

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MANEJO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL



JUAN CARLOS AJPOP CUJCUJ

MÉDICO Y CIRUJANO

INDICE

CONTENIDO	PAGI
I INTRODUCCION.....	1
II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2
III JUSTIFICACION.....	3
IV OBJETIVOS.....	4
V REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
A. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL.....	5
1. CERVIX.....	5
2. ANATOMIA DEL CERVIX.....	5
3. HISTOLOGIA.....	6
4. GENERALIDADES.....	6
5. CLASIFICACION.....	7
6. EPIDEMIOLOGIA.....	7
7. ETIOLOGIA.....	8
8. EVOLUCION.....	10
9. LOCALIZACION.....	11
10. DIAGNOSTICO.....	11
11. BIOPSIA CON EXAMEN HISTOLOGICO.....	15
12. TRATAMIENTO.....	16
13. RESUMEN DEL TRATAMIENTO.....	19
14. COMPLICACIONES.....	19
VI MATERIAL Y METODOS.....	21
A. METODOLOGIA.....	21
B. RECURSOS.....	22
VII PRESENTACION DE RESULTADOS.....	23
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	3
IX CONCLUSIONES.....	4
X RECOMENDACIONES.....	4
XI RESUMEN.....	4
XII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	4
XIII ANEXOS.....	4

I INTRODUCCION

La presente investigación, es un estudio retrospectivo de pacientes del Hospital Nacional Pedro de Bethacourt (HNPB), de Antigua Guatemala, que fueron tratadas en dicho centro al efectuarse diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), durante el período enero de 1,994 a diciembre de 1,998. Este trabajo se realizó recolectando datos por medio del llenado de una boleta, ideada exclusivamente para ejecución del mismo, obteniendo los datos necesarios de las fichas médicas de cada paciente.

La NIC, en la actualidad es frecuente encontrarla en pacientes en edad fértil; con el transcurso de los años el diagnóstico se hace en mujeres que aún no pasan los 20 años de edad, además, la NIC es causa más frecuente del desarrollo de cáncer de cérvix, convirtiéndose en un problema muy importante que atender. Tomando en consideración estas características, es necesario ofrecer alternativas terapéuticas que no alteren la vida reproductiva normal de la mujer. Se estudió entonces, qué alternativas terapéuticas recibieron las pacientes que fueron tratadas en el HNPB, y se estableció si tales conductas fueron correctas o no.

Al concluir la investigación, se encontró, que en el HNPB se atiende una población, que en mayoría sobrepasaba los 40 años, sin embargo el porcentaje alto (59%) era menor de 40 años. Las pacientes que con mayor frecuencia fueron tratadas en tal centro, presentaron menor grado de afección cervical (45%, NIC I); se confirmó que la multiparidad juega un papel importante en la aparición de la NIC; las conductas en cuanto a confirmación y estadificación del diagnóstico inicial por medio del uso de biopsia, fueron adecuadas en el 83% de los casos, pero con el 17% restante, únicamente se basaron en el diagnóstico citológico para iniciar tratamiento, no siendo ésta la conducta ideal. Respecto a las conductas terapéuticas tomadas, únicamente el 42% recibió el tratamiento adecuado y el 58% restante recibió un tratamiento en el que no se tomó en consideración tanto el grado de afección cervical, la edad y la paridad.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Los términos de NIC o DISPLASIA se refieren a todas aquellas alteraciones histológicas idénticas al carcinoma in situ, pero que están confinadas a una parte del espesor de la mucosa cervical y que tienen tendencia a la maduración superficial. Esta patología es clasificada en grados I, II y III las que dependen del espesor afectado de la mucosa cervical.

La etología de la NIC no se conoce con precisión, pero existen estudios en los que son estandarizados algunos factores de riesgo que intervienen en el origen del mismo. Por medio de ésta información, podemos tener una panorámica sobre el tipo de población afectada, encontrando que ésta es una enfermedad que afecta a un alto porcentaje a mujeres en edad fértil y que con el pasar de los años el diagnóstico se hace actualmente en mujeres menores de 20 años, siendo inciertas las afirmaciones hechas en el pasado, donde se decía que era una enfermedad propia de mujeres mayores de 40 años. (1,2,4,6,7)

Además de lo mencionado, preocupa saber que la NIC es una enfermedad que con frecuencia se diagnostica en pacientes que aparentan ser sanas, por lo que no suele ser un motivo de consulta, sino más bien un descubrimiento poco grato que se obtiene al realizar rutinariamente un examen citológico cérvico vaginal.

Este es un problema con gran trascendencia, y es una patología que afecta la población femenina en edad fértil, por consiguiente, una población joven, el estudio de dicho fenómeno permite brindar un tratamiento correcto que tenga en consideración la edad, paridad y por supuesto el grado de NIC reportado por estudio citológico.

Estudiaremos entonces el manejo que se les brinda a las pacientes con diagnósticos de NIC por citología en el Hospital Nacional de Antigua.

III. JUSTIFICACION

Se calcula que en el mundo hay cerca de 500,000 casos nuevos por año de cáncer de cérvix, lo que representa casi el 15% de todos los carcinomas en la mujer. En Estados Unidos aparecen anualmente 16,000 casos nuevos de cáncer de cérvix invasor y 5,000 defunciones a causa de ello. Cuando indagamos la morbimortalidad de nuestra población, encontramos que en Guatemala las neoplasias ocupan el cuarto lugar de las primeras diez causas de mortalidad general (15) y del total de éstos casos el 40.9% corresponde al cáncer de cérvix. Cuando se revisan las estadísticas del sexo femenino propiamente, encontramos que entre las causas de mortalidad debidas a neoplasia, el 55.2% corresponde al cáncer de cérvix y el 17.86% corresponden a NIC. (15,16,22)

Este es un problema de alta trascendencia ya que en los último años se ha señalado un aumento de la NIC en mujeres en edad fértil, incluso un aumento del diagnóstico de mujeres menores de 20 años (7,11,15), lo que justifica el estudio del mismo, en una institución, que atiende a éste grupo etareo.

Es entonces una preocupación importante para las personas que trabajan en salud, brindar el tratamiento correcto a ésta población y al elegir el tratamiento tomar en cuenta la edad, paridad y el grado de afección cervical que éstas presenten, ofreciéndoles una mejor calidad de vida.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES

Determinar si las conductas médicas llevadas a cabo en las pacientes que consultaron en el Hospital Nacional de Antigua con diagnóstico citológico de NIC son correctas o incorrectas.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar que ayuda diagnóstica se utiliza para confirmar y estadificar el diagnóstico citológico de neoplasia intraepitelial cervical.

Clasificar los diferentes tipos de tratamiento que se utilizan en mayor frecuencia en las pacientes con diagnóstico de NIC.

Relacionar el tipo de tratamiento que es ofrecido a las pacientes con diagnóstico de NIC, según su edad, paridad y grado de afección cervical.

VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC - DISPLASIA)

1. CERVIX

El cérvix lleva una vida muy agitada: debe servir como barrera para el ingreso de aire y flora microbiana de la vagina, pero debe permitir la salida del flujo menstrual y sufrir la actividad del coito y el traumatismo del parto. No es extraño que a menudo sea el asiento de enfermedades. Es tanto un centinela para las infecciones potencialmente graves de la parte superior del aparato genital así como un órgano diana para los carcinógenos virales o químicos, que pueden dar lugar a carcinomas invasores.

2. ANATOMIA DEL CERVIX

Estructura cilíndrica de 1.5 a 2.5 cm que forma la porción inferior del útero. Está compuesto por tejido colagenoso, elástico, fibras musculares lisas y recubierto por una mucosa productora de moco protector. Su irrigación está dada por ramas de la arteria hipogastrica, arteria uterina superior y arteria cérvico vaginal las cuales irrigan la porción superior e inferior del útero respectivamente. El drenaje linfático se hace a través de los ganglios hipogastricos y posee inervación simpática y parasimpática con fibras sensitivas que pasan por los nervios II, III y IV sacros hacia las fibras medulares del sistema nervioso central.

De acuerdo a las relaciones anatómicas lo dividimos en dos porciones: una vaginal y una supravaginal, la cara posterior de ésta última está cubierta por peritoneo. Dentro de la morfología encontramos un orificio cervical externo, oval en la nulípara, volviéndose en forma de hendidura transversa en la múltipara a su vez la relación del tamaño del útero con el cérvix en la nulípara es de uno a uno, mientras la relación en la múltipara es de tres a uno.

3. HISTOLOGIA

En el cérvix se distinguen dos partes: el exocérnix, que presenta la parte externa del cuello y que se encuentra revestido por epitelio plano estratificado, y el endocérnix o canal endocervical, que se encuentra tapizado por una mucosa rica en glándulas y revestido por epitelio cilíndrico mucinoso.

La zona de transformación o unión escamocolumnar es la zona de transformación entre el epitelio estratificado y el cilíndrico. Esta zona corresponde a diferentes etapas de metaplasia escamosa y es la principal localización primaria de la mayoría de los cánceres de cérvix.

