

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL BERTHA CALDRON ROQUE



TESIS
Para optar al Título de Medico
Especialista en Ginecología y Obstetricia

TEMA:
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LESIONES
INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN PACIENTES
SOMETIDAS A ASA DIATERMICA CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE ENERO 2013 –
DICIEMBRE 2014.

AUTOR:

Dra. María Isabel Herrera López.
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia HBCR.

TUTOR

Dr. Camilo Uriel Pravia.
Especialista en Ginecología y Obstetricia del HBCR.

ASESOR METODOLOGICO:

Dr. Carlos Martin Dinarte Mendoza.
Especialista en Ginecología y obstetricia.
Especialista Infanto juvenil.
Maestría en salud pública.

Managua, Febrero 2015

OPINION DEL TUTOR

El presente trabajo es un esfuerzo por encontrar datos estadísticos ocultos en lo que respecta al seguimiento de las pacientes con lesiones de alto grado tratadas con asa diatérmica en la clínica 13-3. Son datos que se encuentran en los expedientes de estadística de este hospital y que requiere de muchas horas de dedicación para conseguirlos y llevarlos a un análisis para ser procesados.

En los últimos años hay mayor preocupación por estas lesiones por parte de nuestro gobierno con el objetivo de prevenir lesiones mayores como lo es el cáncer invasor y el seguimiento de estas pacientes esta siendo mejor controlado desde los centros de salud con bases de datos muy bien controladas paciente por paciente en el SILAIS que a un futuro no muy lejano serán mejor controladas estas pacientes hasta lograr disminuir esta enfermedad que diezma a la población nicaragüense.

Estamos claro que con esto no vamos a eliminar esta enfermedad aun falta mucho por hacer con esta enfermedad una de las tantas dificultades que seguimos enfrentando son aquellas pacientes que por pena o por cualquier otra razón no se realizan exámenes o chequeos para detectar lesiones precancerosas y sobre todo la accesibilidad a los servicios otro reto de nuestro ministerio de salud y que en muchos casos son las que se descubren ya avanzados cuando para la ciencia médica tiene muy pocas alternativas ofrecer que sean favorables a las pacientes.

RESUMEN

Se realizó un estudio Descriptivo, tipo retrospectivo de corte transversal en el que se estudiaron los Resultados del Tratamiento de las Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado en pacientes sometidas a Asa Diatérmica Consulta Externa Hospital Berta Calderón Roque Enero 2013 – Diciembre 2014.

El objetivo General del estudio fue Conocer la Respuesta al tratamiento de las lesiones tempranas ante el manejo con ASA Diatérmica en el periodo de estudio establecido mediante el seguimiento con la prueba de tamizaje diagnostica como es el PAPANICOLAU.

La muestra estuvo conformada por un total de 300 pacientes que cumplieron con criterios clínicos de inclusión diagnosticadas con LESIONES DE ALTO GRADO por Biopsia Colposcópica que acudieron a la clínica 13-3 del servicio de ginecología de la consulta externa del HOSPITAL BERTHA CALDERON en el periodo de estudio.

La fuente de información fue secundaria por revisión de expedientes clínicos.

Obtuvimos los siguientes resultados:

El grupo etareo predominante fueron las mujeres jóvenes menores de 35 años; así mismo la población mayormente afectada son las mujeres de bajo nivel académico.

En la población estudiada se encontró LIEAG en mujeres multíparas con más de 4 partos, con un inicio de vida sexual temprana antes de los 18 años.

Hay una estrecha correlación clínica-cito-colposcópica, así mismo el reporte histológico predominante del ASA Diatérmica apoya el diagnostico de las LIEAG en un alto porcentaje.

De las 245 diagnosticadas por Cono-Biopsia, 182 de ellas tuvieron regresión quedando libres de la enfermedad para un 74% del total del estudio.

Por tanto concluimos, que la conización es una técnica eficaz para el diagnostico y tratamiento de las lesiones de alto grado sustentado esto por el seguimiento realizado a las pacientes durante los 2 años del estudio en el cual se reflejo un adecuado manejo terapéutico así como también resultados alentadores a una mejora de la calidad de vida del paciente en todos sus ámbitos social, económico y emocional.

DEDICATORIA

- A mi Dios padre Todopoderoso por ser la fuerza mayor que me impulsa a servir, a hacer el bien y a ser mejor día a día.
- A mi Madre querida por darme la vida y el aliento de amor incondicional, por estar siempre presente y cuidar de mis pequeñas hijas el tiempo que me ausente para poder concluir esta tesis.
- A mi esposo y familia por el apoyo y aporte invaluable en la realización de este estudio sacrificando sus noches de sueño.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios en primer lugar que es el escudo y fortaleza de mi vida, a quien debo enteramente todo lo que tengo y lo que soy.

A nuestros tutores docentes todos ellos quienes aportaron en diferente grado a nuestra formación académica en estos cuatro años de estudio y sacrificios en el Hospital donde hoy culmina una etapa más de nuestras vidas.

A mi hermosa familia por caminar siempre a mi lado siendo el motor que me impulsa a ir siempre adelante forjando metas y labrando el camino para la superación.

Y no podría dejar de agradecer a todos los pacientes con los cuales trabajamos en nuestro ejercicio diario quienes nos enseñan el sentido humanístico de nuestra profesión.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO	36
RESULTADOS	43
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	53

- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GLOSARIO

1. **ASCUS:** células escamosas atípicas de significado indeterminado.
2. **ASC-H:** Células escamosas atípicas con lesiones de alto grado que no pueden ser excluidas.
3. **ASC -GUS:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado
4. **CIS:** Carcinoma In Situ
5. **H-LIE:** Lesión intraepithelial de alto grado.
6. **HBCR:** Hospital Bertha Calderón Roque.
7. **IVAA:** Inspección visual con ácido acético.
8. **ICTV:** Comité internacional para taxonomía de los virus.
9. **ITS:** Infección de transmisión sexual
10. **INOR:** Instituto nacional de Oncología y Radiología
11. **LIEBG:** Lesión intraepitelial de bajo grado.
12. **LIEAG:** Lesión intraepithelial de alto grado.
13. **LEEP:** Escisión electroquirúrgica con ASA
14. **NIC:** Neoplasia intraepithelial cervical.
15. **PAP:** Papanicolaou
16. **S-LIE:** Lesión intraepithelial de bajo grado.
17. **SV40:** Virus Vacuolizante de Simios.
18. **TBS:** Sistema Bethesda.
19. **UEC:** Unión escamosa – cilíndrica.
20. **VPH:** Virus del papiloma humano.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones pre invasoras del cuello uterino suelen desarrollarse en la época reproductiva de la mujer y cualquier terapéutica excesiva puede comprometer la capacidad para tener hijos. Por el contrario los tratamientos insuficientes, alteran el curso natural de la enfermedad y dificultan el diagnóstico de la persistencia de la lesión obligando, en la mayoría de los casos, a una agresividad terapéutica que hubiera sido innecesaria de haber aplicado inicialmente la técnica adecuada. (25)

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios evolutivos: NIC1, NIC2 o NIC3. Si no son tratadas, la NIC2 o NIC3 pueden progresar hacia cáncer cervicouterino. (5)

Se estima que cada año aproximadamente 1 - 2% de las mujeres cursan con lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG). Entre las mujeres seropositivas al VIH la tasa notificada es mayor, llegando a un 10% (5).

Aunque la mayoría de las lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG) derivan de LIEBG (lesiones intraepiteliales de bajo grado), aproximadamente el 20% de estos casos aparecen "de novo", sin LIEBG previos. Las tasas de progresión no son uniformes, y aunque sobre todo el virus VPH 16 y 18 están asociados con un riesgo elevado, es difícil predecir la evolución en una persona en particular. (21)

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación etiológica del cáncer de estos últimos 25 años ha sido la demostración que el cáncer de cuello uterino así como las lesiones pre malignas están causados por la infección por virus del papiloma humano (VPH), por lo cual se puede afirmar inequívocamente que el cáncer de cuello uterino es el resultado final de una infección de transmisión sexual no resuelta. (4)

En la práctica generalizada el proceso diagnóstico consiste en someter a tamizaje a las mujeres utilizando citología (prueba de Papanicolaou) y, si los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico de la Neoplasia intraepitelial se basa en

una posterior colposcopia, biopsia de las lesiones sospechosas, y tratamiento solo cuando se haya confirmado histológicamente la presencia de una lesiones de alto grado.(6)El tamizaje tiene como objetivo entonces, detectar las lesiones precursoras en el epitelio cervical que serían el antecedente del cáncer invasor. (1)

Los tratamientos disponibles para lesiones pre malignas incluyen crioterapia, exceresis con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y conización con bisturí las cuales han demostrado ser una herramienta útil y el método más exacto para el diagnóstico y tratamiento de las displasias del cérvix y Ca in situ (5).

El porcentaje de recurrencia o persistencia de estas lesiones es según los diferentes estudios de 5 a 17% independientemente del uso de tratamiento excisional o ablativo. Las mayores tasas de enfermedad persistente se asocian a mayor tamaño lesional, afectación del canal endocervical, márgenes positivos y persistencia del ADN viral (especialmente HPV 16) 6 meses o más pos tratamiento (16).

La consecuencia drástica y lamentable de la falta de detección precoz y de no brindar el tratamiento oportuno a estas lesiones pre malignas en etapas incipientes contribuye mayormente al cáncer de cuello uterino, el cual es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, con estimaciones de 530.000 nuevos casos diagnosticados cada año y 275.000 fallecimientos. Más del 85% de los casos se produce en países en vías de desarrollo, donde el cáncer de cuello de útero representa el 13% de los cánceres femeninos, con un riesgo acumulado antes de los 65 años de edad del 1,5%.

ANTECEDENTES

En Nicaragua las LIEAG son una de las primeras causas de Morbi- mortalidad, el incremento lleva a un problema de salud pública cada vez más preocupante ya que se ha observado un aumento lesiones iniciales en edades más tempranas, ha obligado también, a modificar la conducta terapéutica: tratamiento destructivo local y escisiones con Asa.

Luciano Cruz Edgar y col, en enero 2007 - junio 2009, realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y Observacional en el Hospital Civil de Guadalajara México, del Pronostico de las lesiones cervicales sometidas a conización cervical con asa diatérmica y esferólisis se les dio seguimiento cada 3 meses por 2 años. Los resultados diagnósticos pos ASA (pos tratamiento) fueron: 30 pacientes (50%) con LIEAG; 24 (40%) con LIEBG; 2 casos (3.3%) sin patología; 2 casos (3.3%) con eversión glandular y 2 con adenocarcinoma (3.3%). La efectividad terapéutica a los 6 y 9 meses fue del 96.4% para las LIEAG y 91% para las LIEBG, alcanzando la curación definitiva después de los 12 meses del control (19).

Bosques, Delgado y Col. diciembre 2008 en la Habana Cuba Montero, realiza un estudio sobre Tratamiento y Seguimiento de las Lesiones Pre malignas del Cuello Uterino, en pacientes sometidas a biopsia por cono con bisturí frío. El seguimiento mínimo fue de 3 años con citología. En el 28% de los casos recurrió la enfermedad dentro de los 2 primeros años del seguimiento control y las lesiones fueron de alto grado (2)

En el trabajo de **Varela y col. año 2009** el resultado del seguimiento de bordes comprometidos (33 casos) pos ASA Diatérmica, muestra una segunda conización en 15 e histerectomía en 4. La persistencia de la displasia (NIC) pos cono correspondió al 10,9% del total de pacientes, lo cual se corresponde con la literatura.

Algunos estudios informan para la crioterapia y la conización tasas de fracaso de hasta 10 al 15%, según las características de la lesión, por lo que recomiendan un seguimiento mínimo de un año.

En su trabajo **Calderaro F. y col. En resultados anatomopatológicos radio quirúrgicos con ASA Diatérmica 2005-2009** evidenció lesión residual en 46 pacientes (11,5%) en un total de muestra de 400 pacientes. La persistencia estuvo compuesta por: 2 pacientes con carcinoma invasor (4,3%), micro invasor en 10 pacientes (21,7%); NIC III en 30 pacientes (65,2%); NIC II en 3 pacientes (6,52%) y NIC I: en sólo 1 paciente (2,17%), así como recurrencia en 3 pacientes.

En nuestra Institución tampoco se encontraron estudios sobre la efectividad del tratamiento con ASA Diatérmica en el manejo de estas lesiones tempranas ni el grado de recurrencia en nuestras pacientes atendidas en la consulta externa del Hospital en caso de existir se desconoce.

Vargas Byron, febrero 2012, en Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años (Enero del año 2010 a Enero del año 2012) en el servicio de consulta externa del HBCR encontrando que el tratamiento de elección para las pacientes con lesión pre invasiva fue el asa diatérmica representando a 75 pacientes (25%) mientras que la Histerectomía Abdominal solo represento el 3.3% con 10 pacientes (1).

JUSTIFICACION

La identificación de lesiones de alto grado se convierte en un reto para la salud pública a nivel mundial y nacional en su afán de prevenir el resultado devastador que tiene el cáncer cervicouterino, siendo esta la segunda neoplasia maligna más frecuente en Centroamérica después del cáncer de mama y en Nicaragua ocupa el primer lugar de mortalidad por causa oncológica en mujeres cada vez más jóvenes.

