

27.-
258

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO
CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO N° 2

MED.
Tesis
F825c
2004

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO: RESERVADO
2004

098002700890
098002700890
098002700890

Resumen	2
Objetivos	4
Marco teorico	5
Hipotesis	30
Variables	30

**“ Correlación del diagnostico citologico
e histopatológico en pacientes con
Neoplasia intraepitelial cervical en el
Hospital Obrero N° 2 de CNS”
Gestion 2002 - 2003**

Bibliografía	43
Anexos	44

AUTOR: Dra. Ninoska Franco R.

Residente II G.O.B.

TUTOR: Dr. Franz Avalos S.

Ginecólogo - Obstetra

Cochabamba, Febrero 2004

INDICE

	Página
Resumen	2
Objetivos	4
Marco teorico	5
Hipótesis	30
Variables	30
Marco Metodológico	31
Resultados y Análisis	32
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Bibliografía	43
Anexos	44

RESUMEN

El Cáncer de Cervix es una causa importante de morbimortalidad en nuestro medio, se han asociado diversos factores de riesgo como la edad, inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas, infección por HPV, y otros, que predisponen a la presencia de la enfermedad. El uso de Papanicolau como método de diagnóstico precoz ha reducido de gran manera el número de pacientes afectadas.

Se determinó la correlación diagnóstica cito - histológica de pacientes con Neoplasia Intraepitelial cervical en pacientes del servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Obrero N° 2 de la CNS en el periodo enero de 2002 a diciembre del 2003. Para el efecto se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo donde 43 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

En los resultados se observó que 20 pacientes tuvieron correlación diagnóstica, evidenciándose mayor relación a menor grado de displasia (NIC), al contrario de lo que muestra la literatura.

La mayor parte inició su vida sexual activa antes de los 20 años, y reconoce 1 sola pareja sexual. No se encontró ninguna paciente nulípara en el estudio.

La mayor parte de las pacientes fueron seguidas con controles periódicos, y se realizó histerectomía en 17 casos, de las cuales 8 pacientes tuvieron correlación entre estudio histopatológico de biopsia y el resultado de la pieza post cirugía.

El presente estudio muestra que la correlación diagnóstica no es la ideal en nuestro servicio, por lo tanto debemos mejorar nuestra metodología diagnóstica para así lograr mejores resultados con nuestras pacientes.

OBJETIVOS

GENERAL

Establecer la correlación entre el diagnóstico citológico e histológico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical en el servicio de Ginecología Obstetricia de la Caja Nacional de Salud entre el 1° de enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2003.

ESPECIFICOS

- Determinar la relación diagnóstica cito-histológica del NIC
- Identificar las imágenes colposcópicas más frecuentes encontradas
- Identificar la relación de edad con la presencia de NIC
- Relacionar el estado civil con los diferentes grados de NIC
- Establecer la relación de NIC con la paridad de las pacientes
- Establecer la relación de NIC y la edad de inicio de vida sexual activa.
- Conocer el tratamiento realizado en estas pacientes
- Determinar la relación diagnóstica de la biopsia con el estudio de la pieza operatoria post histerectomía

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN.

La accesibilidad única del cuello uterino tanto al estudio celular y tisular como a la exploración física directa ha permitido la investigación extensa de la naturaleza de sus lesiones neoplásicas. Aunque nuestro conocimiento es aún incompleto, diversas investigaciones han demostrado que la mayor parte de estos tumores tienen un inicio gradual.

De acuerdo con los datos de Third National Cancer Survey, la edad media de las pacientes con carcinoma in situ es 15,6 años inferior a la de las pacientes con carcinoma invasor de células escamosas, superando la diferencia de 10 años encontrada por otros autores. Este tipo de datos sirven para subrayar la naturaleza esencial de los programas de detección selectiva citológica, aun cuando se desarrollen con periodicidad superior al año.

Aunque estas fases precoces pueden ser asintomáticas, resultan detectables empleando los métodos disponibles en la actualidad. Este concepto del desarrollo de las neoplasias malignas cervicales ha convencido a muchos de que el control de la enfermedad es una meta alcanzable en un futuro próximo. Es posible erradicar la mayor parte de las muertes debidas al cáncer cervical empleando las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles en estos momentos.

En 1988, el American College of Obstetricians and Gynecologists y la American Cancer Society acordaron la siguiente recomendación: Todas las mujeres que son, o han sido, sexualmente activas o que han cumplido los 18 años de edad, deben someterse a una prueba de Papanicolau y a una exploración pélvica anual. Una vez que se han realizado 3 o más

exploraciones anuales satisfactorias con resultados normales, puede reducirse la frecuencia del frotis de Papanicolau, según el criterio de su médico.

Se desconoce el verdadero índice de falsos negativos de los frotis de Papanicolau. La cervicografía y los estudios colposcópicos han sugerido que la mayoría de las mujeres identificadas con NIC mediante estas dos técnicas presentan frotis de Papanicolau normales en el momento del diagnóstico.

Debe recordarse que la NIC no progresa necesariamente de forma ordenada hacia el cáncer invasor; una lesión de NIC más precoz puede progresar directamente a cáncer invasor. También debe considerarse la falta de exactitud del frotis de Papanicolau.

