ocultar el campo visual. hasta alcanzar con exactitud la parte exterior del borde opuesto de la lesión.

19. Una vez que se ha extirpado el tejido y colocado en formalina, en el generador electro quirúrgico se selecciona la potencia apropiada para el modo de fulguración.

20. Se fulgura la superficie de la herida quirúrgica con un electrodo de bola de 3 o de 5 mm, en modo de coagulación. También hay que fulgurar los bordes de la herida quirúrgica para preservar la unión escamoso-cilíndrica en el exocérvix visible.

21. Si se consigue una hemostasia satisfactoria, se impregna la superficie de la herida quirúrgica con solución de Monsel y se retira el espéculo.

22. Suele observarse que una paciente muy nerviosa tiende a sangrar más que una relajada, lo que es otra buena razón para comunicarse con la paciente durante toda la intervención y tratar de calmar sus temores.

23. Finalmente es conveniente colocar un taponamiento vaginal a la paciente .indicando que debe retirárselo en un tiempo no menor de 12 a 24hrs.(5)

CONTROL DE SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE POST ASA

El control de las pacientes tratadas por Lesiones de Alto Grado es una parte muy importante, y a menudo olvidada, del programa de prevención.

Una paciente tratada por una neoplasia Intraepitelial tiene un riesgo mayor de desarrollar un cáncer invasor que una mujer que no ha tenido dicha Lesión.

Diversos factores se han asociado a un mayor riesgo de persistencia o recurrencia lesional:

1. el tamaño de la lesión,
2. la afección de los márgenes quirúrgicos,
3. la edad,
4. el estado inmunológico y
5. la persistencia de la infección por el VPH pos tratamiento.

Los objetivos del seguimiento pos tratamiento son:

1. La detección de persistencia(enfermedad residual) y
2. La detección de recurrencias (enfermedad “de novo”).
3. La afectación de los márgenes del cono es la causa principal de enfermedad residual.

REGRESIÓN: el resultado negativo ocurrido entre la fecha del diagnóstico inicial del LIEAG y el siguiente examen practicado.

PERSISTENCIA: Diagnóstico de la enfermedad en los primeros 6 meses después del tratamiento.

Se aconseja realizar el primer control en la misma unidad en la que se efectuó el tratamiento.

Si los márgenes de la pieza de conización estaban libres de lesión se realizará a los 6 meses pos tratamiento, pero si estaban afectados, se adelantará a los 3 meses. Se practicará una citología, una colposcopia y eventuales biopsias. Si la colposcopia no es valorable o los márgenes estaban afectados, se incluirá un estudio endocervical.

RECURRENCIA: (enfermedad “de novo”) es cuando habiendo transcurrido un año tras el tratamiento, durante el cual se ha seguido un estricto control sin detectarse enfermedad residual, aparece ésta nuevamente.

PROGRESIÓN: cuando se observaba un agravamiento de la LIE registrada inicialmente, independientemente del tiempo en el cual aparezca.

El análisis del ADN-VPH se realizará a partir de los 6 meses.

Con todos los resultados negativos, y tras realizar una citología anual durante años, se puede remitir a la paciente al programa de cribado habitual.

En las mujeres con ADN-VPH positivo con citología y colposcopia negativas se repetirá la citología y test ADN-HPV a los 6 meses. Si ambas pruebas son negativas, se remitirá de nuevo a la paciente al programa de cribado, y si cualquiera de ellas es positiva se realizará colposcopia.

En presencia de Lesiones de bajo grado en la citología y/o colposcopia biopsia, con estudio endocervical negativo, se planteará un tratamiento excisional o destructivo.

Si la citología revela lesión de alto grado y/o la colposcopia igual y/o el estudio endocervicales positivo, se indicará una Reconización.

En la actualidad se utilizan **2 vacunas profilácticas** recombinantes **para los VPH 16 et 18 , ± 6 y 11**, obtenidas por ingeniería genética , se fundamentan en el descubrimiento de las propiedades de autoensamblaje de la proteína mayor de cápside (L1) de los virus VPH : las pseudopartículas virales (« virus like particles » que no contienen ADN viral) producidas luego de transferir el gen L1 en células de insectos o de levadura son sumamente inmunógenas (inmunidad específica del genotipo, con producción de anticuerpos diez veces más que la

inmunidad natural) y carentes de riesgos infecciosos o encógenos (porque esas vacunas no contienen genoma viral). Eficacia cerca del 100 % .

- el **Gardasil** (Sanofi Pasteur MSD, EE.UU) : vacuna cuadrivalente dirigida a los tipos **16** y **18**, responsables de más de 70% de esos cánceres y 50% de NIC 2/3, y los tipos **6** y **11**, responsables de 90% de los condilomas acuminados y de 20% de NIC 1.

- el **Cervarix** (GlaxoSmithKline, Bélgica) : vacuna bivalente contra los tipos **16** y **18**, utilizando un adyuvante capaz de estabilizar y de inducir una tasa de anticuerpos con una cantidad más débil de antígenos.

- **protocolos : 2 esquemas:**

- **esquema clásico : 3 dosis :**

- Gardasil** : 3 inyecciones a D0, D60, 6 meses.

- Cervarix** : 3 inyecciones a D0, D30, 6 meses.

No se necesita refuerzo.

Nuevas generaciones de vacunas se emplearan a fines del 2016, 2017 : vacunas de 9 valores, entre ellas 7 de alto riesgo. 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

(**Gardasil 9°**)

- de manera ideal vacunar a niñas : **entre 9 y 14-15 años**, hasta los 20 años. Se protege por 10 años y así da cobertura al pico de infección que es de 20 a 23 años.

Un punto que debería hacer consenso a plazo : es la vacunación en varones la edad óptima es de 11-12 años (antes de la vida sexual y porque la respuesta inmunitaria es beneficiosa).

- autorizados - en EE.UU permiso para vacunar a los niños de 9 a 26 años (FDA) (15).

COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS DE LA LEEP

- Dolor transitorio por la inyección del anestésico local en el cuello uterino.
- Se presenta hemorragia peri operatoria intensa en el 2% o menos de las LEEP.
- El riesgo de infección posoperatoria es muy pequeño, y seguramente puede reducirse aún más posponiendo la intervención hasta que, ante un diagnóstico probable de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis de transmisión sexual (por ejemplo, clamidias o gonorrea), tricomoniasis vaginal o vaginosis bacteriana, se ha tratado adecuadamente a la mujer y esta se ha recuperado.
- En los países en desarrollo, puede considerarse la posibilidad de administrar sistemáticamente un tratamiento antibiótico provisional tras la LEEP (doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días y metronidazol 400 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días). (5)
- Estenosis cervical.
- Abortos espontáneos con la excisión de un tejido mayor de 2 cm (5).

III.DISEÑO METODOLOGICO:

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, Observacional, retrospectivo, decorte transversal.

POBLACION DE ESTUDIO:

Constituida por 288 pacientes con lesiones cervicales de alto grado y a las cuales se les tomó biopsia por ASA diatérmica, registradas en la estadística ginecológica y del servicio de patología , durante el periodo enero 2015 – octubre 2015.

MUESTRA:

Estará constituida por 140 pacientes en las que se diagnosticaron con lesiones de alto grado, usando la siguiente fórmula:

$$n = z^2 \cdot p \cdot q / d^2$$

donde z^2 : 1.96^2

$p = 0.81$ (Referencia de estudios anteriores)

$q = 0.19$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Hoja de solicitud patológica con datos generales completos.
- Diagnóstico histopatológico por biopsia Punch y ASA diatérmica.
- Expediente clínico con datos completos.
- Toda paciente con diagnóstico de lesiones de alto grado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con reportes de reconización.
- Pacientes cuyo expediente que no están con la información completa.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la obtención de la información se elabora una ficha con las variables de interés en el estudio.