El límite entre el epitelio plano estratificado y el cilíndrico se encuentra por lo general a la altura del orificio del cérvix. Sin embargo ésta ubicación suele variar dependiendo del influjo hormonal. De ésta forma, en la niña, joven nulípara y mujer menopáusica, la unión escamocolumnar se encuentra por dentro del canal endocervical y en la mujer múltipara, embarazada, con terapia hormonal o anovulatoria, se encuentra por fuera del orificio externo del cuello.

4. GENERALIDADES

El término displasia se refiere a todas aquellas alteraciones histológicas idénticas a las del carcinoma in situ, pero que están confinadas solo a una parte del espesor de la mucosa cervical y que tienen tendencia a la maduración superficial. La displasia es clasificada en leve, moderada y severa, según si las alteraciones celulares abarcan el tercio inferior, los dos tercios inferiores o casi todo el espesor de la mucosa, las lesiones que muestran un engrosamiento completo del epitelio con células neoplásicas se le denomina carcinoma in situ. En 1,967, Richard, demostró en cultivo de tejido que las células que provienen de displasia y carcinoma in situ, comparten las mismas características estructurales citogenéticas y de contenido de ADN, por lo que se concluyó que son una sola entidad y para englobarlos utilizó el término NIC. (22,26)

5. CLASIFICACION

Relacionando las clasificaciones más utilizadas tenemos como resultado las siguientes:

NIC grado I (displasia leve) cuando sólo el tercio inferior del epitelio se reemplaza por células indiferenciadas, inmaduras y con mitosis frecuentes (llamada también lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, SIL).

NIC grado II (Displasia moderada) alteración de dos tercios inferiores de la mucosa (SIL alto grado).

NIC grado III (Displasia severa/carcinoma in situ) alteración de todo o casi todo el espesor de la mucosa (SIL de alto grado). (5,10,22,36)

La clasificación por grados de NIC es para poder identificar la probabilidad de progreso o involución de dichas lesiones. (7,11,22,26,30,33)

6. EPIDEMIOLOGIA

Ha sido estudiada con gran detalle, y en diversos estudios se ha demostrado que la enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en:

- Edad precoz de inicio de actividad sexual.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Compañero sexual con múltiples compañeras.
- Antecedentes de infección por virus del papiloma humano.
- Mujeres de bajo estado socioeconómico.
- Múltiparas.
- Hábito de fumar cigarrillos.
- Antecedente de NIC.
- Antecedente de Neoplasia intraepitelial vulvar.

Puesto que el carcinoma de células escamosas está prácticamente ausente en vírgenes, da la impresión de que el carcinógeno, cualquiera que sea su naturaleza se transmite por el coito, pudiendo considerarse la NIC como una enfermedad de transmisión sexual.

Epidemiológicamente también existe una variabilidad étnica y geográfica, es posible que la disponibilidad de cuidados de salud y las prácticas sexuales de una clase social, religión o grupo étnico constituyen la clave en un riesgo aparente de aparición de Neoplasia cervical. (10,22,34,36)

Se ha descrito que ocurre displasia en mujeres mayores de 15 años, con una frecuencia máxima entre los 25 a 35 años, también que las displasias se presentan durante la madurez sexual entre los 30 a 40 años y que aproximadamente el 10% de las mujeres con cáncer invasivo tienen menos de 35 años, mientras que alrededor del 50% de los casos de NIC tienen menos de 35 años. La edad posible para desarrollar un cáncer del cérvix se extiende a lo largo de la vida de la mujer. (3,5,10)

En el departamento de patología del Hospital San Juan de Dios, se ha observado displasia en mujeres cuyas edades han oscilado entre los 15 a 75 años. (24)

7. ETIOLOGIA

No se conoce con precisión, aún cuando en la actualidad tiende a aceptarse cada vez más que se trata de una acción viral, no hay duda que en su etiología intervienen ya sea en forma directa a través de las displasias, factores coadyuvantes o favorecedores, sean mecánicos o inflamatorios locales. Tampoco puede conocerse la influencia de factores raciales y socioeconómico. (2,5,10,22,34,36)

a. INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El VPH se transmite principalmente por contacto sexual, es mas frecuente en mujeres de conducta sexual promiscua entre los 19 y 28 años. Tiene un período de incubación de aproximadamente 4 a 6 semanas. En México la frecuencia varía de 11.4 al 25% en biopsias cervicales, y es de 3% en citología exfoliativa cérvico-vaginal, en el aparato genital femenino la infección afecta sobre manera a la vulva, periné y cuello uterino.

Microscópicamente las lesiones únicas o múltiples se observan como placas blancas que pueden llegar a formar un patrón en mosaico. (26)

De los agentes de transmisión sexual, actualmente se considera al VPH como un factor importante en la oncogénesis del cérvix. Hay cada vez mas pruebas de la relación del VPH con el cáncer en general y con el cáncer de cérvix en especial:

El ADN del VPH se ha detectado mediante técnicas de hibridación en un 85%, aproximadamente de los cánceres del cuello uterino y un 90%, en las lesiones precancerosas y de los condilomas cervicales. (26,28,36)

Determinados tipos de virus de papiloma humano se asocian al cáncer de cérvix (los de alto grado) frente a los que se asocian a los condilomas (los de riesgo bajo), los tipos de bajo riesgo son: los tipos 6,11,42 y 44, y los de alto riesgo son los tipos 16, 18, 31, 33. Los tipos 16 y 18 y tal vez el 31 son bastante frecuentes en NIC y en cáncer invasor de células planas. (2,28)

En estudios in vitro indican que los tipos de alto riesgo poseen la capacidad de producir la transformación maligna en un cultivo de células, y ésta capacidad está vinculada a ciertos oncogenes virales (los genes E6 y E7) que difieren en sus secuencias entre los tipos de VPH de alto riesgo y los de bajo riesgo. (28,31)

El estado físico del virus es distinto en los cánceres, estando unido por valencias (integrado) al ADN del genoma del huésped. Esto está en abierto contraste con el ADN viral (episómico) que se encuentra en estado libre en los condilomas y en la mayoría de las lesiones precancerosas. (28)

La oncoproteína E 6 que se encuentra en los tipos 16 y 18 del VPH (pero no en el tipo 11 de bajo riesgo) se une al gen supresor p53 y acelera su degradación proteolítica. (28,31,34)

El VPH se asocia con NIC, 10 veces más que en grupos control, las mujeres con VPH-16 y VPH-18 tienen aún más riesgo que aquellas con virus de bajo riesgo. Con base en los datos disponibles, virtualmente todos los cánceres cervicales y la mayor parte de sus precursores de alto riesgo (NIC-SIL II-III) contienen tipos de VPH oncogénicos de transmisión sexual, el más frecuente es el tipo 16, éste se asocia más a cáncer epidermoide y el

tipo 18 a los adenocarcinomas y de células pequeñas, lo que indica que tiene mayor riesgo de neoplasia invasora que los otros tipos. (14,34)

Estos argumentos no achacan al VPH un papel exclusivo. Un elevado porcentaje de mujeres jóvenes está infectada con uno o más tipos de VPH durante los años de la reproducción y solo en algunas aparecen un cáncer. Otros agentes cocarcinógenos, el estado inmune de cada individuo, la nutrición y otros factores, influyen en que la infección por VPH permanezca en forma subclínica (latente), se convierta en una lesión precancerosa o avance hasta acabar produciendo un cáncer. Además, un 15% de los cánceres del cérvix no se asocian al VPH, lo que indica que existen otras formas de desarrollar cáncer, como las mutaciones en los genes del huésped. (17,28)

8. EVOLUCION

Las lesiones precancerosas deben enjuiciarse teniendo en cuenta que:

Las lesiones precancerosas constituyen un todo continuo de cambios morfológicos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas.

Las lesiones precancerosas no siempre evolucionan hacia la formación de un cáncer y pueden retroceder espontáneamente, además del riesgo de que persistan o que evolucione a un cáncer conforme aumenta la intensidad de la lesión precancerosa.

Se asocian éstas lesiones al VPH y los tipos de alto riesgo del VPH se encuentran cada vez con más frecuencia en las lesiones precursoras del grado más elevado. (28)

El curso de la NIC en cada individuo es impredecible. Richard siguió a 557 mujeres en las que confirmó displasia con tres frotis de papanicolaou anormales, encontró que la tasa de progresión incrementaba con el avance del grado de NIC y que el tiempo de transición hasta el carcinoma in situ fue de aproximadamente de 85 meses para las displasias leves, 38 meses

para las displasias moderadas y 12 meses para las graves, 44 para todas las displasias en conjunto. (3,10)

La evolución del carcinoma intraepitelial y su transformación en carcinoma invasor es un hecho comprobado en mas de 30 y hasta 50 % de los casos. La observación periódica y minuciosa de mujeres con carcinoma in situ ha permitido establecer que se requiere un tiempo largo antes de su transformación en carcinoma invasor. Este lapso es variable y oscila entre 8 y 10 años, incluso el tiempo de latencia podría ser de hasta 20 años como se ha documentado, y aún durante toda la vida de la mujer puede estar desprendiéndose células anormales, que se descubrirán en el examen citológico. (5,26)

9. LOCALIZACION

La NIC se encuentra usualmente en la zona de transición del epitelio escamoso o pavimentoso del exocérnix con el epitelio mucoso columnar o cilíndrico del endocérnix (zona de transformación). Se ha descrito que 20% de la NIC se localizan en el exocérnix, otro 20% en el endocérnix y 60% en las vecindades del orificio externo donde se encuentran usualmente la zona de transición escamo-columnar. De ello se deduce que especímenes celulares obtenidos del exocérnix tendrán abundantes células neoplásicas cuando existe una lesión a este nivel, mientras que muestras obtenidas del canal endocervical propiamente dicho puede tener células neoplásicas en número limitado o bien estar ausentes. (5,10)

10. DIAGNOSTICO

Ya que por lo general la NIC no presenta síntomas ni signos, especialmente cuando se trata de sustitución simple, el diagnóstico se basa en los datos celulares encontrados en el curso de la evaluación de un frotis de papanicolaou para control sistemático. (3,5,10,22)

La detección de lesiones preinvasivas e invasivas tempranas del cuello uterino implica tres modalidades diagnósticas:

Frotis de papanicolaou.