El impacto creciente de su presentación en las últimas décadas de predominio en un 70% en mujeres en edad fértil, 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.

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 de imprescindible vitalidad 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.

Por todo esto con nuestro estudio pretendemos servir de base para:

- ❑ Evaluar el desempeño del servicio relacionado con el abordaje de esta entidad clínica.
- ❑ Favorecer el fortalecimiento de estrategias o programas dirigidos a mejorar indicadores de morbimortalidad relacionadas con este problema a nivel institucional.

- ❑ Contribuir al mejoramiento en la calidad de la atención de la población afectada.
- ❑ Incorporar elementos teóricos relevantes para la formación de recursos, estableciendo pautas para el desarrollo de futuros estudios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la mejor evidencia científica según la **OPS** para evaluar los efectos de tratamiento” son los procedentes de ensayos controlados aleatorizados, identificamos pocos estudios de este tipo que evalúen estas estrategias y notifiquen resultados importantes para las pacientes.

La poca documentación registrada en nuestro Hospital sobre la evolución que tienen las pacientes con Lesiones de Alto Grado tratadas con ASA Diatérmica afecta sensiblemente la eficacia de estrategias o programas dirigidos a resolver este problema y por ende en los indicadores de morbimortalidad de la población que lo padece.

Ante esta problemática nos planteamos en nuestro estudio: Determinar la respuesta al tratamiento de las lesiones de alto grado en pacientes sometidas a Asa Diatérmica atendidas en la consulta externa del HBCR en enero 2013 – diciembre 2014.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los resultados del tratamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes sometidas a asa diatérmica atendidas en la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque de Enero 2013 - Diciembre 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Identificar los antecedentes gineco obstétricos en las pacientes estudiadas.
3. Determinar el grado de correlación existente entre la biopsia incisional y la pieza LEEP, y las características de los márgenes reportados.
4. Conocer los resultados obtenidos con el seguimiento citológico posterior al tratamiento con ASA Diatérmica.

M A R C O T E O R I C O .

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

En esta entidad resulta práctico llevar a colación las bases en las que sentó el desarrollo del estudio histopatológico; la prueba del Papanicolaou fue descrita en 1928 por el griego George Papanicolaou (1883-1962) , no fue sino hasta en agosto de 1941 cuando los resultados se dieron a conocer en el American Journal of Obstetrics and Gynecology en un artículo titulado " El valor diagnóstico del frotis vaginal en el carcinoma del útero.

En 1925 - La colposcopia es iniciada en Alemania por Hans Hinselmann con la invención del colposcopio, solo fue hacia 1934 que los patólogos Alemanes le dan crédito a este invento y se acuña el término de Leucoplasia como entidad precancerosa. (29)

En 1928 – El Patólogo vienés Walter Schiller descubre que el epitelio escamoso diferenciado contiene glucógeno y puede colorearse In vivo con una solución de Lugol, y que el epitelio anómalo carece de glucógeno y no se colorea. (Test de Shiller positivo). (13)

En 1964 – Se funda la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología cervical. (A S C C P).

La primera terminología colposcópica internacional fue aprobada en 1975, y publicada por Staff sometida a cambios en 1990.

Esta nueva terminología se presentó en Barcelona, en el 2002, y fue publicada por Walker y colaboradores en el 2003. Sin embargo, ésta no es fija y se anticipa que puede modificarse en el futuro, según los adelantos científicos.

Todos estos avances en la historia de la medicina cito patológica han constituido los cimientos que impulsan a la detección temprana a fin de incidir en el manejo oportuno de estas lesiones pre invasoras (26).

Los términos "carcinoma pre invasivo" (SCHILLER⁵, 1928) y "carcinoma superficial" (MEYER⁶, 1930) fueron sustituidos por el término CIS (carcinoma in situ) (SCHOTTLANDER Y KERMAUNER⁷, 1912; BRODERS⁸, 1932).

Clasificar separadamente la displasia y el cáncer in situ fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a cáncer in situ. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La Neoplasia Intraepitelial Cervical se dividió en los grados 1, 2 y 3 (Richart, 1968) (23). NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada, NIC 3 y Cáncer In Situ a la displasia grave.

En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como la atipia coilocítica o condilomatosa asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo perinuclear en el citoplasma, que indica cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH (9). Esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: Neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones por Neoplasia Cervical 1; y Neoplasias de alto grado que comprendía (NIC 2 y NIC 3). Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor (Richart, 1990) (24).

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical (informe del seminario del Instituto Nacional del Cáncer, 1989; Solomon,

1989; Kurman *et al.*, 1991) (28- 15). Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS) (informe del taller del Instituto Nacional del Cáncer, 1992).

PAPANICOLAU	OMS (1950)	CIN (1967)	BETHESDA (1980)	BETHESDA (2001)
Grado I			ASC ASGUS	ASC-US/ ASC-H AGC
Grado II	Displasia leve	CIN I	LSIL	LSIL
Grado III	Displasia moderada Displasia severa	CIN II CIN III	HSIL	HSIL
Grado IV	Carcinoma In situ			
Grado V	Carcinoma micro infiltrante Carcinoma Infiltrante	Carcinoma Infiltrante	Carcinoma Infiltrante	Carcinoma escamoso Adenocarcinoma in situ endocervical

Correlación entre la terminología displasia/ carcinoma in situ, nic y bethesda			
TERMINOLOGÍA DE DISPLASIA	TERMINOLOGIA NIC ORIGINAL	TERMINOLOGIA NIC MODIFICADA	SISTEMA BETHESDA TERMINOLOGIA LIE (1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de límites normales Cambios celulares Bx (infección o reparación) ASCUS/ASGUS
Atipia	Atipia coilocítica, Condiloma plano, sin cambios epiteliales	NIC de bajo grado	L- LIE
Displasia o discariosis leve	NIC I	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia o discariosis moderada	NIC II	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia o discariosis grave	NIC III	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma In Situ	NIC III	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor

La característica principal del TBS (sistema Betesda) fue la creación del término **“lesión intraepitelial escamosa” (LIE)**, con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación Bethesda combina los cambios condilomatosos planos del VPH y NIC 1 en Lesiones de bajo grado (L-LIE), mientras que las Lesiones de alto grado (H-LIE) abarca las neoplasias intra cervicales más avanzadas (NIC 2 y NIC 3). Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico.

El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos.

ETIOPATOGENIA DE LA NEOPLASIA CERVICAL

Algunos estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de precursores del cáncer cervicouterino y del propio cáncer. Entre dichos factores figuran la infección con ciertos tipos encógenos de papiloma virus humanos (VPH)(14), las relaciones sexuales a una edad temprana, la multiplicidad de compañeros sexuales, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el consumo de tabaco, la pobreza, la infección por *Chlamydia trachomatis*, la carencia de micronutrientes y un régimen alimentario con pocas frutas y verduras (Bosch *et al.*, 1995; Schiffman *et al.*, 1996;Walboomers *et al.*, 1999; Franco *et al.*, 1999; Ferenczy y Franco, 2002). (4-25-32-10-9-11)

La primera constatación de que el cáncer de cuello de útero tenía un posible origen infeccioso fue la observación, en 1842, de que el cáncer de cuello de útero se presentaba en mujeres casadas en Florencia, pero era excepcional entre las monjas de los monasterios de la ciudad (Scotto y Bailar, 1969)(26). Analizando retrospectivamente, este patrón de comportamiento ya reflejaba la existencia de un agente transmisible por vía sexual. Es más, durante algún tiempo, el virus del *Herpes simple* tipo 2 e incluso *Chlamydia trachomatis* fueron propuestos como posibles agentes causales del carcinoma de cuello de útero (Vonka y col., 1987). (46) A partir de la década de los 70 se hizo patente la estrecha relación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y las lesiones escamosas intraepiteliales e invasivas cervicales, relación principalmente basada en datos epidemiológicos.

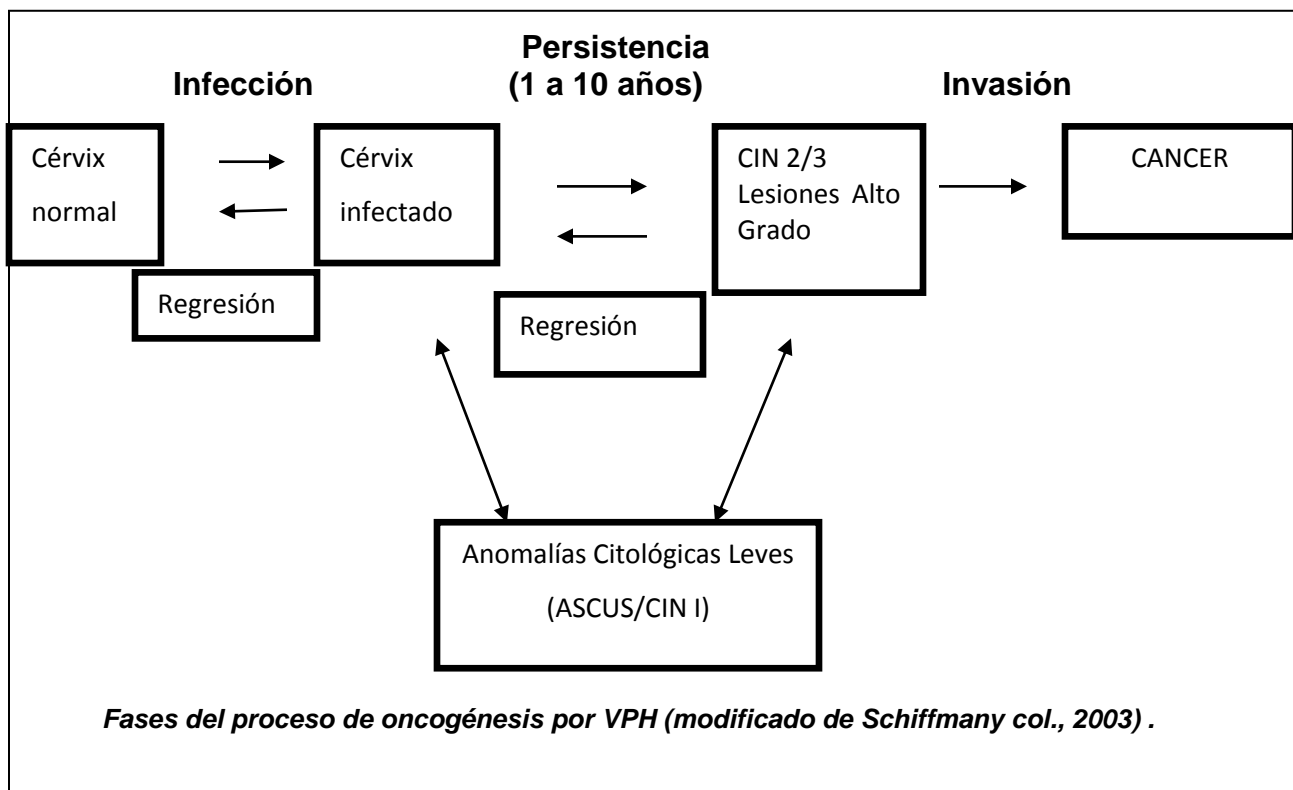
A partir de finales de los 80 y sobre todo en la década de los 90, la causalidad se fundamentó no sólo desde un punto de vista epidemiológico, sino sobre sólidas bases biológicas (Yee y col., 1985; Pirisi y col., 1987) (33-18). El conocimiento de que un virus de transmisión sexual es el agente causal del cáncer de cuello de útero ha

proporcionado una nueva dimensión clínico epidemiológica y social a dicha patología.

En el año 2008 se le concedió el premio Nobel en Medicina al Dr. Harald zur Hausen por sus investigaciones relacionadas con el mecanismo de la carcinogénesis producida por el VPH, los factores que predisponen la persistencia viral y la transformación celular.

Clasificación Epidemiológica Del Riesgo Oncogénico

CLASIFICACION EPIDEMIOLOGICA	TIPOS DE VPH
Alto Riesgo	16,18,31, 33,35,39,45,51,52,56,58,59
Probable alto riesgo	26,53,66,68,73,82
Bajo Riesgo	6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81,CP6108



Aunque muchas mujeres contraen infección por el VPH, la mayoría de éstas no progresan a cáncer de cuello de útero. Por lo tanto, es probable que otros cofactores intervengan en la patogénesis de la infección.

Los tres grupos de cofactores potenciales son:

- ❖ **-Cofactores medioambientales o exógenos**, incluyendo anticonceptivos hormonales, hábito tabáquico, paridad y coinfección con otras ITS.
- ❖ **-Cofactores virales**, como infección por tipos específicos, coinfección con otros tipos del VPH, variantes virales, carga viral e integración viral.
- ❖ **-Cofactores del huésped**, incluyendo hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunitaria (12).

Con respecto a los cofactores medioambientales, se ha observado que el tabaco aumenta el riesgo de progresión de la infección por VPH entre 2-4 veces frente a no fumadores. El tabaco tiene un efecto carcinogénico directo y además produce alteración de la inmunidad local en el cuello uterino, contribuyendo a la persistencia de la infección.