Fuente:

1. Se realizara mediante la revisión de datos de hojas de solicitudes de biopsia.
2. Expediente clínico.
3. Resultado de biopsia cervical.

LISTA DE VARIABLES:

Objetivo 1:

Edad

Procedencia

Escolaridad

Ocupación

Objetivos2:

Gestas

Parto

Aborto

Cesárea

IVSA

No. Compañeros sexuales.

Infección por HPV

Uso de anticonceptivos orales.

Objetivo 3:

Fecha del PAP de referencia

Fecha de colpo-biopsia

Diagnóstico colposcópico

Fecha del cono biopsia.

Propósito del cono biopsia.

Seguimiento de la paciente por PAP.

Objetivo 4:

Correlación diagnóstica entre biopsia por colposcopia y ASA diatérmica.

Objetivo 5:

Perfil del profesional que realiza el procedimiento.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE:

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA O VALOR.
Objetivo 1			
Edad	Periodo desde el inicio del nacimiento hasta el momento del diagnóstico de la lesión premaligna	Según se registre.	15-19 años 20-34 años 35-49 años 50-59 años 60-64 años 65 y mas
Escolaridad	Nivel de estudios que se ha adquirido	Nivel académico alcanzado.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Otro.
Procedencia	Lugar de origen de la paciente con NIC.	Lugar de habitación	Urbana. Rural.
Objetivo 2.			
Inicio de vida sexual activa.	Periodo de tiempo dado en años que tenía la mujer al tener su primer contacto sexual.	Edad en años.	< 15 15-20 años. > 20 años

Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo enero 2015 – octubre - 2015.

Gestas	Número de embarazos que la paciente ha tenido, incluido el embarazo actual.	Número de Embarazos	Nulipara Bigesta Multigesta
Infección por Virus de Papiloma Humano	Infección cervical por virus de papiloma humano a nivel cervical, transformando la capa basal del mismo por afección de los queratinocitos	Según registro por PAP	SI NO
Uso de anticonceptivos	Método para la prevención del embarazo y planificar el momento para tener un hijo	Según registros	SI NO
Fecha de PAP de referencia y su resultado	Fecha que se realizó la citología	Según registros	1.Negativo 2. lesión de bajo grado, LIEBG(NIC I y VPH). 3.Lesion intraepitelial de alto grado(NIC II, NIC III y ca in situ)

Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo enero 2015 – octubre - 2015.

Diagnostico colpo-histologico	Resultados de anatomía patología por biopsia punch	Según datos de solicitud de biopsia	1.Negativo 2. lesión de bajo grado, LIEBG(NIC I y VPH). 3.Lesion intraepitelial de alto grado(NIC II, NIC III y ca in situ) 4. carcinoma escamoso microinvasor. 5. Carcinoma escamoso invasor. 6.Adenocarcinoma.
Objetivo 3.			
Diagnostico patológico por asa diatérmica y biopsia guiada por colposcopia	Resultado Anatomía patológica por conización del cérvix	Solicitud de biopsia	1.Negativo 2. lesión de bajo grado, LIEBG(NIC I y VPH). 3.Lesion intraepitelial de alto grado(NIC II, NIC III y ca in situ) 4. carcinoma escamoso microinvasor 5. Carcinoma escamoso invasor. 6.Adenocarcinoma
Objetivo 4.			
Correlación entre coloposcopia biopsia y asa diatérmica	Relación diagnóstica entre el estándar de oro vrs. Colposcopia	Reporte de biopsia	1.Negativo 2. lesión de bajo grado, LIEBG(NIC I y VPH). 3.Lesion intraepitelial de alto grado(NIC II, NIC III y ca in situ)

Correlación diagnóstica de biopsias por colposcopia y asa diatérmica, en pacientes del servicio de ginecología en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo enero 2015 – octubre - 2015.

			<p>4. carcinoma escamoso microinvasor</p> <p>5. Carcinoma escamoso invasor.</p> <p>6. Adenocarcinoma</p>
Bordes quirúrgicos de resección	Línea de resección quirúrgica, según resultados de anatomía patológica de la pieza en la biopsia de conización.	Resultados del reporte histológico	<p>Márgenes libres</p> <p>Márgenes tomados</p> <p>Márgenes no valorables:</p> <p>Tamaño del cono, fragmentos, muestra insuficiente.</p>
Objetivo 5.			
Perfil del profesional que realiza el cono	Perfil de profesional, según los años de estudios alcanzados.	según se registre	<p>1. Médico residente.</p> <p>2. Médico de base.</p> <p>3. Supervisado por médico de base.</p>
Propósito del cono biopsia	<p>1. diagnóstico</p> <p>2. tratamiento</p>	Según se registre	Márgenes quirúrgicos tomados, libres o no valorables.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Los datos se procesarán mediante el programa SPSS versión 20.

Los resultados serán presentados en tablas descriptivas y de frecuencia.

IV.RESULTADOS

Objetivo 1.

Según la distribución por edad de las pacientes estudiadas por lesiones de alto grado: se encontró que el 47,9% (67) correspondían al grupo etáreo de 20 a 34 años, el grupo de 35 a 49 años representó el 34.3 % (48) seguido del grupo de 50 a 59 años con el 9%(13), seguido del grupo de 60 a 64 años con el 4.3%% (6). (Tabla 1)

En cuanto a la procedencia, el 83.6% (117) procedían del área urbana y el 15% (21) del área rural, un pequeño porcentaje 1.4%(2) (Tabla No. 2).

Con respecto a la escolaridad, el 11.4% (16) no tenían ningún nivel académico , seguido del 46.4% (65) con estudios primarios, un 27.1% (9) con nivel de estudios secundarios, el 3.6% con nivel técnico, y el 5.7. (Tabla No.3).

La ocupación de las pacientes el 86%(121) eran ama de casa, 2.1%(3) técnico, y el 7.1%(10) otros, sin respuesta 4.3%(6) (Tabla No. 4).

Objetivo 2.

Con respecto a la paridad de las pacientes estudiadas fueron nulíparas 13%(19), bigesta (67.1%) 94 y múltipara 19.3% (27). Tabla No.6

En relación a la vida sexual activa el grupo de edad de 15 a 20 años 95.7%(13), mas de 20 años 2.9% (4). Tabla No. 7

El número de compañeros sexuales de las pacientes estudiadas se registro:

1 compañero 23%(32), de 2-3 compañeros 61% (85) y más de compañeros 3 7.8%(11). Tabla No.8.

Se encontró que hay afectación por el virus de papiloma humano el 82.1%(115) estaba asociado a la infección y el 67.1% (94) asociado al uso de anticonceptivos orales. Tabla No. 9

Objetivo No.3

Con respecto a las edades de las pacientes y reporte histológico por asa diatérmica se encontró que en las edades de 15-19 años se encuentra el 1.4%(2), para la lesiones de alto grado, en las edades de 20-34 años el 2.1%(3) con negatividad para lesiones de alto grado, 45%(63) lesiones de alto grado, carcinoma escamoso invasor 0.7%(1).En el grupo de 35-49 años se reportaron resultados negativos de 2.1%(1), mientras que lesiones de alto grado se reporta el 31.3.3%(44), y solamente 0.7%(1) como carcinoma escamoso micro invasor

.En el grupo de 50-59 años no se registran carcinoma invasor, ni resultado ninguna muestra como negativa, 8.6%(12) lesiones de alto grado. En el grupo de 60-64 años lesiones de alto grado 4.3%(6), para lesiones de alto grado. En las edades de 65 años a mas se reporta únicamente el 2.9% (4) que corresponde a lesiones de alto grado. (Tabla No.5)

En relación al resultado colposcópico de las pacientes estudiadas, se encontró que en su mayoría corresponde a lesiones de alto grado 98.6% (138).