Colposcopia.

Biopsia con examen histológico. (18)

a. FROTIS DE PAPANICOLAOU

La neoplasia cervical precoz y asintomática puede detectarse antes que se manifieste clínicamente, por medio del examen citológico de extensiones cervicales obtenidas durante las exploraciones rutinarias anuales. Esta prueba puede detectar el 90% o más de la neoplasia cervicales iniciales, su empleo ha reducido las muertes a causa de cáncer cervical en 70%, ya que permite reconocer y tratar la neoplasia en su fase preinvasora.

El frotis de papanicolaou es utilizado mas como test primario de despistaje para la detección de neoplasia, es el pilar básico de detección precoz y control del cáncer cervical. La NIC puede identificarse por alteraciones en los núcleos tales como: aumento e irregularidad hipercromatismo y picnósis, células multinucleadas con nucleolos ausentes y localizadas en células superficiales, intermedias o basales.

Por grados se identifican de la siguiente forma:

NIC I. En el extendido citológico se encuentran células neoplásicas superficiales y pocas intermedias con núcleos ligeramente aumentados de tamaño, de cromatina homogénea.

NIC II. Se encuentran células neoplásicas con predominio de células intermedias con núcleos grandes y diferentes, con cromatina granular.

NIC III. Hay predominio de células basales con inversión de la relación núcleo-citoplasma, nucleolos ausentes, cromatina francamente granular, membrana forzada y algo irregular, el fondo del núcleo tiene aspecto de red y puede dar la apariencia de ser multilobulillada. Básicamente se encuentran células descamadas. (7,11,28,30)

b. COLPOSCOPIA

En 1,925 Hans Hinselman inventó el colcóscopio convirtiéndose en los últimos 20 años en la piedra angular de tratamiento de pacientes con citología anormal (32). El colposcópico es un instrumento que permite la observación del cuello uterino con luz brillante y aumento a 10 a 40X. Por el momento el principal valor de la colposcopia radica en la evaluación de las pacientes con citología anormal y las pacientes con alto riesgo (exposición intrauterina al dietilestilbestrol o evidencia clínica de adenosis).

La colposcopia posibilita la localización de la lesión, su extensión y la localización mas apropiada para la obtención de una biopsia (dirigida) con la que el patólogo puede establecer el diagnóstico. La colposcopia tiene gran seguridad para diferenciar las lesiones invasivas de no invasivas, y atipias inflamatorias de neoplasia. En las pacientes con citología anormal, la colposcopia puede distinguir con facilidad los trastornos inflamatorios de los neoplásicos. (10,22)

Después de la inspección y observación cuidadosa de cambios vasculares del cuello humedecido con solución salina, se aplica la solución de ácido acético, del 3 a 5 %, esto hace que las células cilíndricas se hinchen y opacifican el epitelio plano metaplásico, displásico, así como el portador de carcinoma in situ, adquiriendo una apariencia blanquecina en áreas muy bien delimitadas presentándose la típica estructura en racimos de uvas, al mismo tiempo el ácido acético produce una ingurgitación tisular y disminuye la transparencia del tejido (10). A mayor opacidad y mayor brillantez de la lesión es mayor la probabilidad de que exista NIC. (8)

1.b. CARACTERISTICAS COLPOSCOPICAS

Las características que proporcionan al colposcopista un criterio de calificación por grado de intensidad de la lesión, seleccionando la región más anormal para biopsia dirigida, además, el diagnóstico colposcópico provisional se basa en la valoración de estas características epiteliales:

La distancia intercapilar.

La densidad del epitelio blanco.

La nitidez del borde con epitelio normal.

La irregularidad del contorno superficial. (22)

En la neoplasia cervical la distancia intercapilar aumenta a medida que el estadio de enfermedad lo hace. La diferencia de color de la superficie cervical antes y después de la aplicación de ácido acético es significativa desde el punto de vista diagnóstico, cuando se produce un cambio marcado del color rojo al blanco después de la aplicación de ácido acético se piensa en una lesión histológica más severa.

El colposcopio proporciona una ampliación estereoscópica que facilita enormemente el estudio del aspecto de la superficie del cérvix, que puede ser lisa, rugosa, granulada, papilomatosa o nodular. El epitelio escamoso normal o con displasia mínima posee una superficie lisa, el carcinoma in situ y sobre todo el carcinoma invasor precoz tienen una superficie irregular y ligeramente elevada.

Un dato importante de la lesión colposcópica anormal es el límite entre la lesión y el tejido normal adyacente. La frontera entre el epitelio escamoso normal y el inflamatorio o la displasia mínima es completamente difusa e irregular, en cambio la displasia severa o el carcinoma in situ usualmente produce una lesión de bordes muy difusos del epitelio normal adyacente. (10)

2.b. LIMITACIONES DE LA COLPOSCOPIA

Su limitación radica en su capacidad para detectar una lesión profunda en el canal endocervical. Sin embargo, en esta última situación los resultados colposcópica no son negativos sino mas bien insatisfactorios, ya que no es visible la zona de transición escamo-columnar. (10,22)

La frecuencia de colposcopia insatisfactoria en mujeres premenopáusicas es del 12 al 15%, en la postmenopáusica la frecuencia de colposcopia insatisfactoria aumenta significativamente, y además, el valor de la misma es mucho más limitado. El no realizar legrado endocervical se ha identificado como uno de los motivos más significativos por lo que las

pacientes pueden presentar un cáncer invasor después de la valoración externa y el tratamiento de citología anormal. El legrado endocervical se recomienda principalmente en estudios colposcópica insatisfactorios o cuando no se observa la lesión. (32)

11. BIOPSIA CON EXAMEN HISTOLOGICO

El examen histológico es el arma definitiva para el diagnóstico de lesiones tipo NIC. Los cambios nucleares son los marcadores de neoplasia en la mayoría de los tejidos del organismo.

Puesto que el tratamiento no debe realizarse solamente en base al resultado de la prueba citológica sin tener una documentación tisular, podemos afirmar que todo frotis sospechoso debe ser ampliado con una biopsia cervical. Esta puede realizarse por bocado biopsico de forma ambulatoria en las áreas diana indicadas por colposcopia ampliada y test de Schiller (3). Pero el frotis claramente positivos deben confirmarse por conización con bisturí o con láser bajo anestesia general. En estos casos se debe además realizar legrado endocervical diagnóstico para descartar cáncer invasor del canal endocervical, ya que usualmente la fase invasiva comienza en esta región. (22)

En el espesor del epitelio displásico existe variación en la forma, tamaño y volumen de las células que la constituyen y presencia de mitosis normales y anormales, así como perdida de la relación normal en su arquitectura, debe quedar claro que la zona de epitelio displásico es más de tipo cualitativo que cuantitativo y que la lesión displásica puede estar localizada en el epitelio escamoso del ectocervix, en el epitelio cilíndrico de superficie glandular, en el metaplásico escamoso de la unión escamo-columnar o en todos ellos a la vez. (28)

a. CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS DE LA INFECCION POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

En el extremo inferior del espectro de los cambios morfológicos están las lesiones que son histológicamente indistinguibles de los condilomas

acunados y que pueden tener aspecto elevado o maculoso. Estas lesiones muestran atipia coilocitósica con escasas alteraciones en las otras células del epitelio y que entran dentro de los límites de NIC I. Estos cambios guardan correlación intensa con los tipos de bajo riesgo de VPH y con las poblaciones celulares genéticamente diploides o poliploides.

El siguiente cambio en el espectro consiste en la aparición de células atípicas en las capas inferiores del epitelio escamoso, pero con una diferenciación persistente hacia las capas de células espinosas y queratinizadas. Las células atípicas muestran alteraciones del cociente núcleo citoplasma, variaciones en el tamaño de los núcleos, desaparición de la polaridad, aumento de las figuras mitóticas, mitosis anormales e hiperchromasia, en otras palabras adquieren algunos de los caracteres de las células malignas. Estas lesiones entran en los límites de NIC II. Estos hallazgos se han asociado las poblaciones de células aneuploides y guardan mucha correlación con los tipos de alto riesgo de VPH reflejando probablemente los cambios precoces asociados a los oncogenes virales de estos virus.