El consumo de anticonceptivos orales durante 10 años se asoció a un aumento en aproximadamente el doble de riesgo comparado con las mujeres que nunca habían usado anticonceptivos orales. Como hipótesis, se postula que los estrógenos y progestágenos pueden potenciar la expresión de genes del VPH en el cérvix a través de mecanismos mediados por receptores de progesterona y elementos de respuesta hormonal en el genoma viral.

La alta paridad se ha relacionado con un aumento de los casos de lesiones de alto grado y cáncer de cérvix, se ha postulado que el mantenimiento durante muchos años de la zona de transformación en el exocérvix, puede facilitar la exposición al VPH, aunque podrían también estar implicados factores hormonales que lo justifique

EVOLUCION NATURAL DE LAS LIE			
Anomalia citológica de referencia	Regresión a la normalidad a los 24 meses	Progresión a H-LIE a los 24 meses	Progresión a cáncer invasor a los 24 meses
ASCUS	68.2%	7.1%	0.3%
L- LIE	47.4%	20.8%	0.2%
H- LIE	35.0%	23.4%(persistencia)	1.4%

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS NOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES

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 yodonegativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la lesión contiene escaso o ningún glucógeno. (5)

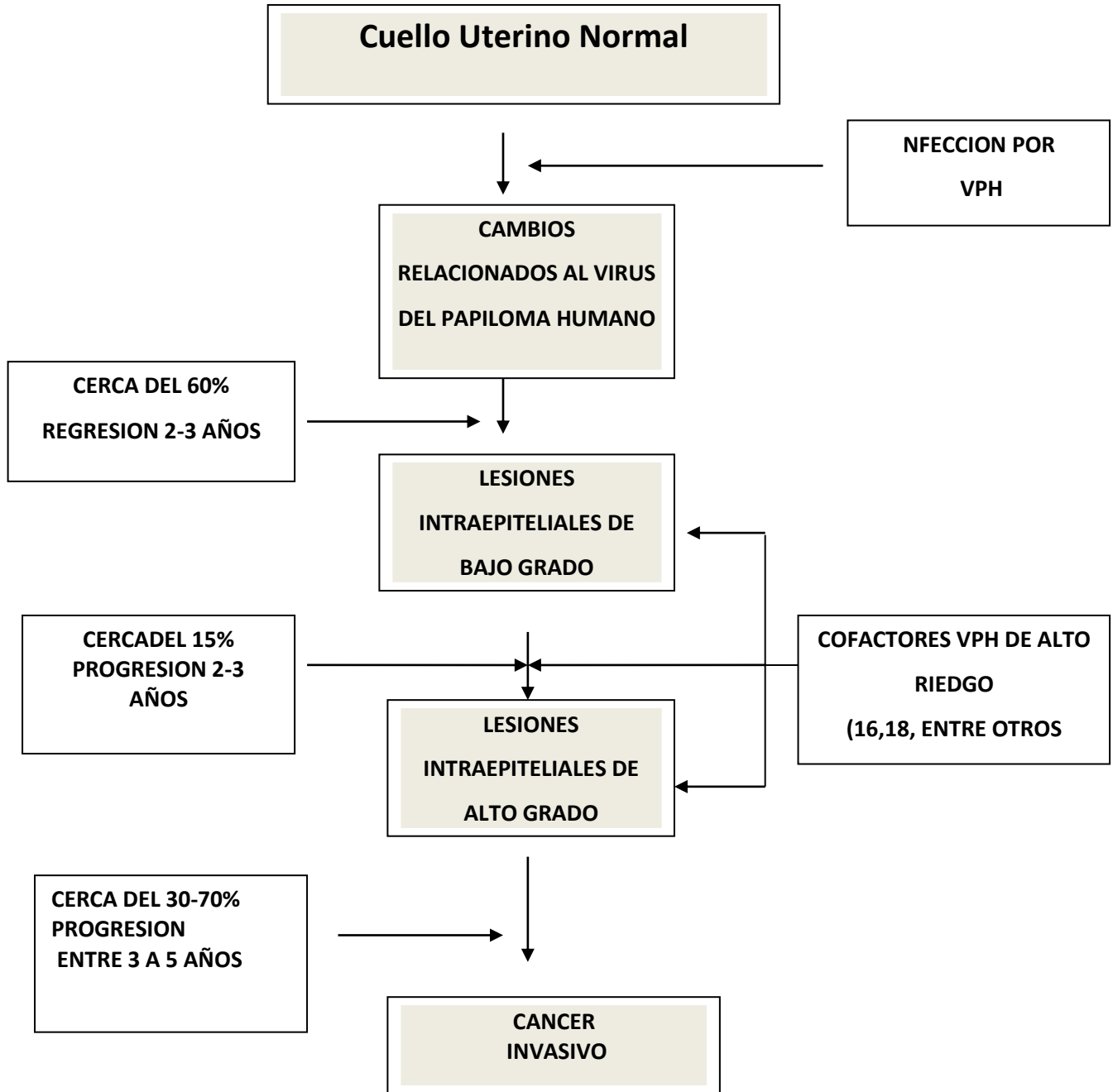
Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

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

B. Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a 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. (20)

RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO



La evolución natural de las lesiones intraepiteliales (LIE), pueden proceder a regresión / progresión en cualquiera de sus etapas.

PROCESO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El objetivo de un programa de “tamizaje y tratamiento” de ésta patología es reducir el cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, con relativamente pocos eventos adversos.

Las pruebas de tamizaje habituales que se utilizan ampliamente incluyen las pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH), la citología (prueba de Papanicolaou) y la inspección visual con ácido acético (IVAA). Estas pruebas pueden ser utilizadas como una única prueba o en una secuencia. Cuando se utiliza una única prueba, un resultado positivo indica la necesidad de tratamiento.

Al usar una secuencia de pruebas, las mujeres con resultados positivos en la primera prueba reciben una segunda prueba, y sólo se trata a las que tienen resultados positivos en la segunda prueba. A las mujeres con una primera prueba de detección positiva y una segunda prueba de detección negativa se les hace seguimiento. Los tratamientos disponibles incluyen crioterapia, excisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y conización con bisturí. (7)

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).

Tamizaje: Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con PAP a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con IVAA a las de 30 a 50 años.)(20)

En el diagnóstico del pre-cáncer cervical, la citología, colposcopia y biopsia están inter-ligadas y son complementares. El colposcopista debe estar consciente de las ventajas y desventajas de cada técnica.

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)
- (17).

EXAMEN COLPOSCOPICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL

- El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical depende del reconocimiento de cuatro características principales: la intensidad (tonalidad), la acetoblancura, los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblanas, las características vasculares y los cambios cromáticos después de la aplicación de yodo (lugolización).)(8)
- 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 y las lesiones inflamatorias puede requerir una considerable destreza.
- En caso de duda debe indicarse una biopsia.

- La observación de zonas, densas, opacas, acetoblancoas 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 acetoblancoas delgadas, planas, de bordes bien delimitados pero irregulares, en forma de pluma, angulosos o digitiformes.

- Las Neoplasias de alto grado se asocian con zonas acetoblancoas, 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 acetoblancoas 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 acetoblancoas.

- Las características vasculares, como el punteado fino y los mosaicos finos en las zonas acetoblancoas, pueden asociarse con Neoplasias Intraepiteliales de bajo grado.

- El punteado grueso y los mosaicos gruesos en las zonas acetoblancoas 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. (17)

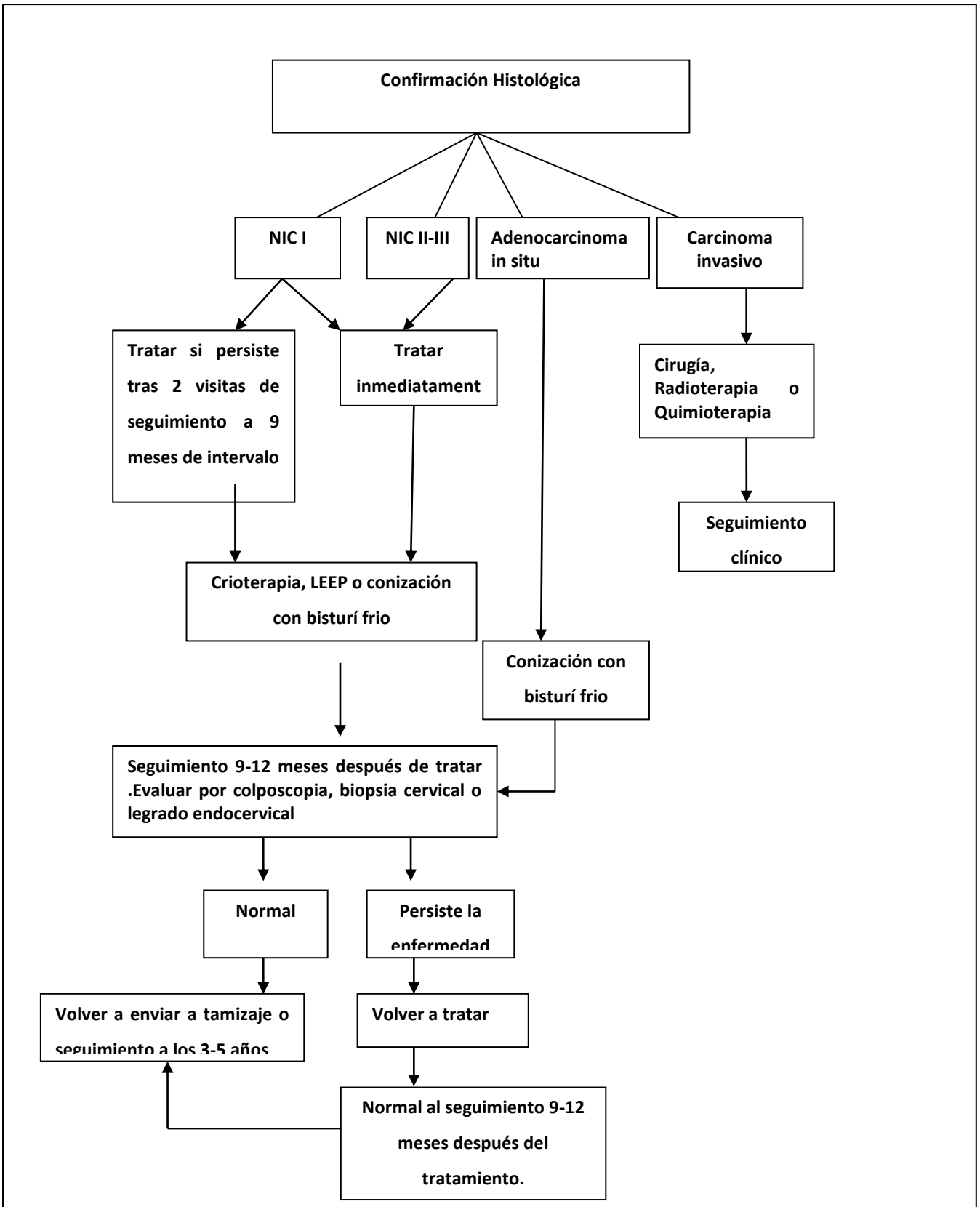


Diagrama de la actitud diagnóstico-terapéutica ante la neoplasia cervicouterino y otras afecciones en entornos de pocos recursos. (NIC = neoplasia intraepitelial cervical; LEEP = escisión electroquirúrgica con asa)

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor.

Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos que conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial.

Los tratamientos destructivos sólo tienen indicación en el condiloma cervical o en la Neoplasia Intraepitelial I, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: lesión pequeña totalmente visible, confirmada en un examen colposcópico valorable, y con ausencia de lesión endocervical verificada mediante legrado o citología con cepillado y asegurando su seguimiento. Con estos criterios, los resultados son semejantes con cualquiera de las técnicas, con tasas de curación del 90-96%.

En lesiones extensas o Lesiones de alto grado no se debe utilizar la Electrocoagulación ni la crioterapia.

El tratamiento excisional es de elección en las mujeres con Lesiones de alto grado.

Actualmente se realiza con preferencia mediante asa diatérmica con anestesia local y de forma ambulatoria.

Hay muy pocas indicaciones para realizar una conización clásica con bisturí en quirófano. Este tratamiento permite el estudio histológico exhaustivo y diagnostica un carcinoma oculto inicialmente invasivo en aproximadamente un 1 % de los

casos. Las complicaciones son fundamentalmente hemorragia en un 3-4 % y estenosis cervicales hasta en 6%. (28)

Los métodos se dividen en dos grupos:

Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia.
2. Electrofulguración.
3. Fulguración con Láser.

Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

1. Cono frío.
2. Resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP).
3. Cono láser.
4. Histerectomía. (20)

ESCISION ELECTROQUIRURGICA CON ASA -LEEP

La electrocirugía consiste en emplear corriente eléctrica de radiofrecuencia 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 electro quirúrgico. Esto es importante en electrocirugía, pues para poder realizar un examen histopatológico adecuado, el efecto de coagulación en muestra quirúrgica obtenida debe ser mínimo. (30)



Asas, electrodo de bola, electrodo de macroaguja

CONIZACION

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. (28)

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 endocérnix 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 (27)

VENTAJAS:

- Tasa de curación elevada (entre el 91 y 98%).
- Se obtiene una pieza solvente para el examen histológico, lo cual permite descartar la posibilidad de una enfermedad invasora.
- Pocas complicaciones.
- Se puede realizar de forma ambulatoria en el nivel secundario del sistema sanitario.
- Rápida (lleva entre 5 y 10 minutos) y técnicamente sencilla de efectuar.
- En el método de visualización y tratamiento se puede ofrecer diagnóstico y tratamiento a la par, ampliando al máximo la cobertura terapéutica.

DESVENTAJAS:

- Exige una formación intensiva.
- Hemorragia posquirúrgica en menos del 2% en las mujeres tratadas.
- Se necesita un equipo más complejo.
- Requiere electricidad.
- Requiere anestesia local.

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

INDICACIONES PARA LA CONIZACIÓN

- 1- Lesiones pre malignas de alto grado (NIC II, NIC III)
2. La lesión se extiende en el conducto endocervical, de modo que no puede llevarse a cabo una evaluación colposcópica de su extensión.
- 3- La UEC no se visualiza por completo.
- 4- Hallazgos de microcarcinoma en una biopsia.
- 4- Legrado endocervical positivo.
- 5- En CACU in Situs.
- 6- En pacientes que desean conservar el útero
- 7-Disociación Citocolposcópica.
- 8-NIC I Persistente
- 9-Persistencia de lesiones de Bajo o Alto grado posterior a una conización. (3)

CONTRINDICACIONES 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.
5. Periodo menstrual.
6. Enfermedades cardíacas y metabólicas descompensadas.
7. Paciente senil en la cual hay persistencia de lesión de alto grado a pesar de intervención con conización. (6)

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 exocérnix, es decir, el travesaño paralelo al exocérnix.
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 exocérvis 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.(3)

UN 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)

INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN NEOPLASIA INTRAEPITELIAL

En cuanto a la histerectomía, su indicación podemos decir que va a ser

Excepcional:

1. Cuando la lesión es más extensa con afectación de 2 ó 3 márgenes sin deseo gestacional.
2. Díficil seguimiento y control
3. Etapa peri menopáusica
4. Patología benigna asociada.
5. Cérvix pequeños o atróficos
6. Circunstancias que no permiten el manejo conservador o la conización.
7. Paridad satisfecha.
8. Elección de la paciente.
9. Recidiva persistente tras tratamientos escisionales. (22)

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:

- ❑ la detección de persistencia(enfermedad residual) y
- ❑ la detección de recurrencias (enfermedad “de novo”).

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: Diagnostico dela 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 (L-SIL) en la citología y/o colposcopia-biopsia, con estudio endocervical negativo, se planteará un tratamiento excisional o destructivo.

Si la citología es de H-SIL y/o la colposcopia igual y/o el estudio endocervical es positivo, se indicará una Reconización.

Desde hace más de una década sabemos que también se están investigando las **vacunas terapéuticas** para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial y el cáncer cervical, capaces de estimular el sistema inmune para identificar y destruir las células infectadas por el HPV. Sin embargo, su desarrollo ha sido lento. No obstante, los resultados iniciales de los estudios en fase II para el tratamiento de las Lesiones de Alto Grado, comunicados en abril de 2006 por tres compañías parecen muy prometedores.

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). (3)
- Estenosis cervical.
- Abortos espontáneos con la excisión de un tejido mayor de 2 cm (3)

CONSEJERÍA Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE POSTERIOR A LEEP

1. Hay que explicarles que tendrán un exudado pardo o negro que durará entre unos pocos días y dos semanas, que deberán consultar con prontitud si persiste por más.
2. Dígale que puede sentir un dolor leve o moderado por unos días; en tal caso, puede tomar ibuprofeno o paracetamol.
3. Se les debe desaconsejar la ducha vaginal, los tampones.
4. Proporciónale preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse de practicar el coito.
5. Indíquele a la mujer que se abstenga de practicar el coito durante 4 semanas como mínimo hasta que la hemorragia se haya detenido completamente. Con ello evitará la infección y la hemorragia abundante.
6. Cita en 4 semanas para ver el reporte de biopsia.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal

Área de estudio: Consulta externa del servicio de Ginecología clínica 13-3 Hospital Bertha Calderón Roque HBCR.

Periodo de Estudio: Comprendido de Enero 2013 a Diciembre 2014.

Universo del estudio: Estuvo conformado por todas las pacientes de la consulta externa clínica 13-3 a las que se realizó el procedimiento de ASA DIATERMICA, constituido por un total de 305 pacientes.

Muestra: Por las pacientes que integraron el universo y que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo estas un total de 300 pacientes.

Criterios de inclusión:

Pacientes a las que se realizó ASA Diatérmica con diagnóstico histopatológico de lesión de alto grado (NICII, NIC III) con resultado en el expediente.

Expediente clínico completo con información para el estudio, que cumplieron el tratamiento y se les dio seguimiento los dos años posteriores al procedimiento Y que no tenían antecedentes de patología oncológica de cérvix.

La paciente acude al servicio de ginecología clínica 13-3 de la consulta externa del HBCR, referidas de centros de salud con resultados de citología alterados, para lo cual se procede al llenado de Historia clínica brindando información orientada y se cita con las recomendaciones dadas a su segunda consulta para la realización de la colposcopia biopsia. Una vez realizado tal procedimiento se da cita a su 3er consulta para la lectura de la biopsia colposcópica procediendo a determinar el manejo según protocolo dejando programada cita para la 4ta consulta a su realización de ASA Diatérmica. Finalmente en este proceso diagnóstico la paciente acude por su resultado de Cono-Biopsia y luego a sus citas de seguimiento las cuales se realizan con Citología cada 4 meses y luego cada 6 meses a fin de determinar la respuesta que ha tenido al manejo terapéutico empleado.

Criterios de Exclusión:

- Dos pacientes que fueron trasladadas a otra unidad “Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello”.
- Tres pacientes con expedientes incompletos (no apareció el resultado de ASA en el expediente) y que abandonaron el seguimiento.

Fuente de información e instrumento de recolección de datos:

El proceso de recolección y análisis de la información estuvo a cargo de la investigadora:

Se solicitó permiso a las autoridades institucionales correspondientes para obtener acceso a los expedientes clínicos (fuente secundaria).

Se elaboró un instrumento de recolección de la información (ficha), con preguntas abiertas y cerradas conteniendo las variables del estudio, este se aplicó a cada expediente clínico para seleccionar la muestra.

Procesamiento y análisis de la información:

Se proceso y analizo la información proveniente del estudio se utilizara el método estadístico descriptivo simple, utilizando porcentajes, mediante el programa computarizado EPI INFO versión 3:3.2, para lo cual se diseñara la matriz de datos. Los resultados se presentaran en tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. En una etapa inicial se describirá la ocurrencia del evento de forma general (numero de casos), a continuación se enunciara la asociación de las diferentes variables del estudio.

Aspectos éticos: En este estudio se respetan los principios éticos para la investigación biomédica y no se describen conflictos de interés del autor, será solo con fines docentes y no se darán a conocer los nombres de las pacientes.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Objetivo N^a 1: Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Procedencia
- Ocupación

Objetivo N^a 2: Identificar los antecedentes gineco obstétricos en las pacientes estudiadas.

- Paridad

- IVSA
- N^a de Cross
- Infección por HPV
- Otras ITS
- Uso prolongado de Anticonceptivos orales
- **Otros:** Tabaquismo.

8. Objetivo N^a 3: Determinar el grado de correlación existente entre la biopsia incisional y la pieza LEEP, y las características de los márgenes reportados.

- Colposcopia/Biopsia
- Conización cervical y análisis de resultados.
- Márgenes libres/ márgenes tomados

Objetivo N^a4: Conocer los resultados por citología, posterior al tratamiento con ASA Diatérmica.

- Negativización
- Persistencia
- Recurrencia
- Progresión

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el momento del nacimiento hasta el día del estudio.	15 – 19 a 20-25 a 26- 30 a 31- 35 a >35 a
Procedencia	Lugar donde actualmente vive una persona	Rural Urbana
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado por la paciente al momento del estudio.	Analfabeta Estudiante Primaria Secundaria Técnico Universitaria
Ocupación	Actividad por medio de la cual la persona pone en práctica sus conocimientos y habilidades para ser remunerado o no.	Ama de casa Estudiante Doméstica Obrera Técnica Profesional Otro
Paridad	Total de partos al momento del estudio.	Gesta Para Aborto Cesárea

Variables	Conceptos	Escalas
N°Cross sexuales	Total de parejas que ha tenido la px. hasta el momento del estudio.	1-2 3 o >
Inicio de vida sexual activa	Edad en que tuvo su primera relación sexual.	< 18 años > 18 años
Pareja sexual de riesgo	Pareja de alto riesgo por su promiscuidad sexual	SI____NO____
ITS	Enfermedades de transmisión sexual causadas por un agente patógeno	Si____ no____
Uso de anticonceptivo orales	Método de planificación familiar	Si____ no____
Tabaquismo	Habito de fumado, numero de cigarrillos que fuma al día el paciente hasta el momento del estudio	1-9 10 -19 >20

Variable	Conceptos	Escalas
Antecedentes Obstétricos	Son todas las gestaciones que tuvo la paciente hasta el momento del estudio con diversa finalización pudiendo llegar a término o no un embarazo.	Gesta Parto Aborto. Cesárea
Diagnostico histopatológico por ASA	Estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.	Atipias LIEBG (NIC I) LIEAG (NICII –III- ca in situ) CA Micro /e invasor
PAP de control	Es el acompañamiento que se les da a las pacientes con estudio citológico a intervalos según protocolo	4 meses 8 meses 12 meses 18 meses 2 años
Resultados del tratamiento de ASA LEEP	Es la consecuencia del uso de la terapia con ASA Electroquirúrgica.	Regresión Persistencia Recurrencia Progresión

RESULTADOS

De un total de 300 pacientes que integraron la muestra del estudio se constato que las características Socio- Demográficas mas relevantes fueron la edad predominante en el grupo menor de 35 años con un 53 % del total de la muestra, y en pacientes mayores de 35 un 47% respectivamente.

En relación a escolaridad el mayor porcentaje lo encontramos en primaria con 37.66% (113 pacientes), seguidos de secundaria con 26% (78 pts.), Analfabeta con 22% (66 pts.), 7.66% con técnico medio (23 pts) y 6.66% (20pts) eran de educación superior.

Con respecto a procedencia el 80% de la población estudiada es del área urbana para un total de 240 pacientes.

En cuanto a la ocupación el 50% de las pacientes son amas de casas seguido de domesticas y obreras para un 16.33 % y 11.33% respectivamente.

Entre los antecedentes Gineco-Obstetricos se destacaron en cuanto a la gestación que el mayor número de mujeres tenían más de 4 gestaciones con 162 pacientes para un 54% en relación al 46% con menos de 4 embarazos.

Revisando el inicio de vida sexual activa el 71.33% (214 pts) inicio sus relaciones sexuales antes de los 18 años de vida y solo un 28.66% (86 pts) la inicio después de los 18 años.

Se observó que casi el 60% de las pacientes del estudio tuvieron 3 o más parejas sexuales para un total de 176 mujeres y aproximadamente el 40% tuvieron 2 o menos parejas sexuales.

Con respecto a infección por virus del papiloma humano es llamativo que el 86% de las participantes en el estudio presentan dicha infección en relación al 14% que no la presentaron, así mismo se analizó la relación con ITS distintas al VPH y se encontró que el 67.33% no presentaba otro tipo de ITS asociada.

Al determinar el grado de correlación existente entre la biopsia incisional y la pieza LEEP; 245 mujeres presentaron LIEAG para un 81.66% del total de la población estudiada, y en el resto de las pacientes se identificó LIEBG en 46 pacientes (46 ptes) y Ca Cu micro/Invasor en 9 de ellas.

En cuanto a los márgenes reportados posteriores al ASA Diatérmica en pacientes **confirmadas** con LIEAG (245 ptes); 145 de ellas tenían márgenes libres, 123 presentaban márgenes tomados y en 32 de las pacientes los márgenes no fueron valorables por fragmentación de la muestra.

Al relacionar los márgenes tomados (123 ptes) con la evolución que tuvieron las pacientes, encontramos que a pesar de ello, el 47.15% (58 ptes) quedaron libres de la enfermedad; 32.52% (40 ptes) hubo persistencia, 14.63% (18 ptes) presentaron recurrencia y progresión en el 5.69% (7 ptes) de las pacientes, en quienes ante resultados desfavorables se procedió a la realización de Histerectomía y/o Reconización según la caracterización de cada caso por individual.

En el seguimiento dado a las pacientes estudiadas en el periodo de estudio; 222 de las 300 pacientes (74%) quedaron sin lesión evolucionando satisfactoriamente al procedimiento terapéutico empleado; 48 pacientes persistieron con la lesión (16%) a plazo de 8 meses promedio y se encontró recurrencia en 21 ptes (7%) a plazo de 18 meses en tiempo promedio y progresión en 9 pacientes (3%) a Ca Cu Micro invasor.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al analizar las características Socio-Demográficas encontramos que la población mas afectada es joven comprendida de los 15 años a 35 años para un 53% en comparación con las pacientes mayores de 35 años que es un 47%.