El diagnóstico histológico por ASA diatérmica reporto negatividad de los casos en el 4.3%(6), lesiones de bajo grado 16.4%(23), y el mayor porcentaje para lesiones de alto grado 77.1%(131), carcinoma microinvasor 0.7%(1), carcinoma escamoso invasor 1.4%(2). Tabla No.11.

Objetivo 4:

En relación entre los diagnósticos por colposcopia y diagnóstico histológico por asa diatérmica se encontró que ambos estudios se relacionan, ya que se encontró un 76.4% (107) de coincidencia para diagnosticar lesiones de alto grado, igualmente para el diagnóstico de carcinoma escamoso invasor y microinvasor el cual coincide con 0.7% (1). Un porcentaje que corresponde a LIEAG por colposcopia que resultaron ser LIEBG en un 16.4% (23). Solamente un caso diagnosticado como cáncer invasor, por colposcopia, se registro como lesión de alto grado por histología Asa diatérmica 0.7% (1)Tabla 12.

Con relación a los márgenes libres fueron negativos 6%(4.3%), 14.3%(20) en las lesiones de bajo grado: márgenes libres: 20 (14.3%), y márgenes no valorables: 3(2.1%); en lesiones de alto grado: márgenes libres: 58 (41.4%), márgenes tomados 35 (25%), márgenes no valorables 15(10.7%); carcinoma microinvasor: márgenes tomados 1 (0.7%); en carcinoma escamoso invasor: márgenes tomados: 1(0.7%), márgenes no valorables 1(0.7%). Tabla no. 11

El motivo por cual no fueron valorable histológicamente las asas diatérmicas fueron: tamaño del cono 1 (0.7%), por fragmentos 9.3%(13), por muestra insuficiente 0.7%(1).Tabla No. 14.

Objetivo 5:

En cuanto al perfil del profesional que realiza el procedimiento y diagnóstico histológico por asa diatérmica hay 45% (63) de relación entre el profesional y el diagnóstico de LEIAG, y solo un 7.1%(10) cuando es realizada únicamente por el médico residente. Cuando es realizada por medico de base un 25% (35). Tabla No. 15.

V.DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El diagnóstico de las lesiones del epitelio cervical residen en tres pilares: la citología cervical, la colposcopia y la biopsia histopatológica. Las limitaciones inherentes a cada uno de los métodos requieren una correlación de los hallazgos para alcanzar un diagnóstico coherente.

El estándar de oro en el diagnóstico de las lesiones premalignas del cérvix, es la histología, es por ello que ha sido motivo de estudio la correlación entre los medios diagnósticos disponibles y valorar si realmente estamos brindando atención adecuada y oportuna a nuestras pacientes.

En el presente estudio se trabajó con un universo de 288, y muestra de 140 pacientes, tomando esta muestra con la siguiente fórmula:

$$n = z^2 \cdot p \cdot q / d^2$$

donde z^2 : 1.96^2

$p = 0.81$ (Referencia de estudios anteriores)

$q = 0.19$

Tomando información directamente de los expedientes de las pacientes ginecológicas con lesiones de alto grado en el periodo enero- octubre 2015.

Se realizó análisis del diagnóstico colposcópico e histológico por ASA diatérmica, se tomaron en cuenta otras variables, que influyen en los métodos diagnósticos- terapéuticos, sin poderse realizar el estudio sobre el diagnóstico colposcópico, ya que no es adecuadamente registrado en los expedientes, ni regidos por los índices colposcópicos internacionales.

Tabla No.1

Se conoce que las lesiones intraepiteliales del cuello uterino se presentan principalmente en mujeres de edad reproductiva, dato que coincide con el estudio realizado en la que se encontró que el 47,9% (67) correspondían al grupo etáreo de 20 a 34 años. De manera que continua siendo las edades frecuentes afectadas, esto corroborado con el estudio similar realizado en 2011, por la dra Martínez Hari: Correlación diagnóstica entre las biopsias por colposcopia y ASA diatérmica .HBCR.

Tabla No. 2,3 y 4.

Con relación a los datos sociodemográficos más importantes encontrados en esta población de estudio, se encuentra que la mayoría de las mujeres son del área urbana 83.6%(117), con primaria aprobada 46.4%(65), y ama de casa 86.4%(121), lo cual podría explicarse por el grupo de población que atiende este centro hospitalario, relacionado con anteriores estudios llevados en diferentes años en esta unidad : Guevara Marvin 2011 y Herrera Maria enero 2013- Dic 2014..

Tabla No.5

Al someter al grupo de estudio al diagnóstico como por ASA diatérmica se obtuvo que en el grupo de 20- 34 años 45% (63) fue el grupo más afectado con lesiones de alto grado, seguido del grupo de 35-41 años 31.4% (44).

Datos similares a los encontrados en la literatura revisada, en la que se refiere que las lesiones premalignas tienen un pico máximo de incidencia de 10 años antes de que se presente el carcinoma invasor, con una edad media de 34 años. (7)

Tabla No. 6.

Según las gestas de las pacientes estudiadas fueron bigestas 67.1% (94), multíparas en 19.3% (27), lo cual coincide con estudios realizados en HBCR y con literatura internacional. (3)

Tabla No 7.

El inicio de la vida sexual activa se observó que mayormente se encuentra en los 15-20 años 95.7% (134), en correspondencia con literatura.

Tabla No 8.

Se estudió el número de compañeros encontrando que el 61% han tenido de 2-3 compañeros y más de 3 solo un 7.8%, lo cual no se corresponde con la literatura ya que se dice que entre más compañeros sexuales mayor posibilidad de lesiones premalignas de cérvix y cáncer cervicouterino.(3)

Cuadro No 9.

La prevalencia de infección de VPH es un factor ampliamente estudiado y en un porcentaje muy alto está asociado a lesiones de alto grado ya a cáncer cervicouterino, en este estudio se comprobó que el 82.1% (115) de las muestras están asociadas al virus de papiloma Humano, con relación a los anticonceptivos orales el 67% de la población los ha consumido, pero este factor debe ser estudiado exactamente el tiempo consumo.

Cuadro No. 10.

El resultado colpo-histológico reveló que en 98% (138), se comprobó lesión de alto grado, siendo comprobado con la realización del ASA diatérmica en el que el 77% (131) fueron positivas para lesiones de alto grado.

Cuadro No. 11 y 12.

En la correlación diagnóstica entre ambos métodos Asa diatérmica y colposcopia biopsia se encontró que hay una adecuada correlación en el diagnóstico de lesiones de alto grado encontrándose un 76.4%(107), esto significa un 20% de aumento en relación al estudio realizado H. Martínez 2011., en el que demostró un 57.5% de correlación en ese momento.

En el 16.4%(23) en los que no hubo correlación diagnóstica ya que se trataban de lesiones de bajo grado, cabe mencionar que en el cérvix pueden mostrarse áreas de metaplasia inmadura y simular áreas de lesión de alto grado, simultáneamente con lesiones de bajo grado, no coincidiendo con el diagnóstico.

Tabla No. 13 y 14.

En relación a los márgenes quirúrgicos se encontró: márgenes libres en las lesiones de bajo grado 14.3% (20), en las de alto grado 41.4% (58).

Márgenes tomados: en las lesiones de alto grado 25% (35). Márgenes no valorables 10.7% (15), lo cual revela que en el servicio de ginecología con respecto al estudio realizado hace 5 años tiene 33.8 % de mejoría en estos procedimientos, ya que en ese momento refería un 58.8 % de lesión residual o márgenes tomados, sin embargo la tasa de fracaso esperada para la conización varía del 10- 15% y no hemos alcanzado ese índice; 9.2% de la muestra se encontraban fragmentada, y en el estudio realizado hace 5 años se presentó que 14.9% se recibían fragmentadas, lo que se traduce que hay 5.7% de mejoría con respecto al estudio.