A medida que el espectro avanza, hay una pérdida progresiva de la diferenciación que afecta a mas y más capas del epitelio, hasta que queda sustituido totalmente por células atípicas inmaduras que no muestran ninguna diferenciación superficial, NIC III. (26,28)

La citología y la colposcopia son técnicas complementarias y al utilizar ambos métodos, mejora la precisión diagnóstica pues se suma las ventajas de ambas. La correlación de los datos citológicos, colposcópicos e histológicos permite un tratamiento más racional que confiar en cualquiera de los métodos individualmente. (32)

12. TRATAMIENTO

a. OBSERVACION

Es la elección más lógica para lesiones cervicales de menor grado ya que ellas tienen una alta tasa de regresión espontánea. Excepciones a esta

regla incluyen pacientes que no se adhieren al tratamiento, fumadores, inmunocomprometidos y grandes lesiones cervicales. No hay guías definitivas en cuanto tiempo se les debe seguir a estos pacientes, estudios recientes recomiendan observación por dos años con citologías como una alternativa a una colposcopia inmediata.

b. CRIOTERAPIA

Destruye las capas superficiales del epitelio mediante cristalización del agua intracelular, produciendo la ruptura física de la célula. Ocurre una destrucción segura del tejido a una temperatura entre -20 a -30 grados centígrados, en la clínica se utiliza óxido nitroso (-89 grados) y dióxido de carbono (-65 grados). Las complicaciones en la crioterapia suelen ser raras y leves, en ocasiones ocurren estenosis cervical y hemorragia post tratamiento. Muchas pacientes en quienes fracasa la crioterapia son objeto de diagnóstico de NIC persistente en los primeros 6 meses; el éxito de la crioterapia es más evidente en la NIC I y II que en la III. Un estudio realizado por Ostergard reveló que de 298 pacientes con NIC I y II tuvieron 94% de éxito, mientras que las 46 que se les realizó por NIC III tuvieron una curación del 61%.

El protocolo de seguimiento después de la crioterapia, consiste en la evaluación de la citología y colposcopia a los 4, 8, 18 y 24 meses. La mayoría de las fallas del tratamiento se han detectado durante los primeros dos años. Las tasas de curación con el tratamiento son del 98%, si el examen posterior es normal, el paciente deberá tener una citología anual por el resto de su vida.

c. VAPORIZACION CON LASER

Utiliza dióxido de carbono para producir vaporización cervical de cualquier forma y hasta cualquier profundidad que permita la destrucción precisa de la lesión cervical. El fracaso del tratamiento no aparece relacionarse con el grado del NIC sino con la presencia concomitante de lesiones condilomatosas; la incidencia de recidivas es de aproximadamente de 6%, la hemorragia ha sido problemática en el 5%, es rara la estenosis cervical, la gran desventaja es que no se obtiene material jipara el estudio

histológico, hay porcentaje de fracaso de un 10% en el primer tratamiento.

Las dos técnicas anteriores hacen aparte de la terapia destructiva local; existen otras terapias, como la histerectomía radical abdominal (con sus consecuencias ya determinadas) y la conización cervical que describiremos a continuación.

d. HISTERECTOMIA

Antes del advenimiento de la colposcopia ésta fue una practica común si la citología indicaba carcinoma in situ. La histerectomía tiene poca cabida en la actualidad.

1.d. Sus indicaciones son:

Lesión multicéntrica que afecta los fondos de saco o lesión extensa.

Lesión residual posterior a conización si la paciente tiene fertilidad satisfecha y solo desea esta terapia.

Adenocarcinoma en estadios mayores al in situ.

Que se tengan otras indicaciones ginecológicas para histerectomía.

Se aconseja si la paciente pueda costearlo realizar un cono prehisterectomía en las lesiones sugestivas de invasión o que por su extensión, el ginecólogo, desea mayor seguridad para la programación de la histerectomía.

e. CONIZACION

Es el método más exacto para realizar el diagnóstico y el tratamiento de NIC, porque permite conocer la extensión de la lesión. Es el tratamiento definitivo cuando las márgenes del cono están completamente libres

después de la cuidadosa evaluación histológica. Está indicado terapéuticamente para el NIC III. El proceso consiste en hacer una excisión anular de tejido cervical con cualquiera de los instrumentos cortantes, ya sea bisturí, láser o radiofrecuencia.

13. RESUMEN DEL TRATAMIENTO

Displasia leve o moderada: Muchas lesiones de neoplasia intraepitelial cervical en etapas 1 ó 2 experimentan regresión (más o menos 60% y 30%, respectivamente) o persisten (aproximadamente 25 y 5%), y sólo una minoría progresa a NIC en grado 3 (aproximadamente 15 y 20%). Por lo tanto, es recomendable observar a tales pacientes mediante citología en serie cada 6 meses. La criocirugía y la electrocoagulación son los métodos que con mas frecuencia se utiliza para tratar las lesiones de NIC I y II.

Displasia moderada a intensa (NIC grado III): Las lesiones que aparecen con NIC III requieren crioterapia o tratamiento con láser o mediante coagulación. Si no se encuentra extensión hacia el conducto cervical, se requiere conización en frío inicialmente.

Displasia grave: el método más eficaz del carcinoma in situ, y que generalmente se recomienda para mujeres mayores de 40 años, es la histerectomía abdominal con un manguito vaginal amplio. La extirpación de los ovarios es una decisión que debe basarse en la edad de la paciente y en el estado de los ovarios. (10, 16,22)

14. COMPLICACIONES

En estudios publicados, la estenosis cervical es relativamente rara, ocurriendo principalmente en mujeres post menopausicas. Los estudios a corto plazo no demostraron efectos adversos en la competencia cervical. El sangrado post operatorio ocurre en 4% de los casos y pueden ser manejados en el consultorio, removiendo los coágulos y luego aplicando solución de Monsell o refulguración del cráter.

V. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo.

2. UNIDAD DE ANALISIS

Expedientes de pacientes con diagnóstico de NIC, a través de Papanicolaou. Hospital Nacional de Antigua. Período 1 de enero de 1,994 al 31 de diciembre de 1,998.

3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los expedientes clínicos con diagnóstico de NIC.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes incompletos.
Diagnóstico no claro.
Diagnóstico de NIC en embarazadas.

VARIABLES A ESTUDIAR.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MED.	UNIDAD DE MED.
MANEJO DE NIC	Todo procedimiento médico quirúrgico que depende del grado de NIC diagnosticado.	Manejo descrito en el expediente médico	Nominal	Médico obs. Electro coagulación. Quirur. Criocir., laser, coniza., histerecto.
DIAGNOSTICO CITOLOGICO	Hayazgo microscópico que identifica una enfermedad en base al estudio de la célula	Diagnóstico Citológico anotado en el expediente.	Nominal	NIC I o Displasia NIC II NICIII
AYUDA DIAGNOSTICA	Procedimientos y exámenes utilizados para confirmar un diagnóstico previo.	A través del expediente clínico.	Nominal	Schiller Citología Colposcopia Histología
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento.	Edad anotada en el expediente.	N Numérica	Años
PARIDAD	Cantidad de fenómenos mecano-fisiológicos con salida de feto y anexos fuera de las vías genitales maternas a partir del sexto mes.	Número de partos anotados en el expedientes.	N Numérica	1,2,3 ó más.

5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la realización del presente trabajo se utilizó una boleta de recolección de datos ideada por el investigador para cumplir los objetivos propuestos y así recabar la información pertinente al estudio (Anexo 1).

6. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Para lograr la obtención de las historias clínicas se acudió al archivo del departamento de Ginecología del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se hizo un listado de expedientes seleccionados para iniciar la recolección de datos, delimitados en el instrumento de medición, posteriormente se tabularon e interpretaron los datos obtenidos, se analizó la información obtenida y se hicieron las recomendaciones pertinentes al caso.

7. PRESENTACION DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

Por ser un trabajo descriptivo, se presentan los datos obtenidos en tablas con su respectivo análisis y discusión.

B. RECURSOS

1. MATERIALES FISICOS

Hospital nacional de Antigua Guatemala, archivo del centro hospitalario, papeletas de registro médico, boleta de recolección de datos del investigador, etc.

2. HUMANOS

Personal de archivo del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA No. 1

Frecuencia de la NIC segun grado de afección cervical
HNPB Antigua Guatemala
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

Diagnóstico	No.	%
NIC I	27	45
NIC II	21	35
NIC III	12	20
TOTAL	60	100

Fuente: Archivos Médicos
No. : Número de casos.
%: Porcentaje.

TABLA No. 2

Distribución y frecuencia por edad, de pacientes con diagnóstico de NIC. HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

Edad	No.	%
< 20	2	4
21 - 29	13	22
30 - 39	20	33
> 40	25	41
Total	60	100

Fuente: Archivos Médicos
No. : Número de casos.
% : Porcentaje.

TABLA No.3

Distribución según paridad, de pacientes con diagnóstico de NIC. HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

Paridad	No.	%
0	1	2
1	2	3
2	12	20
3 ó +	45	75
Total	60	100

Fuente: Archivos Médicos
No. : Número de casos.
% : Porcentaje.