Lo cual demuestra que las LIEAG se están presentando cada vez mas frecuente a edades más tempranas, con un impacto importante en mujeres en edad fértil. Lo cual es coherente con la tendencia internacional (11).

Con respecto a escolaridad y ocupación se encontró que en las mayorías de las participantes en el estudio predominó el nivel escolar de primaria, secundaria y analfabetismo para un total de 257 pacientes y las ocupaciones principales; ama de casa, obrera y domestica con un 77.66%.

En la literatura internacional está ampliamente descrita la relación existente de bajo nivel escolar, pobreza, desnutrición, carencias nutricionales con LIEAG y Cáncer cérvico uterino y sobre todo con mal pronóstico de las mismas. (14)

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstetricos el mayor número de participantes habían tenido más de 4 gestaciones con el 54% del total y 71.33% de la población femenina estudiada habían tenido un inicio de vida sexual precoz, lo cual está estrechamente relacionado a LIEAG y CaCu según estudios realizados por Schiffman MH y col. En la universidad de Oxford. (25)

Las infecciones de transmisión sexual estaban presentes en un poco mas del 67% y el 86% del total de las pacientes estudiadas presentan asociación con infección con el virus del papiloma humano, lo cual está sustentado en múltiples estudios como factor de riesgo determinante para el desarrollo d lesiones malignas en cérvix (LIEAG) (3-14)

Resultados encontrados en el estudio respecto al grado de lesión cervical posterior al manejo con ASA Diatérmica, mas del 81% presentaba LIEAG seguida

de LIEBG y CaCu microinvasor, lo que es un resultado similar a los encontrados en estudios internacionales como el de Luciano Cruz, Edgar y col. realizado en México en donde el 50% de los diagnósticos post ASA corresponden a LIEAG, seguidas de LIEBG en el 40% y adenocarcinoma en el 3.3%(33)

En la mayoría de los casos post ASA se encontraron márgenes libres en 145 pacientes, y de los márgenes tomados solo 47% (58) de las 123 ptes resultaron sin lesión.

En general como respuesta al seguimiento de las lesiones de alto grado confirmadas por Cono-Biopsia; de 300 pacientes se encontró una respuesta satisfactoria en 222 pacientes para un 74.28% y persistencia apenas en 48 pacientes para un 16.32% que en comparación con estudios internacionales presentaron persistencias del 10% según Varela y col. en el 2009. (10). Otros estudios refieren que las tasas de fracaso pueden oscilar entre el 10 y 15%.

CONCLUSIONES

- ▣ En el acompañamiento dado a las pacientes sometidas a ASA Diatérmica durante los 2 años posteriores al procedimiento encontramos que:
 - ⇒ El grupo etareo predominante fueron las mujeres jóvenes entre 15 y 35 años; así mismo la población mayormente afectada son las mujeres de bajo nivel académico, primaria y analfabetismo en la ocupación predominaron las amas de casas y en su mayoría geográficamente procedían del sector urbano.
 - ⇒ Entre los antecedentes gineco-obstétricos más relevantes en la población estudiada se encontró LIEAG en mujeres multíparas con más de 4 partos, con un inicio de vida sexual temprana en 214 pacientes y que tenían más de 3 compañeros sexuales.
 - ⇒ El nivel de asociación del VPH a las lesiones de alto grado fue mayor del 80% y menos del 40% se asociaron a otras ITS.
 - ⇒ Otros factores como el Tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales reflejaron datos inconclusos en el expediente clínico por lo cual no se lograron muestrear.
 - ⇒ En el proceso y realización de estudios diagnósticos se encontró que el reporte histopatológico predominante del ASA Diatérmica apoya el diagnóstico de las LIEAG en un alto porcentaje, por lo que se considera que este es un método diagnóstico y terapéutico eficaz en la detección de lesiones tempranas y prevención de su progreso a malignidad. Cabe destacar, pese a que el reporte histológico por conización confirmó la presencia de márgenes tomados, un porcentaje estimable del 47% se mostró libre de la enfermedad en controles posteriores.
 - ⇒ Al estudiar las pacientes con resultados de cono-biopsia que reportan márgenes tomados 123 pacientes, se observó que 65 de ellas permanecieron con la enfermedad, 58 quedaron libres de la misma a pesar de tener márgenes tomados.
 - ⇒ Como resultado del seguimiento citológico posterior al procedimiento como lo establecen los protocolos de manejo de las lesiones tempranas se logró identificar un 74% de la población de estudio libre de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Reforzar campañas de prevención sobre patologías del tracto genital inferior a través de cuñas televisivas, radiales y elaboración de afiches encaminados a factores de riesgo y prevención, sobre todo en la población más vulnerable de difícil o poco acceso a las unidades de salud como es el sector rural.
2. Aumentar la cobertura de los métodos de tamizaje para detectar de manera oportuna la posible aparición de enfermedades que podrían llevar a las pacientes al desarrollo de las LIEAG; promover también el uso de métodos de barrera (preservativos) sobre todo con parejas sexual de riesgo mas aun si no es estable la relación con el fin de prevenir las ITS, principalmente la infección por el virus del papiloma humano, precursor de las lesiones pre-cancerosas.
3. Continuar fortaleciendo mecanismos de coordinación y articulación con otros departamentos como patología y mediante acciones conjuntas propiciar siempre una mayor eficiencia en la atención de nuestra población.
4. Implementar o fortalecer mecanismos de evaluación periódica para promover el cumplimiento de estándares o protocolos establecidos para la atención de pacientes con LIEAG en aras del mejoramiento del servicio brindado a estas pacientes, valorando la importancia de mejorar la competitividad de nuestro personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años, período comprendido entre el primero de Enero del año 2010 al primero de Enero del año 2012 en el servicio de consulta externa del HBCR Dr. Byron Ernesto Vargas. Managua, Febrero 2012.
2. Almanza, Israel Díaz Ortega. Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino. Rev Cubana Cir v.47 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008.
3. Atlas de Cirugía de kaser.
4. Bosch, F.X., Manos, M.M., Muñoz, N., Sherman, M., Jansen, A.M., Peto, J., Schiffman, M.H., Moreno, V., Kurman, R. y Shah, K.V. (1995) The IBSCC Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J. Natl. Cancer. Inst.*, 78, 796-802.
5. Broders, A.C. (1932) Carcinoma *in situ* contrasted with benign penetrating epithelium. *J. Am. Med. Assoc.*, 99, 1670
6. Cirugía de Williams cap 41#. 23 Edicion. AÑO 2014.
7. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014.
8. Factores Predictivos en el diagnóstico y la evolución de las Neoplasias Cervicales Intraepiliales (CIN) Hospital universitario Virgen de las Nieves Departamento de OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA UNIVERSIDAD DE GRANADA
9. Ferenczy, A. y Franco, E. (2002) Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Lancet Oncol.*, 3, 11-16.
10. Franco, E.L., Rohan, T.E. y Villa, L.L. (1999) Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 91, 506-511.
11. Franco, E.L., Villa, L.L., Sobrino, J.P., Prado, J.M., Rousseau, M.C., Desy, M. y Rohan, T.E. (1999) Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect. Dis.*, 180, 1415-1423.

12. Garcia-Closas R, Castellsagué X, Bosch X, González CA. The role of diet and nutrition in cervical carcinogenesis: a review of recent evidence. *Int J Cancer* 2005; 117:629-37.
13. Jorge Felipe Montero León, Omar de Jesús Bosques Diego, Rodolfo Delgado José L. Fresquet, Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (CSIC-Universidad de Valencia), 2005. Biografías mdicas www.historiadelamedicina.org.
14. Julia Gómez Fernández. Patología benigna y lesiones premalignas de cérvix. Hospital universitario Virgen de las nieves Granada.2008.
15. Kurman, R.J., Malkasian, G.D. Jr, Sedlis, A. y Solomon, D. (1991) From Papanicolaou to Bethesda: the rationale for a new cervical cytologic classification. *Obstet. Gynecol.*, 77, 779- 782.
16. La Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990. Actualizaciones.
17. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes Washington, D.C.: OPS, © 2003.
18. Pirisi L, Yasumoto S, Fellery M, Doninger JK, DiPaolo JA. Transformation of human fibroblasts and keratinocytes with human papillomavirus type 16 DNA. *J Virol* 1987; 61:1061-6.
19. Pronóstico de las Lesiones Cervicales Sometidas a Conización Y Electroesferolisis. Luciano Cruz Edgar, López Velázquez José Luis, Trejo Solórzano Oscar Ginecologo-Obstetra-Colposcopista (curso de alta especialidad en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior) Hospital Regional Lic. "Adolfo López Mateos". Coordinación de ginecología y obstetricia.Servicio de colposcopia. ISSSTE. México.
20. Protocolo de prevencion del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (ivva) y tratamiento con crioterapia. **NORMATIVA – 037.** MINSA. Managua, agosto 2009
21. Rebrikov DV, Bogdanova EA, Bulina ME, Lukianov SA. A new planarian extrachromosomal virus-like element revealed by subtraction hybridization. *Mol Bio* 2002; 36:1002-11.
22. **REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOÑOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA 2008**
23. Richart, R.M. (1968) Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 5, 748-784.

24. Richart, R.M. (1990) A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol.*, 75, 131-133.
25. Schiffman, M.H., Brinton, L.A., Devesa, S.S. y Fraumeni, J.F. Jr. (1996) Cervical cancer. En: Schottenfeld, D. y Fraumeni, J.F., Jr (Eds). *Cancer epidemiology and prevention*. Nueva York: Oxford University Press, 1090-116.
26. Scotto, J., J.C. Bailar III. 1969. *Rigoni-Stern and medical statistics. A nineteenth-century approach to cancer research. J. Hist. Med. Allied Sci.* 24:65–75. doi:10.1093/jhmas/XXIV.1.65.
27. SEGO Madrid BIOPSIA de cérvix y conización 2015#.
28. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada PATOLOGÍA BENIGNA Y LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX .*Julia Gómez Fernández 2007.*
29. Solomon, D., Davey, D., Kurman, R., Moriarty, A., O'Connor, D., Prey, M., Raab, S., Sherman, M., Wilbur, D., Wright Jr., T. y Young, N. (2002) The 2001 Bethesda system. Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*, 287, 2114-2119.
30. The International Agency for Research on Cancer (IARC), the World Health Organization's specialized cancer agency. the journal *Science* on 2 January 2015 by Dr Cristian Tomasetti and Dr Bert Vogelstein.
31. Vonka V, Kanka J, Roth Z. Herpes simple type 2 virus and cervical neoplasia. *Adv Cancer Res* 1987; 48:149-91.
32. Walboomers, J.M.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijders, P.J., Peto, J., Meijer, C.J. y Munoz, N. (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, 189, 12-19.
33. Yee C, Krishnan-Hewlett Z, Baker CC, Schlegel R, Howley PM. Presence and expression of human papillomavirus sequences in human cervical carcinoma cells lines. *Am J Pathol* 1985; 119:361?

ANEXOS

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: _____
5. _____

II. Antecedentes gineco-obstétricos:

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

III. Otros

ITS Si _____ No _____ Cuales _____
Fumador: Si _____ No _____

IV. Abordaje Diagnóstico:

1. Fecha de Pap de referencia: ____/____/____ Resultado _____
2. Fecha del Colpo-biopsia : ____/____/____ Resultado _____
3. Fecha de Cono -Biopsia: ____/____/____
Resultados: _____
Márgenes libres _____ Márgenes tomados _____ Márgenes no valorables _____

V. Tiempo de seguimiento de los pacientes con LIEAG por ASA Diatérmica en la Unidad:

Citología	Negativo	Atipias	LIEBG	LIEAG	CACU Micro/invasor
4M					
8M					
12M					
18M					
24M					

VI. Resultados:

Negativo _____ Persistencia _____

Recurrencia _____ progresión _____

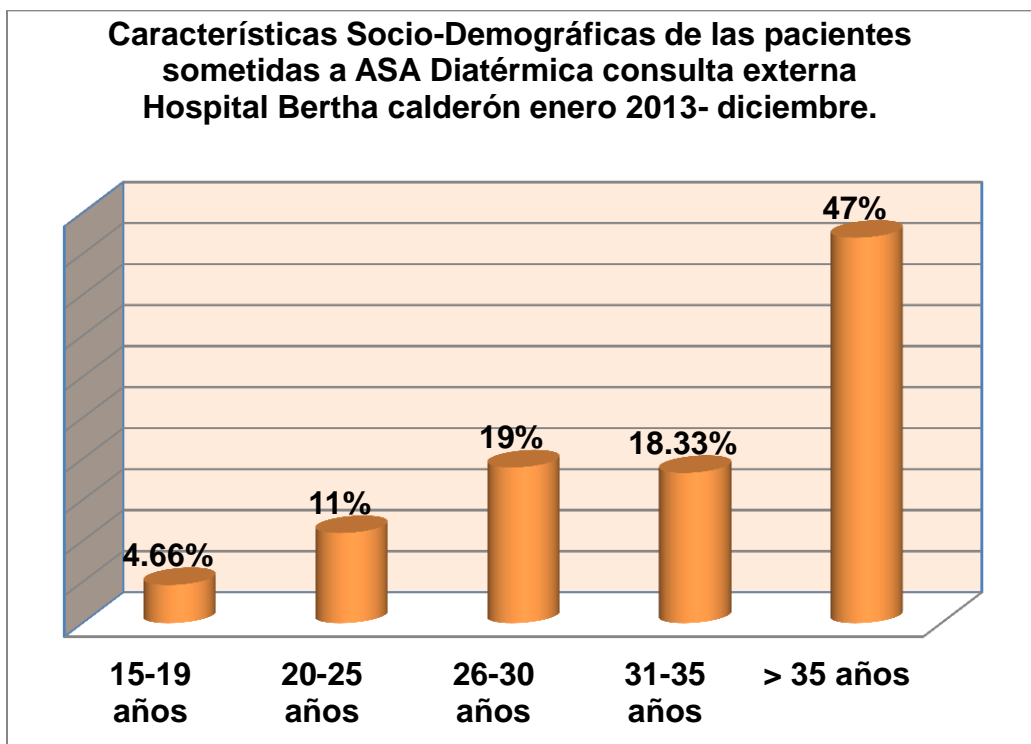
Cuadro N° 1

**Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA
Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.**

EDAD	N°	%
15-19 años	14	4.66
20-25 años	33	11
26-30 años	57	19
31-35 años	55	18.33
> 35 años	141	47
Total	300	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 1



Fuente: Expediente Clínico.