Los bordes quirúrgicos de resección libres de lesión permiten posibilidades de curación y evitan recidivas, aunque en la electrocauterización de los vasos puede eliminarse foco residual, por lo cual debe darse seguimiento través del PAP, y no realización de histerectomía o reconización, tomando en cuenta los factores de riesgo de cada paciente.

Debido a lo antes mencionado exige mayor preparación del personal que lo realiza, sin embargo en la mayoría de los casos las pacientes reciben adecuado tratamiento y los procedimientos son supervisados y diagnosticados adecuadamente en especial las lesiones de alto grado libres de lesión 41.4% (58)% (7)

Tabla No. 15:

Respecto al perfil del profesional que realiza el procedimiento, el 45% (63) fue realizado bajo supervisión del médico de base, con el resultado de diagnóstico post- Asa de lesión de alto grado, lo que para la unidad de salud es adecuado, puesto que es un hospital docente.

VI. CONCLUSIONES:

1. La procedencia de las pacientes con lesiones de alto grado que se les realizó como biopsia y Asa diatérmica en su mayoría fueron de procedencia urbana (83%), área rural 15%.

Las edades en las que se presentaron estas lesiones y fueron tratadas mediante colposcopia biopsia y Asa diatérmica fue el grupo etáreo de 20-34 años (67) seguido del grupo de 35-49 años(48).

La escolaridad de las pacientes fue principalmente, primaria 46.4% y su ocupación ama de casa 86.4%.

2. La paridad de las pacientes, principalmente fueron bigesta 67.1% , y en menor porcentaje 13.6% nulípara.

3. El resultado de colposcopia para lesiones de alto grado 98.6% , carcinoma escamoso invasor 0.7% . En el diagnóstico histológico por ASA diatérmica se encontró 16.4% en lesiones de bajo grado, lesiones de alto grado 77.1% , carcinoma microinvasor 0.7% , carcinoma invasor 0.7% .

4. Se comprobó que existe una adecuada correlación diagnóstica , por lo que se obtuvo un 76.4% de las muestras que tenían el diagnóstico previo de LIEAG por colposcopia, fueron confirmadas mediante histología por Asa diatérmica. El 16.4% no hubo correlación diagnóstica.

Márgenes libres 41.4%, tomados el 25% y no valorables el 10.7%. 9.2% de las muestras estaban fragmentadas.

5. En cuanto a la categoría del personal que realizó el diagnóstico, en la mayoría de los procedimientos fueron realizados supervisados por médico de base en un 45%.

VII. RECOMENDACIONES.

1. Continuar la educación médica continua con un equipo multidisciplinario de ginecólogos, patólogos, que permitan la realización de procedimientos diagnósticos- terapéuticos de manera adecuada y oportuna, y que permita el reforzamiento sobre técnica y evaluación colposcópica, así como técnica de escisión mediante asa diatérmica.
2. Mejorar la calidad del registro sobre todos los datos de paciente, de forma clara y completa.
3. Utilización del sistema de clasificación colposcópico de manera adecuada y registrarla en la ficha designada para la recopilación de datos del paciente.
4. Actualización y consenso de datos patológicos, colposcópicos y normas de tratamiento, dados por el nuevo sistema Bethesda y NCCN sobre screening de las lesiones de alto grado.
5. Dar a conocer a las autoridades del Hospital Bertha Calderón sobre los resultados del estudio, para mejorar las debilidades y avances encontrados.

6. Continuar con estudios similares que evalúen los casos y la correlación diagnóstica para evaluar la calidad de procedimientos y diagnósticos colposcópico e histológico.

7. Dado el HBCR es un hospital docente se propone la realización de curva de aprendizaje, mediante bitácora que registre la cantidad de procedimientos realizados por el médico residente (colposcopia, ASA diatérmica, crioterapia, etc).

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Resultado Citológico, Colposcópico e histológico de las pacientes con lesiones intraepiteliales de alto grado en HBCR, Guevara M, 2012-2013.
2. Gómez Julia .Patología benigna y lesiones premalignas del cérvix .Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2007.
3. Herrera M. Resultado del tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes sometidas a ASA diatérmica. Consulta externa HBCR enero 2013- dic 2014
4. De la fuente, Zapardiel .Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales. Pág 373- 380 . 2012.
5. Programa Nacional de consensos inter- sociales. Programa Argentino de consensos de enfermedades oncológicas. Agosto 2015.
6. John W. Sellars.M.D. Programa de tecnología Sanitaria. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasias intraepiteliales cervicales. 2003.
7. Martínez H. Correlación diagnóstica entre las biopsias por colposcopia y asa diatérmica .HBCR. Enero- Diciembre 2011.

8. Version 2.2012, 05/02/12 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2012, All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN®.
9. Norma Técnica de prevención, detección y atención del cáncer de cérvix. MINSA 2006. Managua, Nicaragua.
10. Bermúdez, Justa. Pruebas de detección del cáncer cervicouterino asociado al VPH. Enero – junio 2015. 8(12)44-55.
11. revisión Cubana de Obstetricia.Ginecología V. 37. Ciudad Habana Cuba. Enero- marzo 2011.
12. Correlación Colpohistológica en pacientes portadoras de neoplasias intraepiteliales del cérvix .Tratada con radiocisiones. Enero- Marzo 2011.
- 13.Martínez Bárbara. Estudio histológico de conización con Asa-diatérmica en pacientes con lesiones de cérvix.
14. Comportamiento de lesiones de alto grado en lesiones de alto grado. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2013.
15. Catabelle Reming. Curso de colposcopia. HBCR.2016.

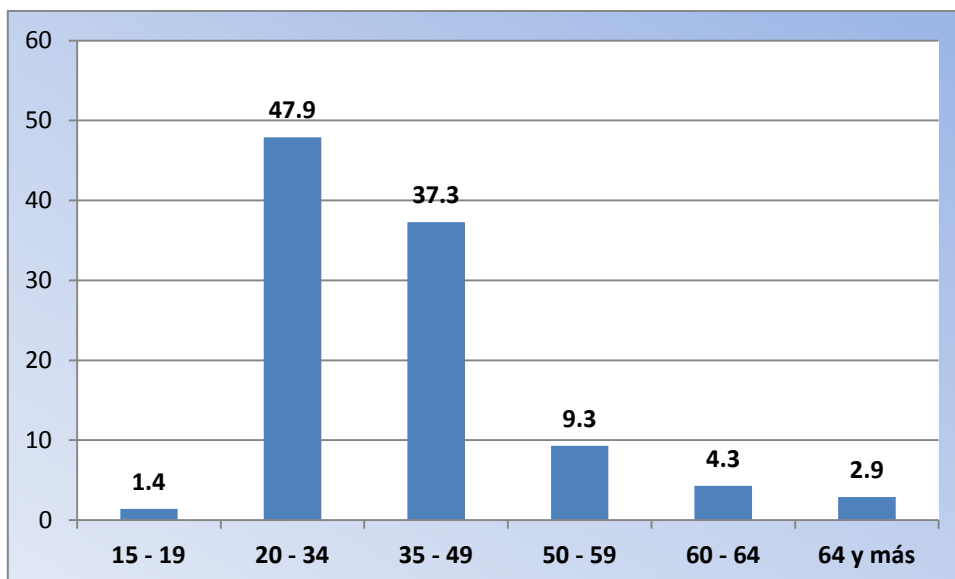
VIII ANEXOS

Tabla 1. Edad de las pacientes conizadas en el servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre 2015.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 – 19	2	1.4
20 – 34	67	47.9
35 – 49	48	34.3
50 – 59	13	9.3
60 – 64	6	4.3
64 y más	4	2.9
Total	140	100.

Fuente : Expediente clínico

Gráfico 1. Edad de las pacientes conizadas que asistieron al servicio de ginecología , con lesiones de alto grado, enero- octubre, 2015.