TABLA No. 4

Distribución y frecuencia de la ayuda diagnóstica mas utilizada en pacientes con diagnóstico de NIC.
HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

Ayuda Diagnostica	No.	%
Papanicolaou control ó Test de Schiller	10	17
Colposcopia	21	35
Biopsia	29	48
Total	60	100

Fuente: Archivos Médicos
No. : Número de casos.
% : Porcentaje.

TABLA No.5

Frecuencia del tipo de tratamiento ofrecido a las pacientes con diagnóstico de NIC. HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

Tratamiento	No.	%
Observación	15	25
Electrocoagulación	2	3
Criocirugía		
Laser		
Conización	3	5
Histerectomía	40	67
Total	60	100

Fuente: Archivos Médicos
No. : Número de casos.
% : Porcentaje.

TABLA No. 6

Relación entre edad, paridad y tratamiento, según grado de NIC.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

DIAG- NOSTICO	TRATA- MIENTO	EDAD																				TOTAL	%												
		< 20								21 - 29								30 - 39								> 40									
		PARIDAD								PARIDAD								PARIDAD								PARIDAD									
		0		1		2		3 ó +		0		1		2		3 ó +		0		1				2		3 ó +		0		1		2		3 ó +	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
NIC I	OBSER.																																		
	ELECT.			1	2							1	2	3	5							1	2	2	1					4	7	11	17		
	CONI.											1	2																	2	4				
	LASER																																		
	HISTE.											1	2	1	2							2	4	5	8					5	8	14	24		
SUBTOTAL				1	2							1	2	3	6	3	5					3	6	7	9					9	15	27	45		

(OBSER. = observación, ELECT.= electrocoagulación, CONI.= conización, HISTE.= histerectomía.)

Fuente: Archivos médicos.

HNPB. Antigua Guatemala.

% = Porcentaje.

= Número de casos.

TABLA No. 6

Relación entre edad, paridad y tratamiento, según grado de NIC.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

DIAG- NOSTICO	TRATA- MIENTO	EDAD																								TOTAL	%								
		< 20								21 - 29								30 - 39										> 40							
		PARIDAD								PARIDAD								PARIDAD										PARIDAD							
		0		1		2		3 ó +		0		1		2		3 ó +		0		1		2		3 ó +				0		1		2		3 ó +	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			#	%	#	%	#	%		
NIC II	OBSER.											1	2																	2	4				
	ELECT.																																		
	CONI.	1	2											1	2															2	4				
	LASER																																		
	HISTE.														3	5							5	8			1	2		8	12				
SUBTOTAL		1	2									1	2	4	7							5	8			1	2		9	14	21	35			

(OBSER. = observación, ELECT.= electrocoagulación, CONI.= conización, HISTE.= histerectomía.)

Fuente: Archivos médicos.

HNPB. Antigua Guatemala.

% = Porcentaje.

= Número de casos.

TABLA No. 6

Relación entre edad, paridad y tratamiento, según grado de NIC.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

DIAG- NOSTICO	TRATA- MIENTO	EDAD																								TOTAL	%								
		< 20								21 - 29								30 - 39										> 40							
		PARIDAD								PARIDAD								PARIDAD										PARIDAD							
		0		1		2		3 ó +		0		1		2		3 ó +		0		1		2		3 ó +				0		1		2		3 ó +	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			#	%	#	%	#	%		
NIC III	OBSER.																															1	2		
	ELECT.																																		
	CONI.																															1	2		
	LASER																																		
	HISTE.																																		
SUBTOTAL																																6	9		
																																10	17		
																																2	4		
																																6	9		
																																12	20		

(OBSER. = observación, ELECT.= electrocoagulación, CONI.= conización, HISTE.= histerectomía.)

Fuente: Archivos médicos.

HNPB. Antigua Guatemala.

% = Porcentaje.

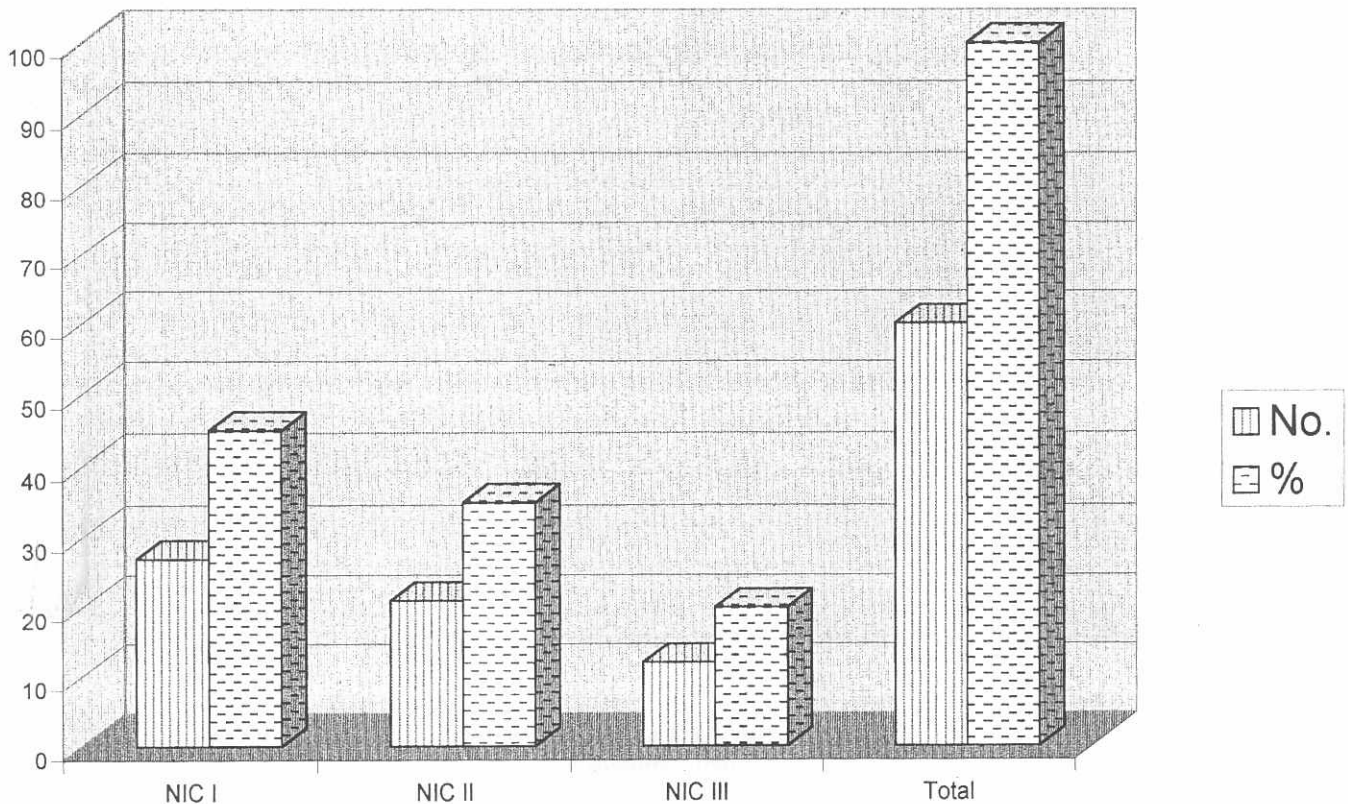
= Número de casos.

GRAFICA No. 1

Frecuencia de la NIC según grado de afección cervical.

HNPB Antigua Guatemala.

Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

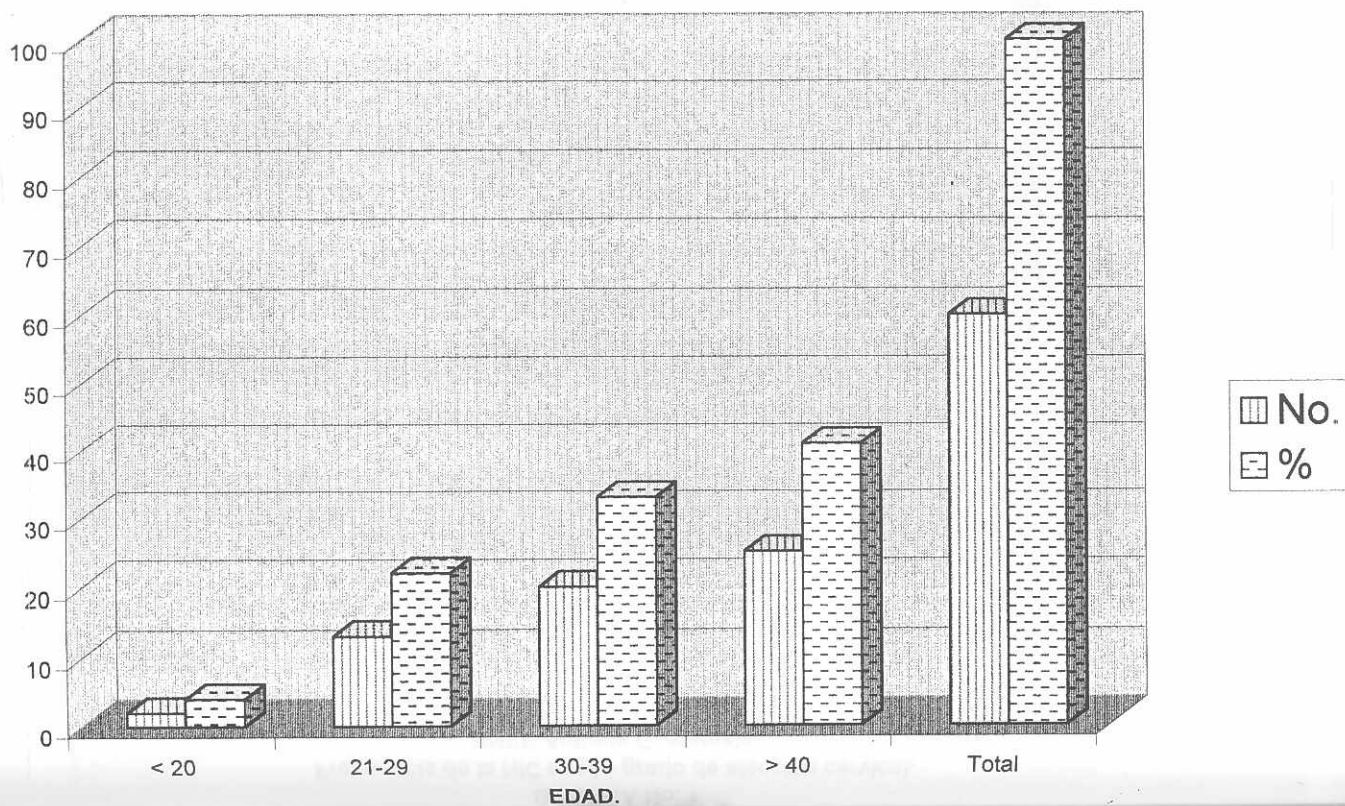


DIAGNOSTICO.

Fuente Archivos médicos y tabla No. 1

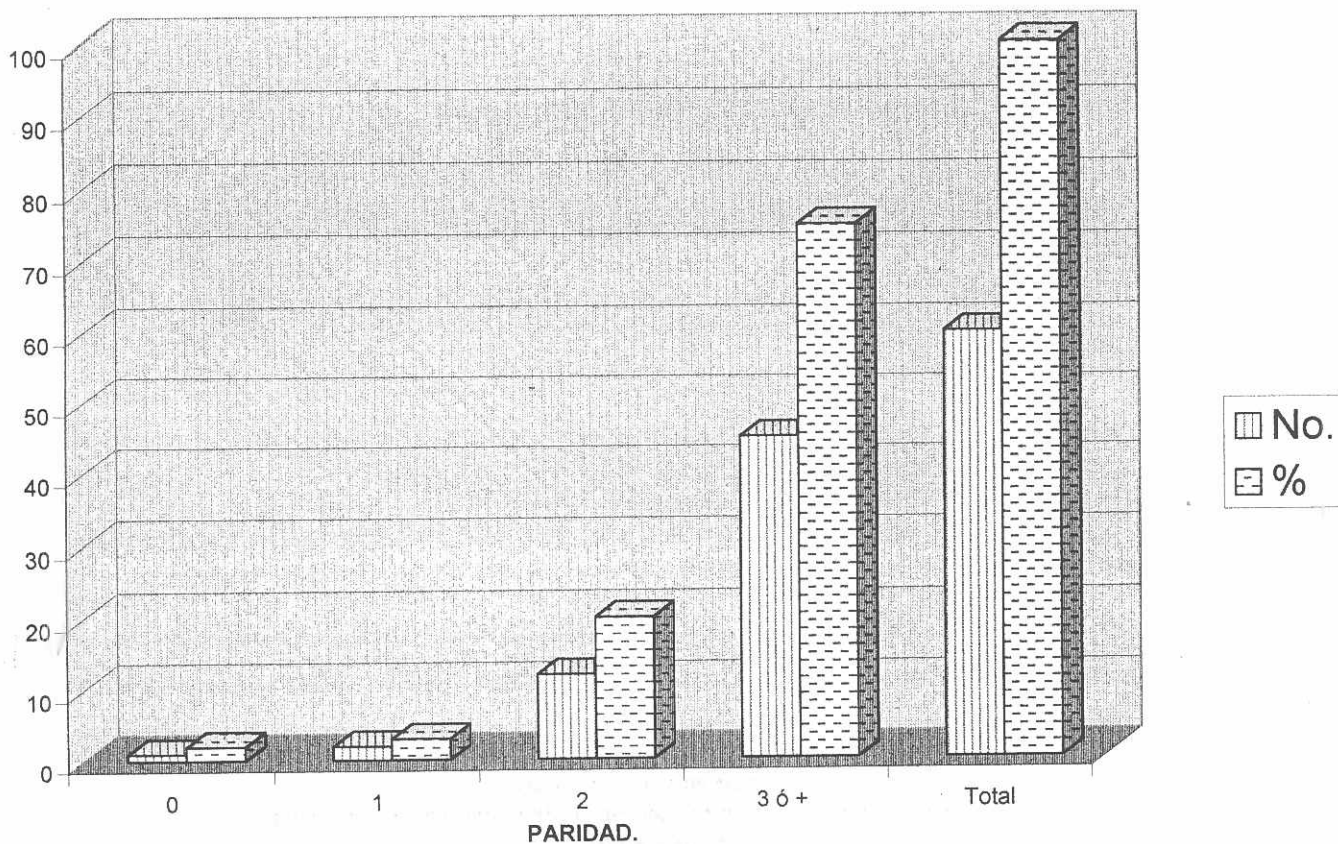
GRAFICA No. 2
Distribución y frecuencia por edad, de pacientes con diagnóstico de Nic.
HPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

34



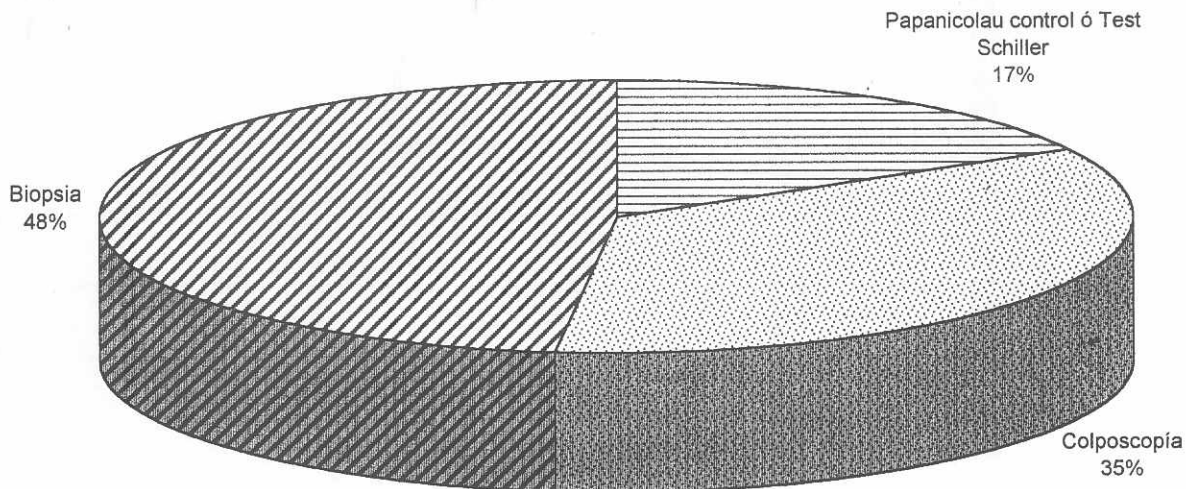
Distribución según paridad, de pacientes con diagnóstico de NIC.
HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.