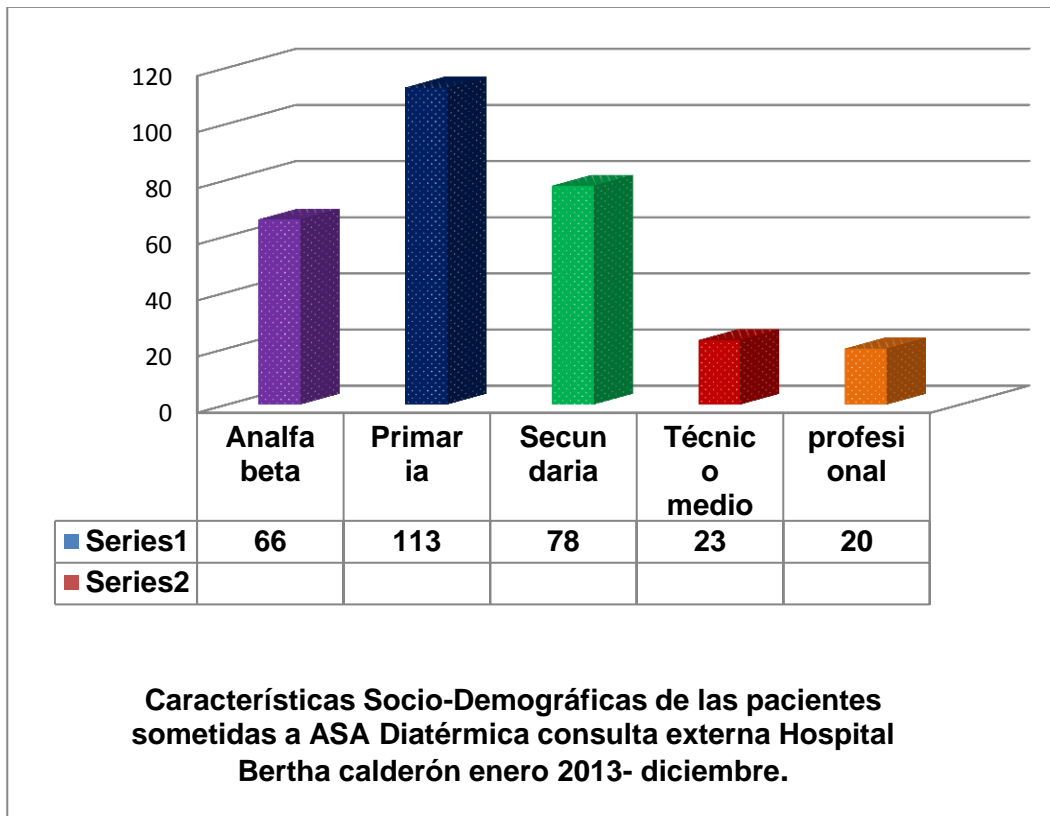
Cuadro N° 1.1

**Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA
Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.**

Escolaridad						
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico medio	profesional	Total
N°	66	113	78	23	20	300
%	22	37.66	26	7.66	6.66	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 1.1



Fuente: Expediente Clínico

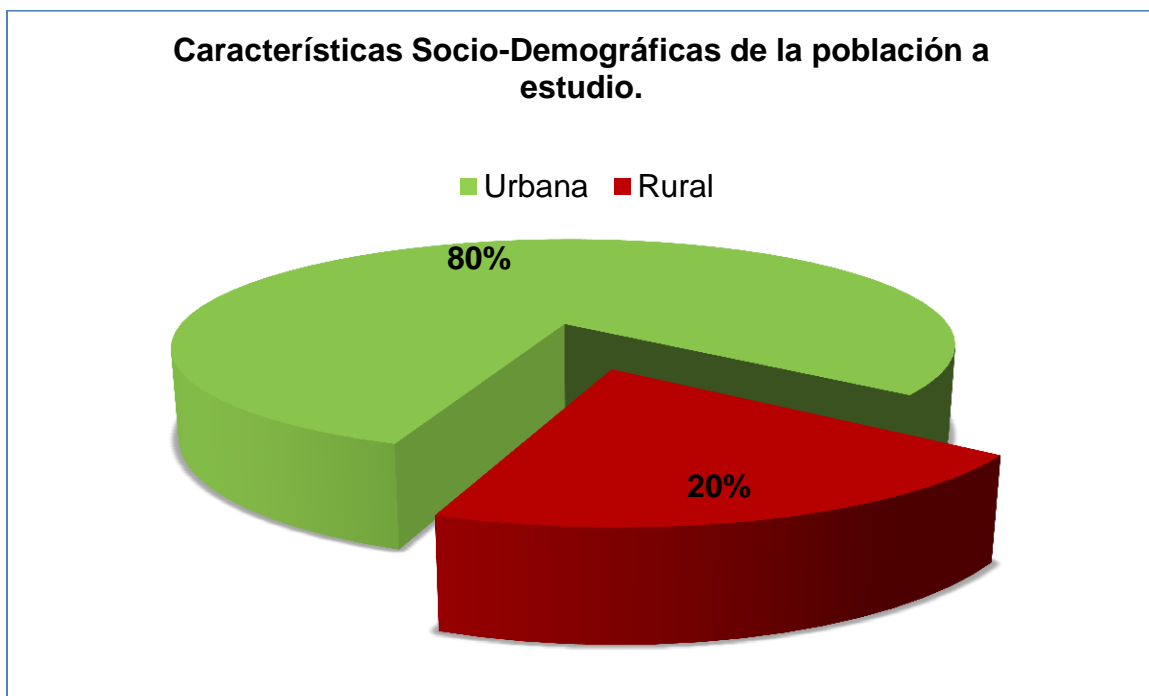
Cuadro N° 1.2

**Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA
Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.**

Procedencia			
	Urbana	Rural	Total
N°	240	60	300
%	80	20	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 1.2



Fuente: Expediente Clínico

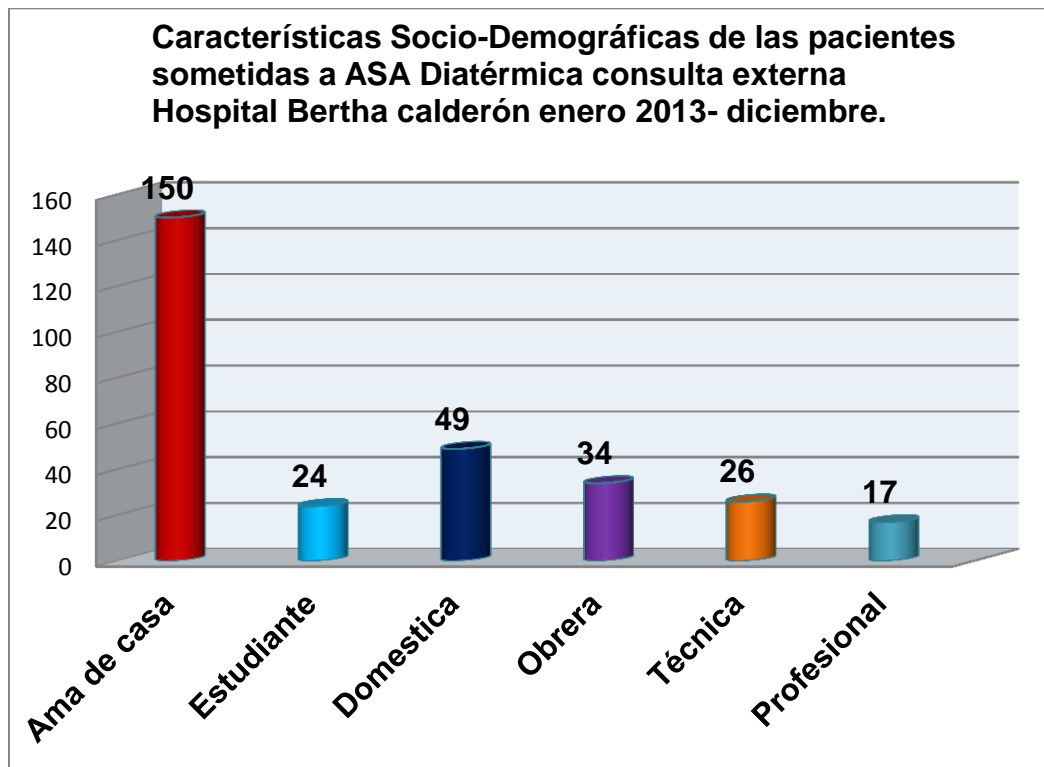
Cuadro N° 1.3

Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Ocupación							
	Ama de casa	Estudiante	Domestica	Obrera	Técnica	Profesional	Total
N°	150	24	49	34	26	17	300
%	50	8	16.33	11.33	8.66	5.66	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 1.3



Fuente: Expediente Clínico

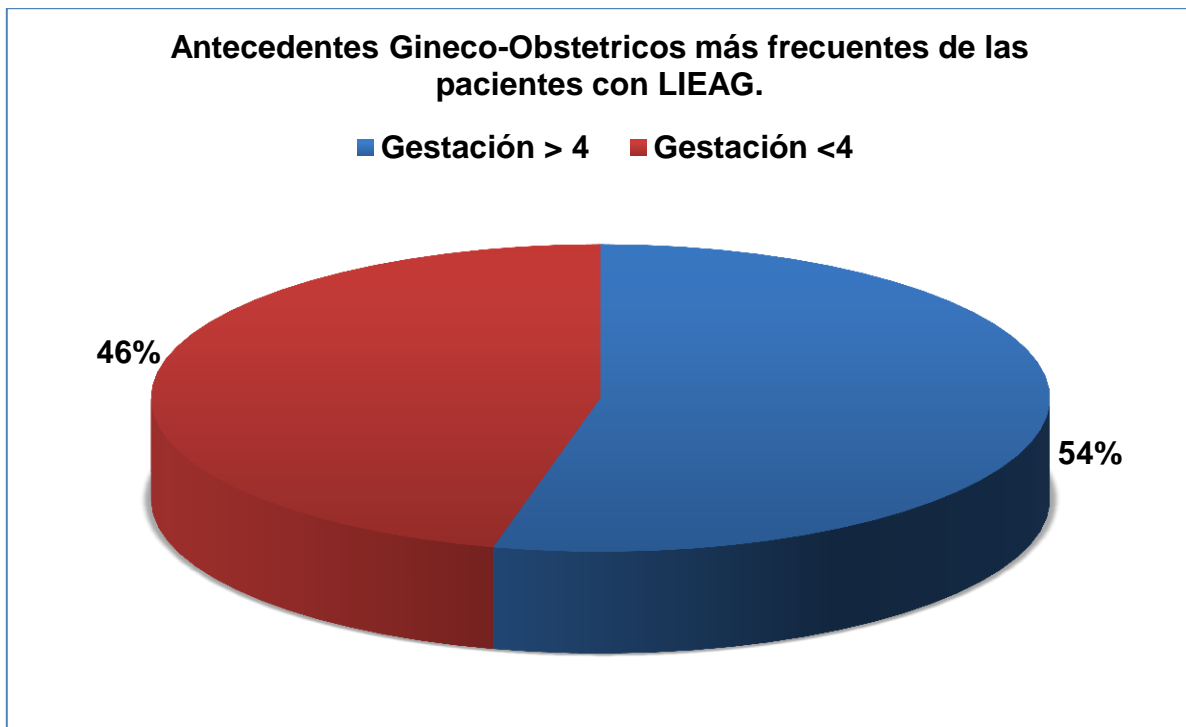
Cuadro N° 2

Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Gestación	N°	%
> 4	162	54
3 o <	138	46
Total	300	100

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 2



Fuente: Expediente Clínico.