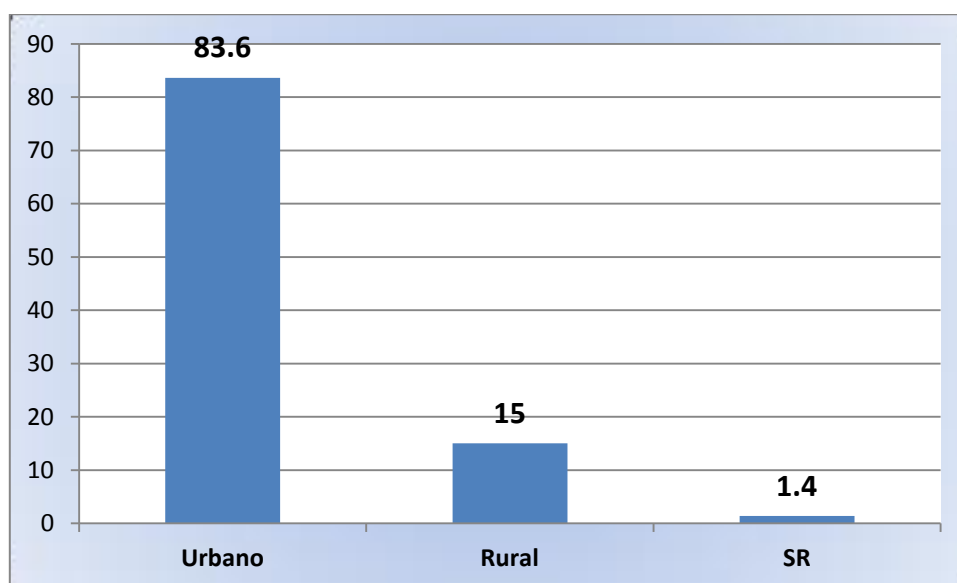
Fuente: Tabla No.1

Tabla 2. Lugar de procedencia de las pacientes con lesiones de alto grado, enero-octubre 2015.

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	117	83.6
RURAL	21	15.0
S.R.	2	1.4
TOTAL	140	100.

Fuente : Expediente clínico.

Gráfico 2. Procedencia de pacientes con LIEAG servicio de Ginecología, enero-octubre, 2015



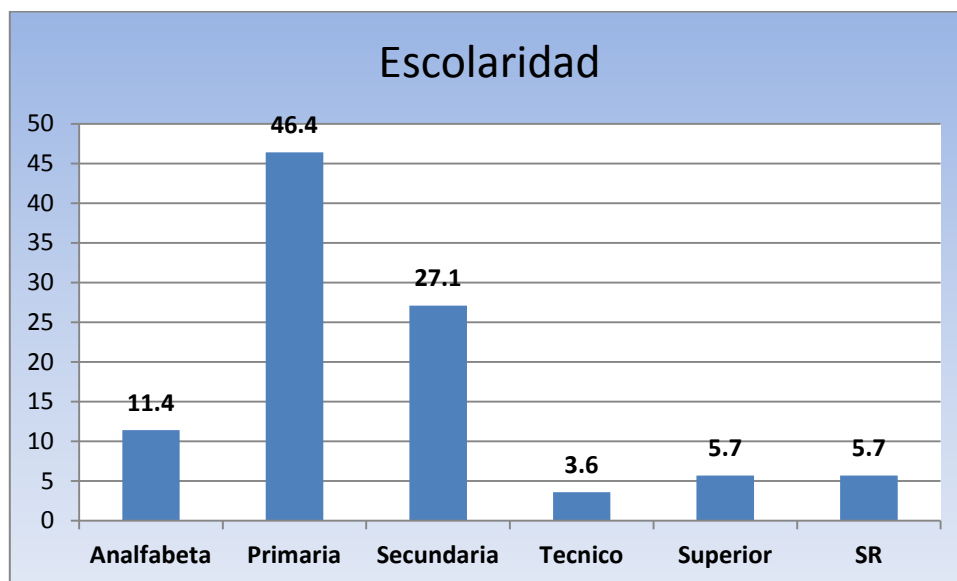
Fuente tabla No 2. *SR: sin registro

Tabla 3. Escolaridad de las pacientes conizadas en el servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre 2015.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	16	11,4
PRIMARIA	65	46,4
SECUNDARIA	38	27,1
TECNICO	5	3,6
SUPERIOR	8	5,7
S.R.	8	5,7
TOTAL	140	100,0

Fuente : Expediente clínico *SR:sin registro

Gráfico 3. Escolaridad de pacientes con LIEAG, servicio de Ginecología, enero-octubre, 2015.



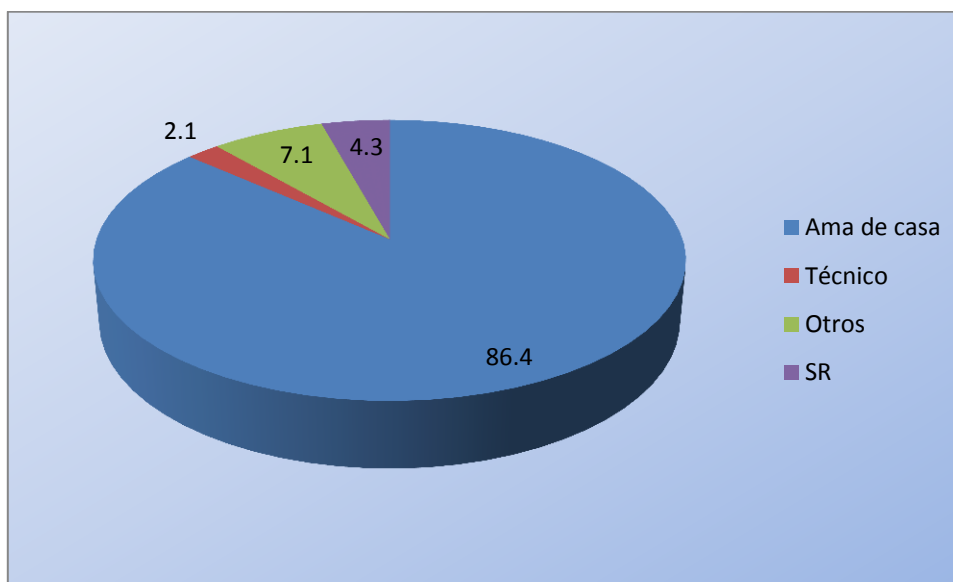
Fuente: Tabla No.3 *SR : sin registro

Tabla 4. Ocupación de las pacientes con lesiones de alto grado, enero-octubre 2015.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	121	86,4
Técnico	3	2,1
Otros	10	7,1
SR	6	4,3
TOTAL	140	100,0

Fuente : Expediente clínico *SR: sin registro

Gráfico 4. Ocupación de pacientes con LIEAG, servicio de Ginecología, enero-octubre, 2015



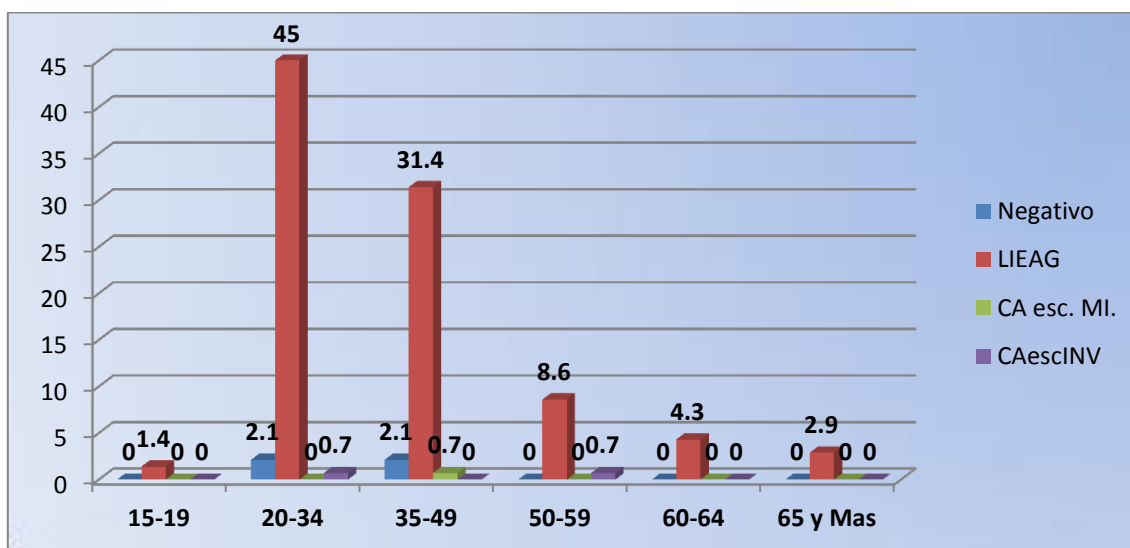
Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Edad según diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre 2015.