35



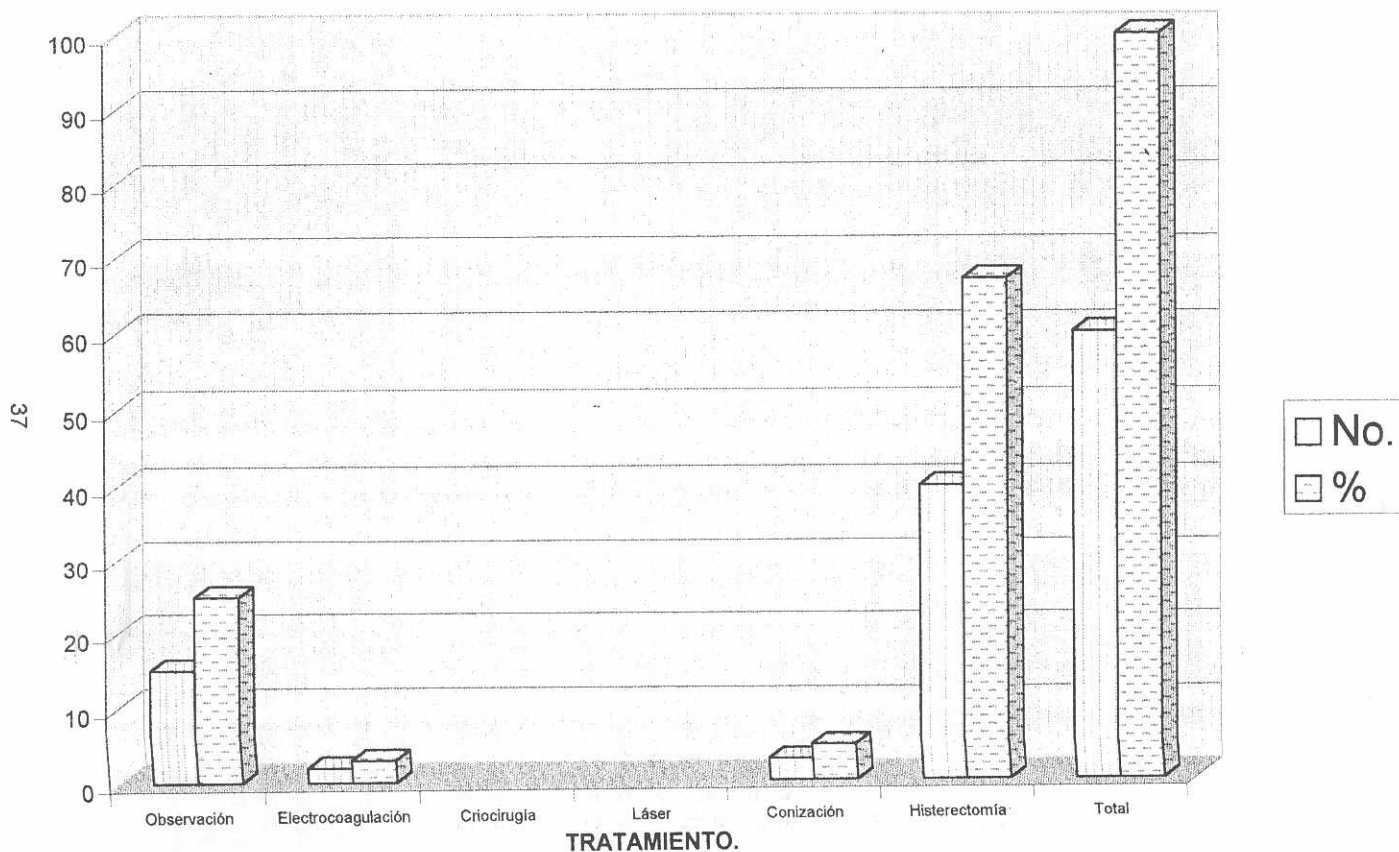
Fuente Archivos médicos y tabla No. 3

GRAFICA No. 4
Distribución y frecuencia de la ayuda diagnóstica más utilizada en pacientes con NIC.
HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.



Fuente: Archivos médicos y tabla No. 4

Frecuencia del tipo de tratamiento ofrecido a las pacientes con diagnósticos de NIC.
HNPB Antigua Guatemala.
Enero de 1,994 a Diciembre de 1,998.



Fuente Archivos médicos y tabla No. 5

VIII ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, se registran los resultados de 60 casos de pacientes que fueron tratadas en el HNPB de Antigua Guatemala, al presentar diagnóstico citológico de NIC, investigándose si las conductas médicas tomadas fueron correctas o incorrectas.

En los resultados destaca la elevada frecuencia de la NIC de grado leve (45%), gracias a la ayuda del examen citológico cérvico vaginal, que en la actualidad se realiza de manera rutinaria a toda paciente en edad fértil. Detectándose así cualquier afección cervical de menor grado, obteniendo grandes beneficios para las pacientes que en su mayoría son asintomáticas a tal enfermedad.

Así mismo, gracias al uso rutinario del papanicolaou en la actualidad, la edad de las pacientes en las que se efectúa el diagnóstico, ha disminuido. Descartando la afirmación, de que ésta enfermedad era propia de personas mayores de los 40 años; también debe mencionarse que la NIC, no solamente ha aumentado gracias a un mejor y más temprano diagnóstico, sino también a los cambios de conductas y hábitos sexuales de las personas en la actualidad, contribuyendo éstos a mayor posibilidad de adquirir o desarrollar la NIC.

Como ya se conoce, una de las causas de la NIC, entre otras, es la multiparidad, prueba de ello, es la población estudiada; ya que en un 75% del total de casos, ésta tenía la característica de ser múltipara.

Por otra parte, la ayuda diagnóstica utilizada para la confirmación y estadificación del diagnóstico inicial, efectuado por citología, nos muestra que hay una deficiencia en un 17% de la población, y es respecto a la decisión de utilizar la biopsia, paso que es indispensable, fundamental y obligatorio para la elección del tratamiento. Debiendo recalcar que el examen citológico, únicamente ha sido, es y será un método de diagnóstico de pesquisa importante para ésta patología y no para la toma de decisiones terapéuticas.

Respecto al tratamiento de la NIC, llama la atención, que en una población en donde el diagnóstico de la patología estudiada sea de grado leve y moderado en su mayoría (80%), y con una población, que en un 59% de los casos, las pacientes sean menores de los 40 años; la conducta terapéutica tomada sea la quirúrgica (histerectomía 67%). Aunado a esto debe resaltarse también los resultados encontrados en la tabla número 6, en donde los casos de NIC I y NIC II, son tratados inadecuadamente, ya que de las pacientes con NIC I (45%) únicamente el 21% recibió un tratamiento adecuado, mientras que con el 24% restante el tratamiento no fue el adecuado. Las pacientes con NIC II (35%), solamente el 8% recibieron tratamiento adecuado y el 27% restante, también fueron tratadas inadecuadamente. Las que presentaron NIC III (20%), un 14% recibió tratamiento adecuado, pero con un 6% restante se pudo ofrecer otra alternativa, y que no fuese precisamente la histerectomía, tratamiento que en la actualidad tiene sus indicaciones bien definidas y que es cuestionada por los expertos al ser utilizada. Respecto a la literatura consultada sobre el tema se menciona que la histerectomía no debe de ser utilizada en la actualidad, como única alternativa terapéutica ni en los casos de mayor afección cervical, ni mucho menos en los casos leves y moderados. Deben de utilizarse las diferentes alternativas que toman en cuenta tanto la edad, paridad, y grado de afección cervical, tales tratamientos mencionados deben usarse así: observación, electrocoagulación, criocirugía en casos leves y moderados; conización y láser para afecciones severas, o sea, NIC III; dejando la histerectomía para casos especiales y bien definidos citados en el marco teórico de la presente investigación.

Encontramos entonces que de los 60 casos, únicamente el 42% del total de la población recibió un tratamiento que sí tomó en consideración la edad, paridad y grado de afección cervical. La alternativa terapéutica, mas utilizada y no bien utilizada, fue la histerectomía en un 67% del total de caso, por lo mismo un 58% recibió tratamiento que no fue el ideal.

IX CONCLUSIONES

1. Las lesiones premalignas del cérvix, pueden ocurrir a cualquier edad, y debe de variarse el concepto, de acuerdo a este estudio, de que las lesiones precancerosas, son de mujeres de la cuarta década de la vida. De los diferentes grados de NIC, la displasia leve es la que con mayor frecuencia fue tratada en el HNPB de Antigua Guatemala. El papanicolaou, es un examen de mucha utilidad, para la detección temprana de la NIC, y consecuentemente a esto detectar etapas menos imbasivas de tal patología.

2. El Papanicolaou no debe de utilizarse como única ayuda diagnóstica de la NIC, sino es obligatorio hacer biopsia para la confirmación y estadificación del diagnóstico citológico inicial y a partir de ello establecer el tratamiento a ofrecer. La multiparidad es un factor que interviene en el apareamiento de la NIC.

3. La histerectomía es el tratamiento que con mayor frecuencia fue ofrecido a las pacientes que consultaron con diagnóstico de NIC en el HNPB. Al 58% de la población, el tratamiento ofrecido, no tiene relación con el grado de afección cervical, la edad y paridad de las pacientes atendidas, por lo tanto fueron conductas médicas inadecuadas. Unicamente el 42% restante de la población, recibió tratamiento adecuado.

X RECOMENDACIONES

Para la prevención de la NIC, es necesario educar a la población que diariamente consulta en el HNPB en la consulta externa de ginecología, proporcionándoles información sobre factores que contribuyen al apareamiento a temprana edad tal enfermedad.

Promover el uso del Papanicolaou como parte rutinario de un examen físico completo de la mujer, para la detección temprana de la NIC.

A toda prueba de papanicolaou positiva para NIC, deberá efectuarse colposcopia y biopsia dirigida para la confirmación del diagnóstico citológico inicial, y consecuente con ello dar el tratamiento mas adecuado.

No utilizar la histerectomía como única solución de la NIC, sino utilizar las diferentes alternativas existentes en la actualidad según sean pertinentes al caso.

Tomar en consideración, al brindar un tratamiento de la NIC, la edad, paridad y por supuesto el grado de afección cervical.

XI RESUMEN

Se llevó a cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, el estudio retrospectivo del manejo de la Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Para ello se hizo una revisión de papeletas de 60 pacientes con diagnóstico de NIC, tratadas durante enero de 1,994 a diciembre de 1,998.