Debemos recordar y subrayar que el propósito de la detección selectiva es identificar precozmente la enfermedad preinvasora, cuando el costo del tratamiento es considerablemente inferior al de la enfermedad invasora.

FRECUENCIA.

La incidencia de las displasias varia entre 78 y 147 por 100.000. Se ha señalado un incremento de la CIN en mujeres muy jóvenes incluso antes de los 20 años.

EPIDEMIOLOGIA

Se conoce determinados factores que se relacionan con lesiones premalignas y carcinoma se los ha denominado factores o grupos de riesgo

A. Paridad. En estadísticas clásicas se considero la relación en el carcinoma cervical.

En la actualidad no se concede importancia.

- B. Raza.** Dependería de su conducta sexual y no de diferencias raciales.
- C. Estado socioeconómico** Cifras mas altas en las clases sociales bajas. Podría deberse a la falta de higiene en el varón, la presencia de esmegma rico en radicales libres.
- D. Conducta sexual** Se acepta que la conducta sexual puede guardar estrecha relación con la incidencia de cáncer del cuello uterino.

Se ha señalado que distintos factores relacionados con actividad sexual, pueden influir en la incidencia del carcinoma de cuello como inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, edad precoz del matrimonio, matrimonio inestable, mujeres separadas, divorciadas, casadas mas de una vez, prostitutas.

Las mas importantes.

HISTORIA NATURAL

- inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 20 años)

- múltiples compañeros sexuales.

E. Infecciones por virus. El antecedente de herpes aumenta la frecuencia de la neoplasia cervical. Mayor importancia adquiere antecedente de infección por el HPV.

F. Tabaco. Aumenta el riesgo, independientemente de otros factores como la conducta sexual. Aumenta la cantidad de radicales libres disminuyendo la secreción de Ig A, y disminuyendo metabolismo de estrógeno a nivel hepático.

G. Deficiencias vitamínicas. Se ha sugerido que las deficiencias vitamínicas pueden tener un papel en algunos tumores, la profilaxis con vitamina A podría prevenir algunos cancers, pues modula in vitro e in vivo el crecimiento de las células

epiteliales normales, inhibiendo su proliferación y permitiendo la diferenciación y la maduración celular.

H. Anticonceptivos. Existe gran controversia sobre la acción que los anticonceptivos orales sobre la incidencia del cáncer de cuello uterino. La presencia de ectropión debida a los anticonceptivos, permitirían el ingreso de DNA de HPV y Clamidia transportada por los espermatozoides.

I. Varón de riesgo elevado. Se ha demostrado que las parejas de pacientes con cáncer de pene o con antecedente de esposa fallecida por CA de cervix tienen mayores posibilidades de contraer cáncer de cuello uterino.

Cuando existe promiscuidad sexual en ambos, el riesgo aumenta grandemente

HISTORIA NATURAL

La edad de máxima incidencia oscila entre los 25 y los 35 años. En los últimos años se ha señalado un incremento de la incidencia de la CIN en mujeres menores de 20 años.

El carcinoma in situ suele ser asintomático y no es frecuente que se observe en la exploración rutinaria. La detección de la lesión se ve considerablemente facilitada por el uso de técnicas citológicas y colposcopia.

Se sugirió la posibilidad de que el carcinoma invasivo se originara sobre áreas de carcinoma in situ y de displasias. El porcentaje de transformación de CIN grado I a II seria, de 25 % aproximadamente, otros hablan de 50 %.

No es fácil calcular, el tiempo que requiere una CIN I para convertirse en CIN III y el que transcurre hasta la transformación en un carcinoma microinvasivo y en un carcinoma

invasivo. Se ha calculado basándose en la edad media registrada de cada una de estas lesiones. Así, se ha calculado que el tiempo de progresión desde una CIN I a una CIN III sería, aproximadamente de 7 años para unos, 4 para otros o incluso 2-3 dependiendo de factores epidemiológicos y agresividad del virus del papiloma humano.

El tiempo que transcurre desde CIN III hasta carcinoma microinvasivo se calculo en 13 años, para otros 5-10.

ETIOLOGIA

Se acepta, que determinados agentes, transmitidos sexualmente, tienen acción carcinogénica. entre estos el HPV se encuentra en el 90-95 % de todos los carcinomas del cuello uterino.

Virus del papiloma humano.

Hasta la fecha se han aislado y caracterizado mas de 70 tipos diferentes de VPH. La identidad de cada uno se ha basado, en la descripción del genoma del ADN.

Los tipos conocidos como de bajo riesgo (6,11,42,43,44) se asocian principalmente con lesiones benignas como los condilomas, que raramente se malignizan. Los de alto riesgo (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58) se detectan en canceres intraepiteliales e invasores.

Estos virus no suelen producir infecciones sistémicas, sino procesos locales que se manifiestan como lesiones condilomatosas, verrugosas y papilares. Jamás se encuentran partículas maduras de VPH en células basales o parabasales en replicación, sino en las células diferenciadas macroscópicas. Se localiza en la unión escamo cilíndrica que puede tener koilocitóticas de la capa superficial.