Edad en años	Diagnostico histológico por asa diatermica								Total	
	Negativo		Lesión de alto Grado.		Carcinoma escamoso microinvasor		Carcinoma invasor		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
15 – 19	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	1,4
20 – 34	3	2,1	63	45	0	0,0	1	0,7	67	47,9
35 – 49	3	2,1	44	31,4	1	0,7	0	0,0	48	34,3
50 – 59	0	0,0	12	8,6	0	0,0	1	0,7	13	9,3
60 – 64	0	0,0	6	4,3	0	0,0	0	0,0	6	4,3
65 y más	0	0,0	4	2,9	0	0,0	0	0,0	4	2,9
Total	6	4,3	131	93,5	1	0,7	2	1,4	140	100

Fuente : Expediente clínico

Gráfico 5. Edades y resultado de colposcopia –biopsia de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



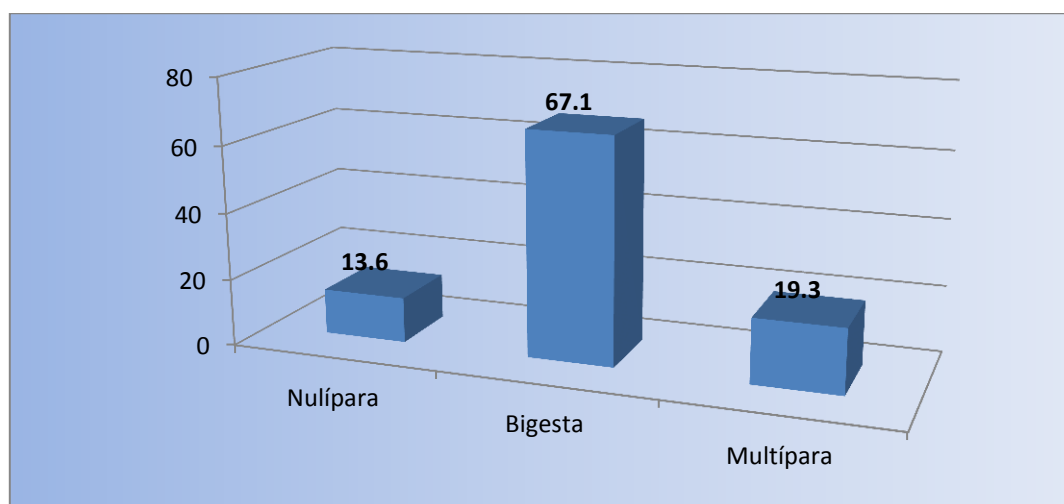
Fuente: Tabla 5.

Tabla 6. Antecedentes Gineco Obstétricos, de las pacientes conizadas que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

GESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara	19	13,6
Bigesta	94	67,1
Multipara	27	19,3
Total	140	110,0

Fuente : Expediente clínico

Gráfico 6. Gesta de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Inicio de vida sexual activa, de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

EDAD DE IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 – 20	134	95,7
Mas de 20	4	2,9
SR	2	1,4
Total	140	100,0

Fuente : Expediente clínico. *SR: sin respuesta.

Tabla 8. Número de compañeros sexuales, de las pacientes conizadas que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1	32	23,0
2 – 3	85	61,0
Más de 3	11	7,8
SR	12	8,5
Total	140	100,0

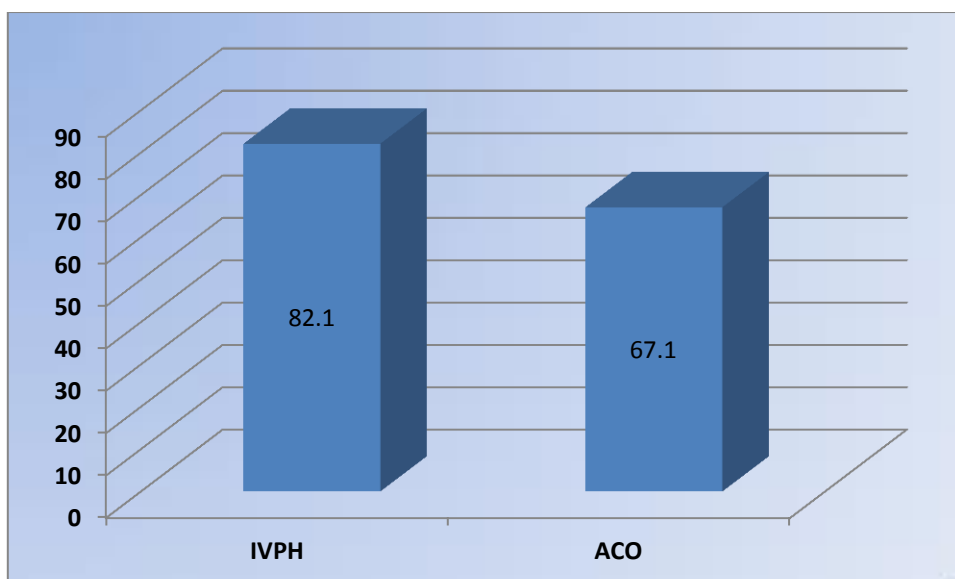
Fuente : Expediente clínico. *SR: sin registro.

Tabla 9. Infección del virus del Papiloma Humano y uso de anticonceptivos orales, de las pacientes conizadas que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

IVPH y ACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IVPH	115	82,1
ACO	94	67,1

Fuente : Expediente

Grafico 9. Infección por el Virus de papiloma humano y uso de anticonceptivos orales en las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



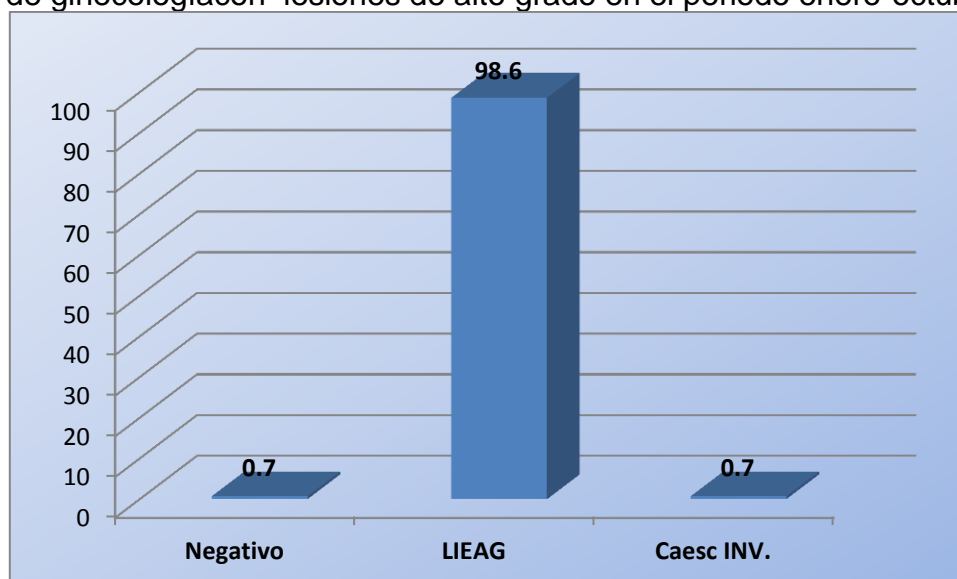
Fuente: Tabla No. 9

Tabla 10. Resultado de colpo-histológico de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

Colpo Biopsia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	1	0,7
Lesión de Alto Grado	138	98,6
Carcinoma escamoso invasor	1	0,7
Total	140	100,0

Fuente : Expediente clínico.