De la población atendida en el HNPB, se identificó que la distribución de la NIC, según grado de afección cervical fue de un 45% de pacientes con NIC I, 35% con NIC II y 20% con NIC III; se encontró que la edad mas afectada fue la mayor de 40 años, con el 41% del total de los casos; el grupo de 30-39 años fue afectado en un 33%; el de 21-29 años en un 22% y las menores de 20 años con 4%; siendo de gran preocupación la evidencia de un gran porcentaje de pacientes menores de los 40 años; se identificó además que la multiparidad ocupa un 75% del total de casos, confirmando que este factor contribuye grandemente en el apareamiento de tal enfermedad; la ayuda diagnóstica utilizada para la confirmación de la NIC diagnosticada en un inicio por citología fue con mayor frecuencia la biopsia en un 48% de los casos y 35% se utilizó la colposcopia; en un 17% se utilizó el papanicolaou como único método diagnóstico, lo que fue incorrecto, ya que en base a esto se tomaron las decisiones terapéuticas; el tratamiento mas utilizado en el HNPB fue la histerectomía en 67% del total de casos, luego encontramos que la observación se utilizó en un 25% del total de casos lo que se encontró contradictorio respecto al grado de afección cervical que con mayor frecuencia fue diagnosticado; por último, se concluyó que solo el 42% de la población, recibió un tratamiento adecuado y el 58% restante recibió tratamiento no adecuado, ya que en muchos de estos casos, únicamente se tomaron en cuenta el grado de afección cervical o solamente la edad o paridad de las pacientes para la toma de la conducta terapéutica.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aileen C., F. et al. Cervical displasia asociación with sexual behavior, smoking and oral contraceptives use. *Am J. Obstet. Ginecol.* 1,985. Aug: 151 (1): 612-616.
2. Bakemier, R. Neoplasias Ginecológicas. En: Manual Merck. Dirigido por Robert Berkok. Barcelona: Océano/Centrum. 1,994. 3,122p. (pp.2,019-2,029)
3. Benso, R. et al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. 5ª. Edición, México Manual Moderno. 1,989. 1,090p.
4. Brockke, B. et al. Sexual reproductive and contraceptive risk factors for carcinoma in situ for the uterine cervix in Sydney. *Med y Aus.* 150 (3): 125-130. 1,989 feb.
5. Cabezas, E. Tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas tempranas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1,993, 19(2):114-120.
6. Calatroni, C. y V. Ruiz. Ginecología. 2ª. Edición. Buenos Aires: Panamericana, 1,984. 512p.
7. Campión, M. y R. Reid. Detección inicial del cáncer ginecológico. En: Richard Reid y Michael Rosen. Clínicas de Ginecología y obstetricia. Temas actuales. México: Interamericana, 1,990. V.4. (pp655-657)
8. Coppleson, M. et al. Diferenciación colposcópica de anomalías que surgen en la zona de transformación. En: V. Cecil Wright. Clínica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. México: Interamericana. 1,993. V.1 (pp77-103)
9. Chadid, R. Interrogantes en la proyección de Papanicolaou. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 1,985. Ene-Feb. 36 (34-38)

10. Danforth, D. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 5ª. Edición. México: Interamericana. 1,995. 1,287p.
11. Disala, L.J. Preinvasive Disease of the cervix vagina and vulva. Intraepithelial Neoplasia of the cervix. En: Clinical Gynecologic, Oncology. 3ª. edición Washington D.C.: Mosby. 1,990. 914p.
12. Escobar, Santiago. Evaluación de la eficacia de la conización cervical con radiofrecuencia en pacientes con NIC III PROFAMILIA 1,996-1,997. <http://www.ces.edu.co/RevistaMed/DIC97/Nic>.
13. Escovedo, G. A. et al. Correlación diagnóstica por colposcopia, Papanicolaou biopsia de cervix. Ginecol. Obstet. México. 1,995, Sept. 63. 87 (suplem)
14. Feiah, L. E. Management of the Abnormal Papanicolaou Smear. Am J Coll Health. 1,989 May. 37(6): 279-282
15. Ferenczy, A.. Atención de la paciente con resultado anormal del Frotis de Papanicolaou; perfeccionamientos recientes. En: B. Cecil Wright. Clínica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. México: Interamericana, 1,993. V. 1. 1,244p (pp179-191)
16. Flores, C. et al. Vigilancia epidemiológica. Boletín Epidemiológico Nacional No. 15. Guatemala, 1,997 junio. 62p (Publicación del Ministerio de Salud Pública de Asistencia Social bajo la responsabilidad del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Servicio de Salud).
17. González, D. Tratamiento de los estados precursores de cáncer del cuello uterino. Anales de la Real Academia de Medicina. Junio CVIII: (pp 611-629)
18. González, J. et al. Asociación de Chlamydia Trachomatis y VPH Como factores predisponentes en la etiopatogénia de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Ginecol. Obstet. México. 1,995. Oct; 63: 422-426.
19. Gordon, M. et al. Colposcopia del Adenocarcinoma in situ y del invasor del cuello uterino. En: V. Cecil Wright. Clínica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. México: Interamericana. 1,993. V.1 (pp105-115)
20. Greenberg, M. et al. La cervicografía como coadyuvante del muestreo citológico En: V. Cecil Wright. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. México. Interamericana. 1,993. V. 1 (pp13-28)
21. Hatch, KD. Preinvasive Cervical Neoplasia. Sem Oncol 1,994, 21(1):12-16.
22. Hurtado, R. et al. Correlación citológica, colposcópica e histológica de la lesión escamosa cervical de significado indeterminado. Ginecol. Obstet. México. 1,995. Sept; 63. 86-87 (suplem).
23. Ibarra, M. y O. Martínez. Controversias en la detección por citología, colposcopia e histología de las lesiones premalignas del cervix. Ginecol. Obstet. México. 1,995. Sept; 63. 86 (suplem).
24. Jones, H. Tratado de Ginecología de Novak. 11ª. Edición. México: interamericana. 1,989. 878p.
25. Martínez, V. et al. Perfil epidemiológico de NIC y VPH. Ginecol. Obstet. México. 1,995. Sept; 63. 91 (suplem).
26. Menéndez Corado, Luis. Déficit de Acido Fólico y su relación con atípi cervical. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos-Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1,992. 30p.
27. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación básica de la Salud en Guatemala. Indicadores básicos. Guatemala. 1,995 (Publicacion del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y la Dirección General de los Servicios de Salud).

28. Pérez, R. Principios de Patología. 3ª. Edición. México: Panamericana 1,991. 1,102p. (pp627-630)
29. Pachon, A. Estudio Colposcópico, Citológico de las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino. Revista Colombiana Obst. y Ginecol. 1,986. Ene-Feb: 37 (1): 11-15.
30. Robbins, S. et al. Patología Estructural y Funcional. 5ª. Edición. M39. Graw-Hill: Madrid. 1,995. 1,533p. (pp1,553-1,161)
31. Rosen, M. Estrategias para la conservación de la salud en mujeres diferentes edades. En: Richard Reid. Clínicas de Ginecología Obstetricia. Temas actuales. México: Interamericana. 1,990. V. 4 (pp633-653)
32. Saigo, P. et al. Service vaginal cytology; new terminology. Current Obstetrics Gynecology and Fertility. 1,992. July-Agost; 25 (4); 214-234.
33. Salcedo, M. et al. Estado de genes MYC, p53 y Retinoblastoma en cáncer de cuello uterino que contienen secuencias de DNA. Ginecol Obstet. México. 1,995. Sept. 63. 88-89 (suplem).
34. Shier, M. Unidad de Colposcopia. En: V. Cecil Wrigth, Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas actuales. México: Interamericana 1,993. V. 1. (pp45-63)
35. Terzano, G. Citología Ginecológica. Primera edición. México: Panamericana. 1,980. 500p. (pp232-230)
36. Valdés, Orlando. Tratamiento conservador de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. <http://infonew.sld.cu/revistas/gin/gin0529>
37. Vargas, H. Virus del Papiloma Humano; Aspectos Epidemiológicos, Diagnósticos y Terapeúticos. Ginecol. y Obstet. México. 1,996. Sept. 64. 411-417.
38. Waldheim, C. y M. Villeda. Registro Nacional de Cáncer. Boletín No. 17-18. 1,991-1,992. Liga Nacional Contra el Cáncer de Guatemala, INCAN. Guatemala 1,995. 138p.
39. Wilkinson, E. Frotis de Papanicolaou y detección de neoplasia cervico uterina. En: Roy M. Pitkin. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana, 1,990. V.4 (pp791-808)

ANEXO I
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. De historia clínica:
Diagnóstico Citológico:

NIC I _____ NIC II _____ NIC III _____

Edad:

< de 20 años _____
21-29 años _____
30-39 años _____
> de 40 años _____

Paridad:

0 _____
1 _____
2 _____
3 ó mas _____

Ayuda diagnóstica utilizada:

Test de schiller _____
Colposcopia _____
Biopsia _____

Manejo de la NIC o conducta seguida:

Médico conservador.
Observación _____
Electrocoagulación _____

Quirúrgico.

Criocirugía _____
Láser _____
Conización _____
Histerectomía _____