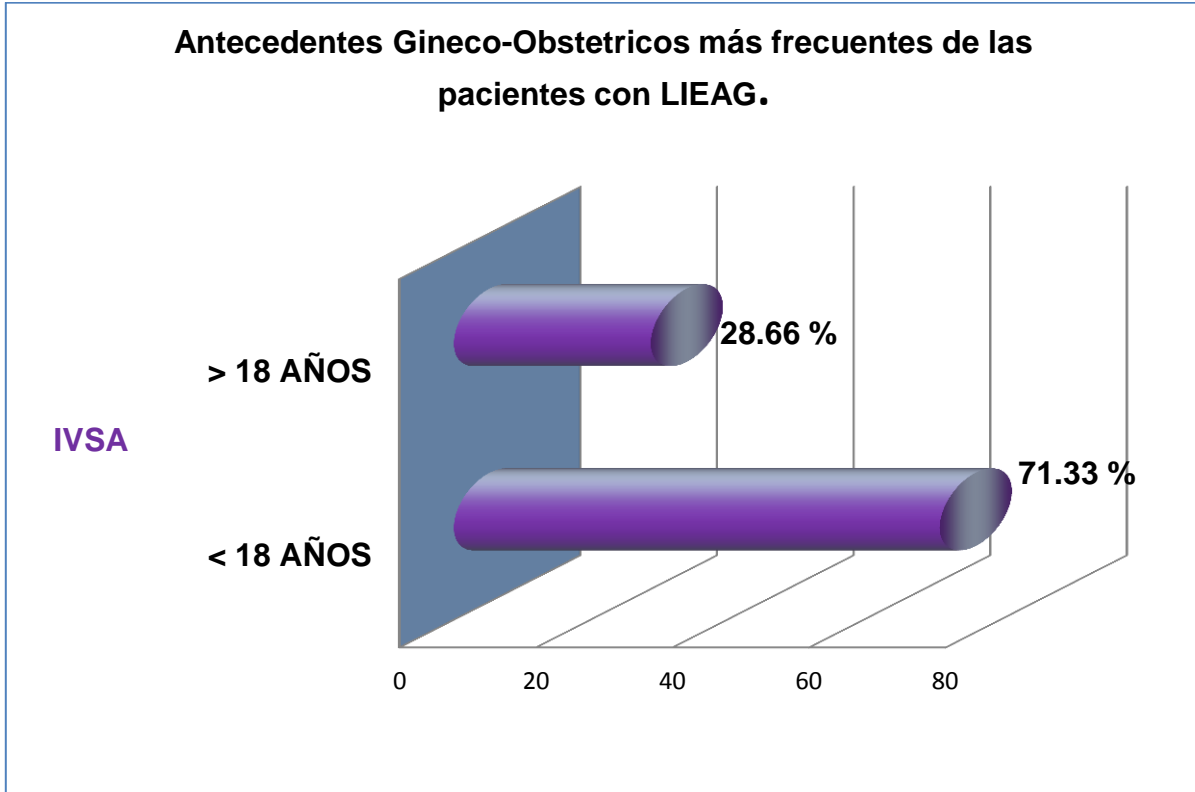
Cuadro 2.1

Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

IVSA			
	< 18 AÑOS	>18 AÑOS	Total
N°	214	86	300
%	71.33	28.66	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico 2.1



Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 2.2

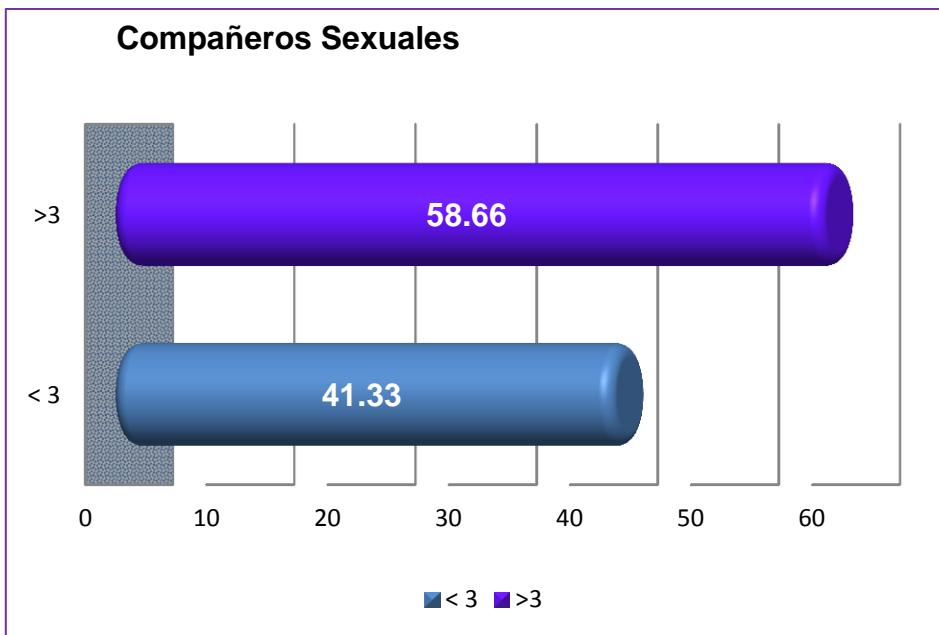
Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Compañeros Sexuales			
	< 3	>3	Total
N°	124	176	300
%	41.33	58.66	100

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 2.2

Antecedentes Gineco-Obstetricos de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre



Fuente: Expediente Clínico.

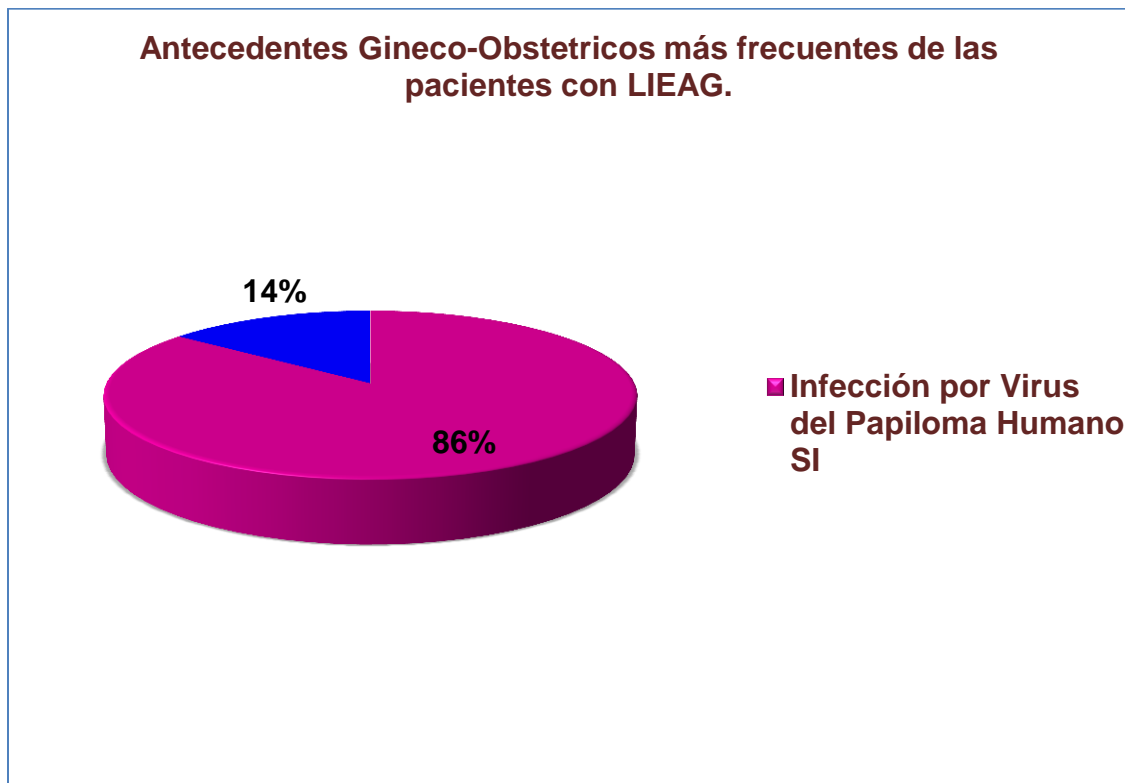
Cuadro 2.3

Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Infección por Virus del Papiloma Humano			
	SI	NO	Total
N°	258	42	300
%	86	14	100

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico2.3



Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 2.4

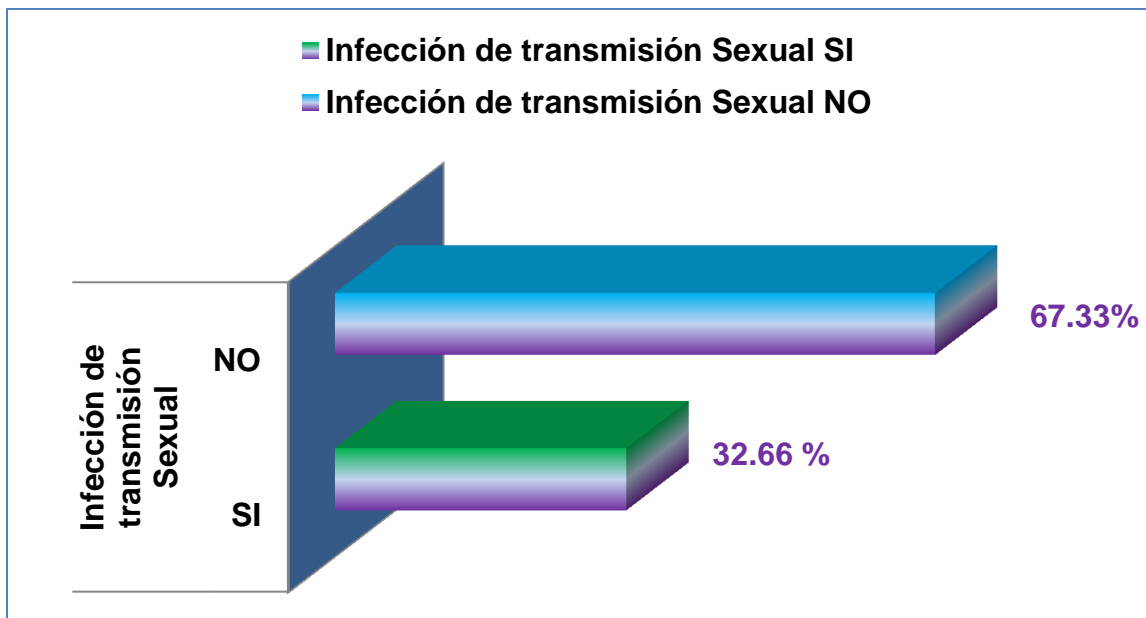
Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Infección de transmisión Sexual			
	Si	No	Total
N°	98	202	300
%	32.66	67.33	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico 2.4

Antecedentes Gineco-Obstetricos las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.



Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro N° 3

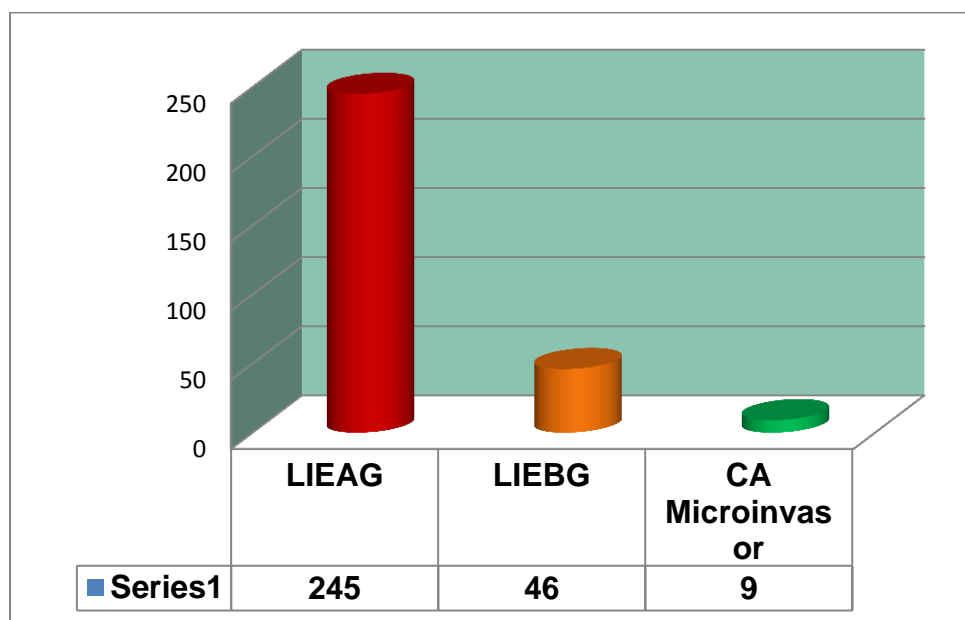
Correlación existente entre la biopsia incisional y la pieza LEEP, en las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Resultados Histopatológicos posterior al ASA diatérmica en la población a estudio.		
	N°	%
LIEBG	46	15.33
LIEAG	245	81.66
Ca MICROINVASOR	9	3
TOTAL	300	100

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfica 3

Correlación existente entre la biopsia incisional y la pieza LEEP, en las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.