Gráfico 10. Resultado colpohistológico de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



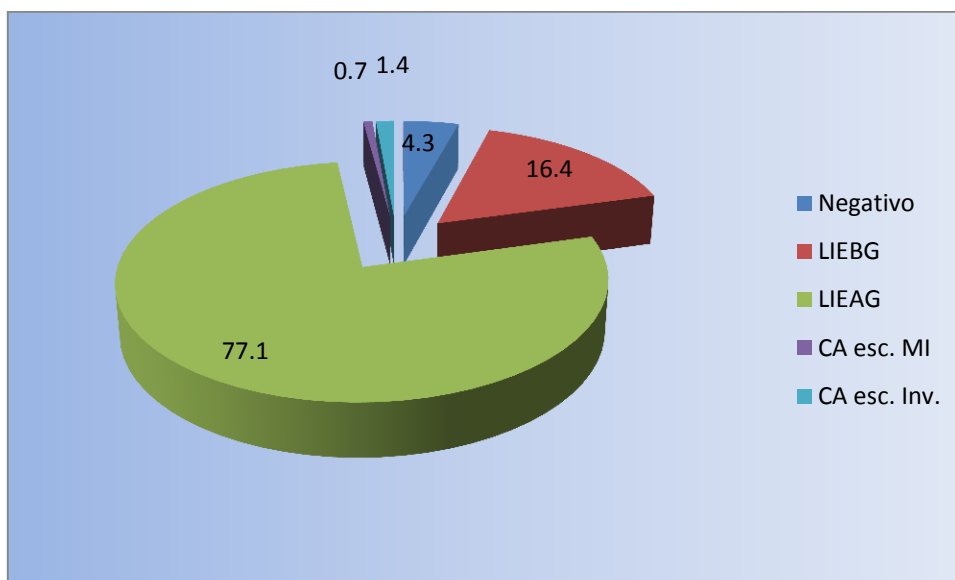
Fuente: Tabla No. 10.

Tabla No.11. Diagnóstico histológico por asa diatérmica de de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado, enero-octubre, 2015.

CONO´-BIOPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	6	4,3
Lesión de bajo Grado	2	16,4
Lesión de Alto grado	131	77,1
Carcinoma escamoso micro invasor	1	0,7
Carcinoma escamoso Invasor	1	0,7
Total	140	100,0

Fuente : Expediente clínico.

Gráfico 11. Colposcopia biopsia de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



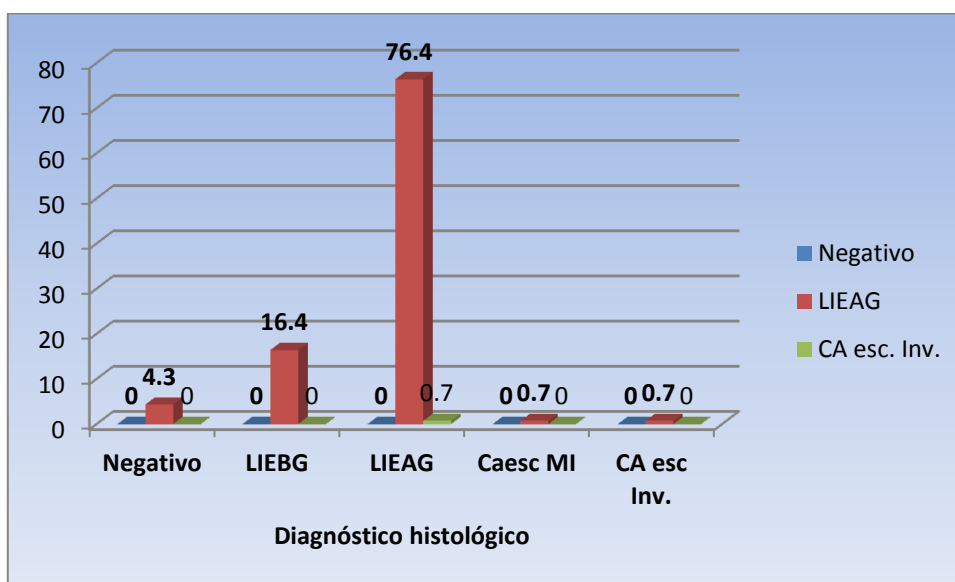
Fuente: Tabla No. 11

Tabla 12. Relación entre los diagnósticos por colpo biopsia y Diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015

Colpo biopsia	Diagnóstico histológico por asa diatérmica								TOTAL			
	Negativo		LIEBG		LIEAG		CA escamoso microinv			CA escamoso invasor		
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	
Lesión de Alto grado	6	4,3	23	16,4	107	76,4	1	0,7	1	0,7	138	99,3
Carcinoma escamoso Invasor	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Total	6	4,3	23	16,4	108	77,1	1	0,7	1	0,7	140	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 12. Relación entre los diagnósticos por Colpo biopsia y Diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015



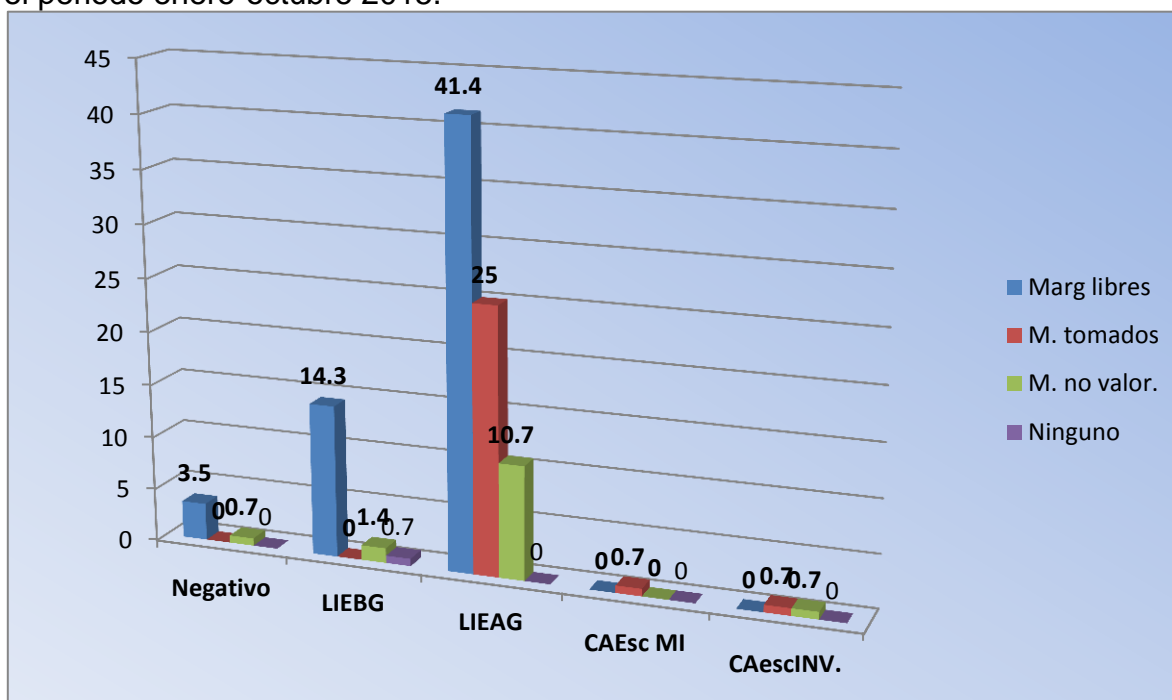
Fuente: Tabla No.12

Tabla 13. Bordes quirúrgicos y Diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.

Bordes quirúrgicos	Diagnóstico patológico por asa diatérmica										Total %
	Negativo		LIEBG		LIEAG		CA escamoso microinv.		CA escamoso invasor		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Márgenes libres	5	3,5	20	14,3	58	41,4	0	0,0	0	0,0	83
Márgenes tomados	0	0,0	0	0,0	35	25,0	1	0,7	1	0,7	37
Márgenes no valorables	1	0,7	3	2,1	15	10,7	0	0,0	1	0,7	20
Total	6	4,3	23	16,4	108	77,1	1	0,7	2	1,4	140

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 13. Bordes quirúrgicos y diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



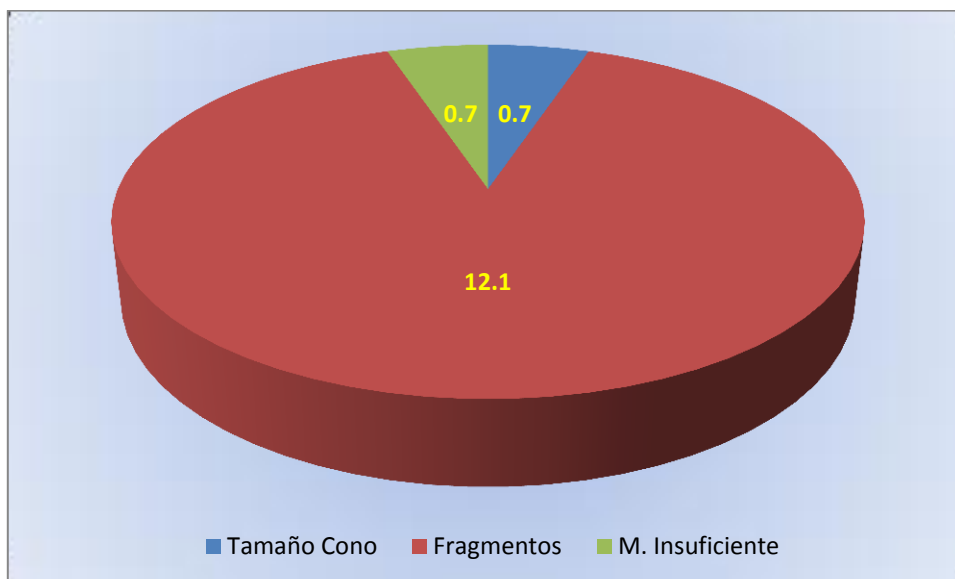
Fuente: No 13.

Tabla 14 . Motivo por el cual la biopsia histológica por asa diatérmica no fue valorable en las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015

Motivos no valorable	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tamaño del cono	1	0,7
Fragmentos	17	12,1
Muestra insuficiente	1	0,7
Total	19	13,5

Fuente: Expediente clínico

Gráfico 14. Motivos por el cual la biopsia por asa diatérmica no fue valorable de las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



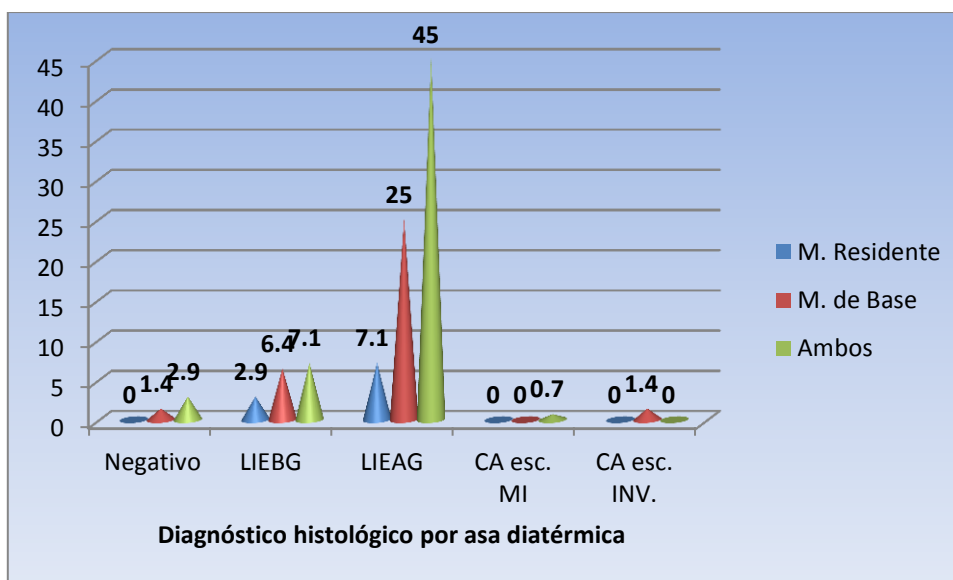
Fuente: Tabla No. 14

Tabla 15. Perfil del profesional que realiza el procedimiento y Diagnóstico histológico por asa diatérmica de las pacientes asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015

Perfil Profesional	Diagnóstico histológico por asa diatérmica										Total	
	Negativo		LIEBG		LIEAG		CA escamoso microinv		CA escamoso Invasor			
	N	%	N	%	N	%	N.	%	N	%	N	%
Médico Residente	0	0,0	4	2,9	10	7,1	0	0,0	0	0,0	14	10,0
Médico de base	2	1,4	9	6,4	35	25,0	0	0,0	2	1,4	48	34,3
Supervisado	4	2,9	10	7,1	63	45,0	1	0,7	0	0,0	78	55,7
Total	6	4,3	23	16,4	108	77,1	1	0,7	2	1,4	140	100,0

Fuente: expediente clínico

Gráfico 15. Perfil del profesional que realizó el procedimiento de ASA diatérmica en las pacientes que asistieron al servicio de ginecología con lesiones de alto grado en el periodo enero-octubre 2015.



Fuente: Tabla No. 15

Ficha de Recolección de Datos

I. Características sociodemográficas:

- 1.No. Ficha: _____ Edad _____ No. Expediente: _____
- 2.Procedencia: a) Urbana _____ b) Rural _____
- 3.Escolaridad: a) Analfabeta _____ b) Primaria _____
c) Secundaria _____ d) Técnico _____ e) Superior _____
- 4.Ocupación: ama de casa _____ técnico _____ otros _____

II. Antecedentes gineco-obstétricos:

- 5.Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Cesárea _____
- 6.IVSA _____ No. De Cross: _____ Infección VPH _____
- 7.Uso de anticonceptivos : Si _____ No _____

IV. Abordaje Diagnóstico:

1. Fecha de PAP de referencia: ____/____/____ Resultado _____
2. Fecha del Colpo-biopsia: ____/____/____ Resultado _____
3. Diagnóstico Colposcópico _____
4. Fecha de Cono -Biopsia: ____/____/____ Resultado _____
Márgenes libres _____ Márgenes tomados _____ Márgenes no valorables _____
Motivo por el cual no fue valorable:
tamaño del cono _____
fragmentos _____
muestra insuficiente _____
5. Perfil del profesional que realiza el procedimiento:
médico residente _____ médico de base _____ ambos _____
6. Propósito del cono biopsia:
Diagnóstico _____
Terapéutico _____
7. seguimiento de la paciente por PAP:
Positivo _____
Negativo _____