Fuente: Expediente

Clínico. Cuadro N° 3.1

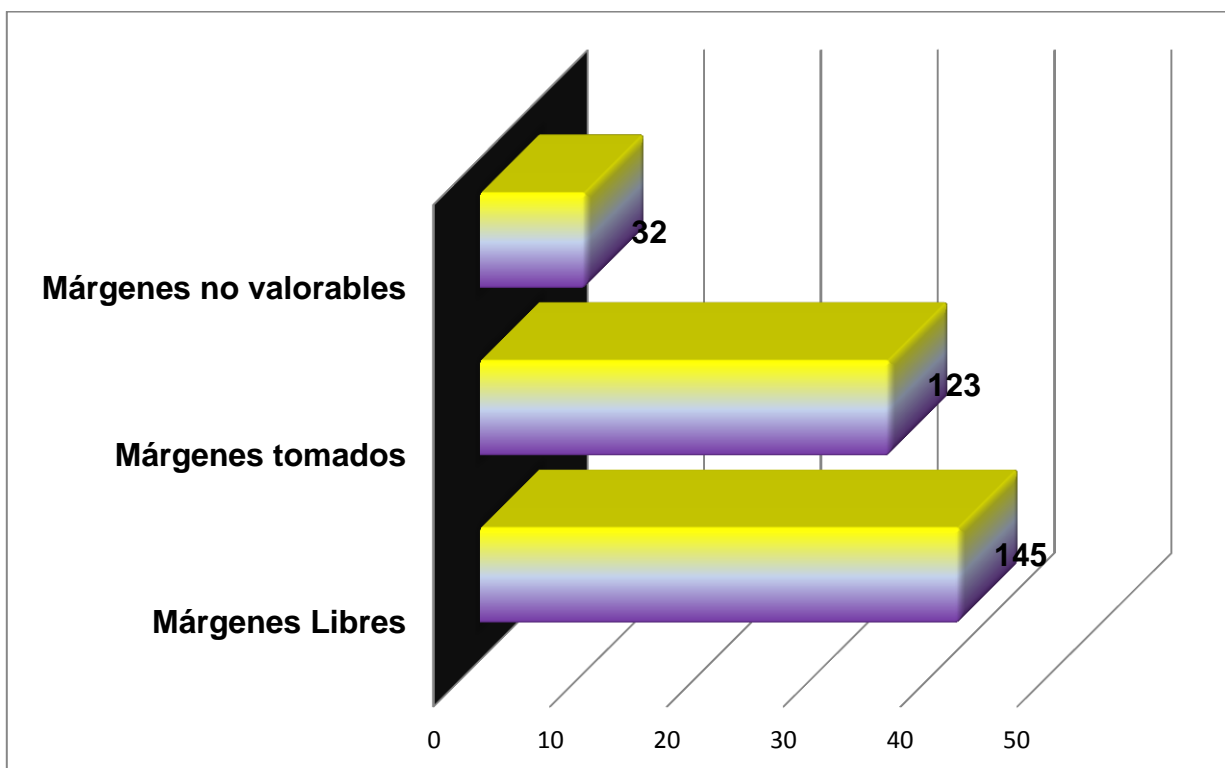
Reporte de los márgenes de LIEAG “confirmadas posterior” al ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Márgenes	N°	%
Libres	145	48.33
Tomados	123	41
No valorables	32	10.66
TOTAL	245	100

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico N° 3.1

Reporte de los márgenes de lesiones de alto grado en las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.



Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro N° 4

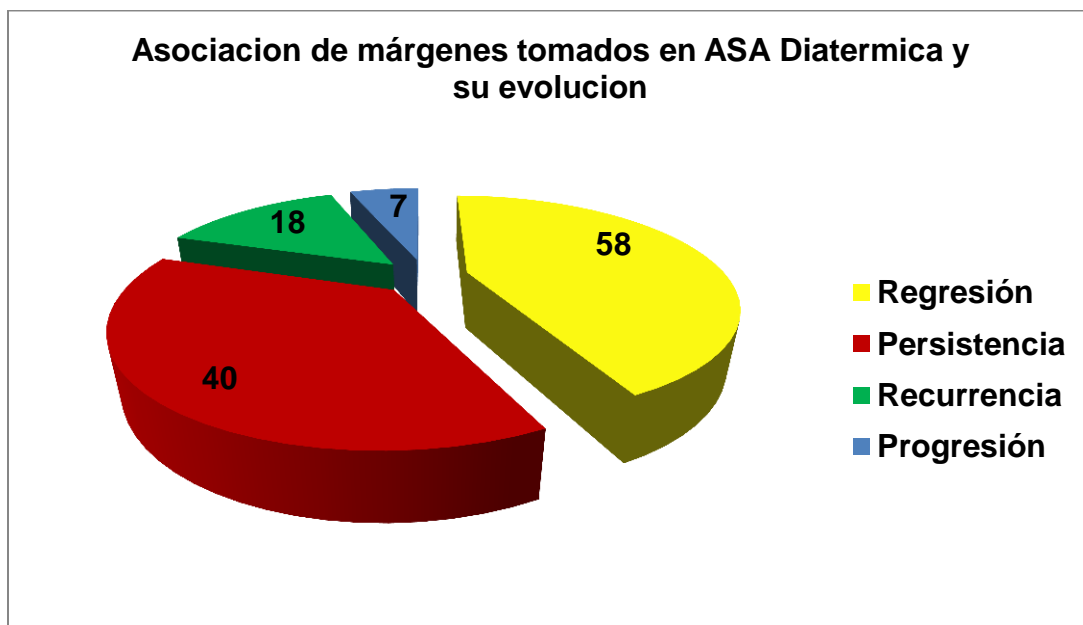
Relación de los márgenes tomados con la evolución de las pacientes con lesión de alto grado sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.

Márgenes tomados en ASA diatérmica y su evolución		
Márgenes tomados	N°	%
Regresión	58	47.15
Persistencia	40	32.52
Recurrencia	18	14.63
Progresión	7	5.69
Total	123	100

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico N° 4

Relación de los márgenes tomados con la evolución de las pacientes con lesión de alto grado sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón enero 2013- diciembre.



Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro N° 4.1

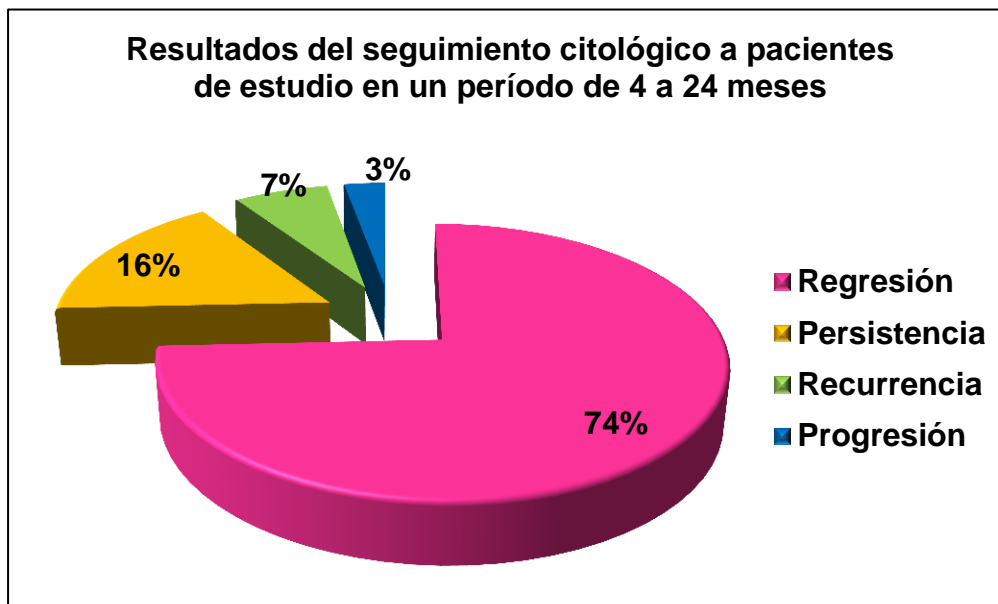
Resultados del tratamiento de las lesiones de alto grado con el seguimiento citológico de las lesiones de alto grado posterior al tratamiento con ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha Calderón en enero 2013-diciembre.

Resultados del seguimiento citológico a pacientes de estudio en un período de 4 a 24 meses		
	N°	%
Regresión	182	74.28
Persistencia	40	16.32
Recurrencia	16	6.53
Progresión	7	2.85
Total	245	100

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico N°4.1

Resultados obtenidos con el seguimiento citológico posterior al tratamiento con ASA Diatérmica.

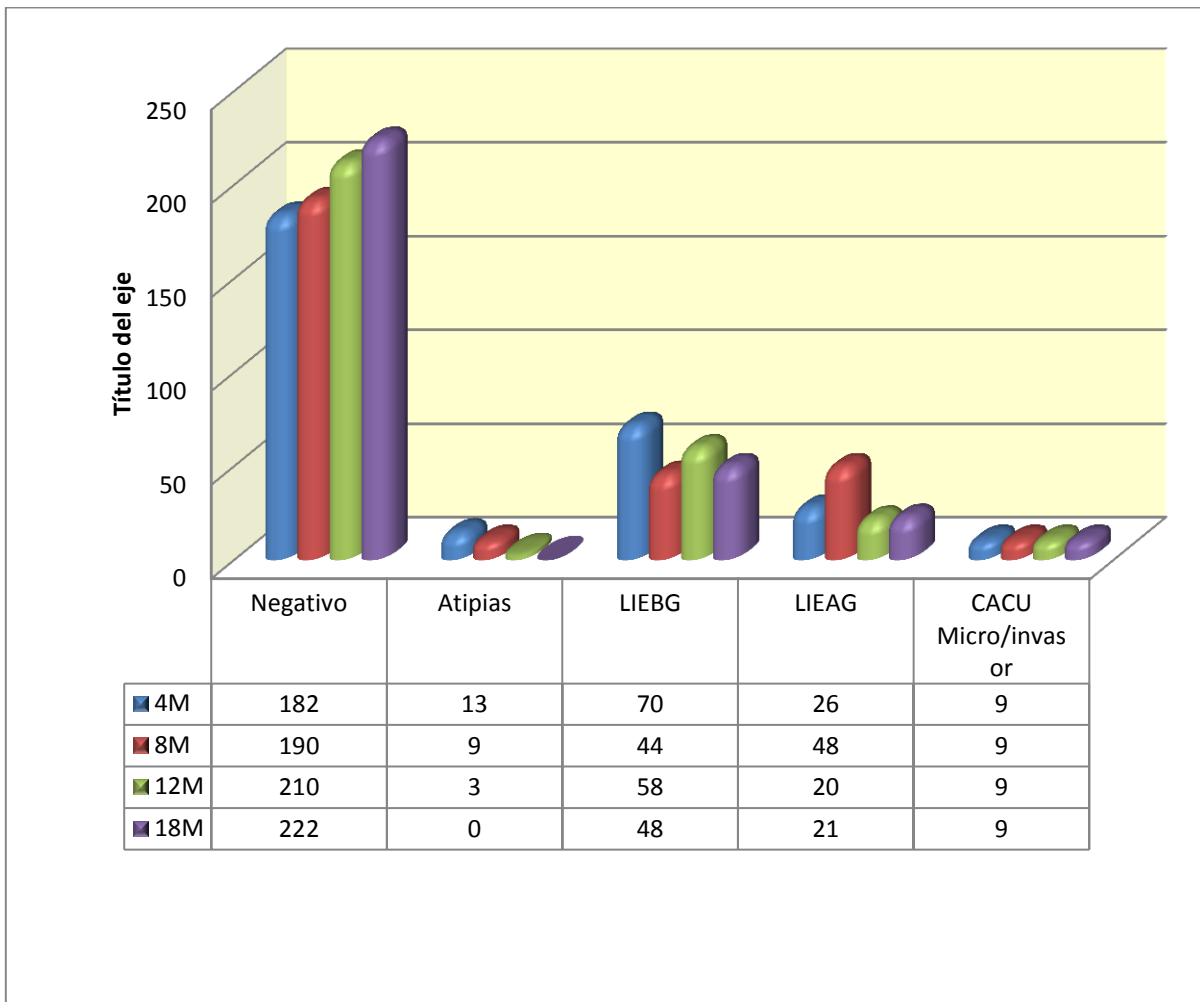


Fuente: Expediente Clínico.

Seguimiento Citológico de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica en el periodo de estudio consulta externa Hospital Berta Calderón Roque.

Citología	Negativo	Atipias	LIEBG	LIEAG	CACU Micro/invasor
4M	182	13	70	26	9
8M	190	9	44	48	9
12M	210	3	58	20	9
18M	222	0	48	21	9

Seguimiento Citológico de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica en el periodo de estudio consulta externa Hospital Berta Calderón Roque.



Fuente: Expediente clínico.