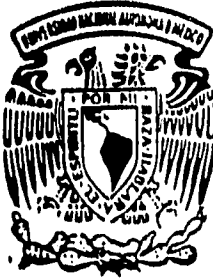


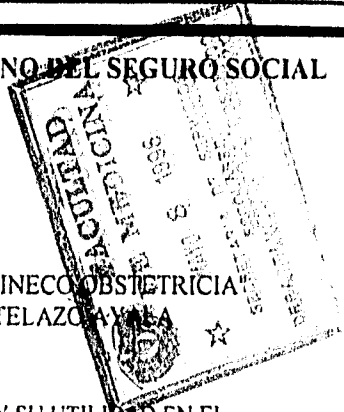
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

102

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA LUIZ CASTELAZO AYALA"

"LA COLPOSCOPIA Y SU UTILIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES PREMALIGNAS DEL CERVIX EN PACIENTES CON CONICOVAGINITIS CRONICA"

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA AURORA NAVARRETE HERNANDEZ

ASESOR:

DR. JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ



MEXICO, D.F.

IMSS "LUIS CASTELAZO AYALA"

1996.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**LA COLPOSCOPIA Y SU UTILIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES
PREMALIGNAS DEL CERVIX EN PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS
CRONICA.**

Nombre del investigador principal

Dra. Claudia Navarrete Hernández.
Residente de Ginecoobstetricia
Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala no. 4 IMSS

Asesor de Tesis

Dr. Jose Luis González Sánchez
Jefe del Servicio de Colposcopia
Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS

Con cariño a mis padres, Brigido y Lourdes, a mis hermanos, Lorena, Alejandra, Brigido y Paola, por su entusiasmo y cariño que es indispensable en esta vida.

Con amor a mi esposo, dándote las gracias, Pablo, por tu apoyo y comprensión incondicional, que fue tan importante para mi.

INDICE

	Página
Introducción	2
Objetivo	7
Material y métodos	7
Resultados	10
Discusión y conclusiones	20
Bibliografía	22

INTRODUCCION

Dentro del proceso de transición epidemiológica por el que ha atravesado el país en los últimos cuarenta años, el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad en México. En 1992, la mortalidad por tumores malignos ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad en México, con una tasa de 50.4 por 100,000 habitantes. Dentro de todos los tumores, el cáncer cervicouterino (CaCu) ocupó, para ese año, el tercer lugar con 4,364 muertes, y se estima que cada dos horas muere en México una mujer por esta enfermedad. (1-2)

En México, en cuanto a la morbilidad por cáncer, para 1993 se reportaron cerca de 48,000 casos nuevos de neoplasias malignas en el Registro Histopatológico de Neoplasias en México, de ellas, más de 11,000 correspondieron a cáncer cérvico uterino, lo que representa cerca de un 25% para ambos sexos y para mujeres estos 11,000 casos representaron mas de una tercera parte.(2)

En el sexo femenino es de suma importancia considerar que es precisamente en la etapa de la adolescencia cuando frecuentemente se inicia la historia natural del cáncer cervicouterino, al coincidir con factores de riesgo conocidos para esta patología.

Entre los factores de riesgo más importantes, se encuentran, las relaciones sexuales tempranas antes de los 20 años de edad, la multiparidad (más de 4 partos), la promiscuidad, el tabaquismo y las **INFECCIONES GINECOLOGICAS CRONICAS**, causadas por el herpes simple II y especialmente por el virus del papiloma humano (VPH) el cual se ha relacionado con la neoplasia intraepitelial cervical y el CaCu (3,8,9)

El cáncer cérvicouterino actualmente se considera una enfermedad de transmisión sexual, no se presenta en la mujer núbil, su incidencia de acuerdo al Registro Nacional de Cáncer, demuestra que se eleva considerablemente a partir de la 3ra década de la vida, en este grupo de edad estudiado representa el 38.5% del total de casos. (4).

El cáncer del cuello del útero tiene una historia natural bien identificada con la presencia de lesiones pre-invasoras denominadas displasias, que evolucionan, según diversos estudios al cáncer invasor en un periodo de 10 a 15 años. Hay que hacer notar que no todas las displasias evolucionarán al cáncer, se estima que el 35% regresara espontáneamente.(3)

El método tradicional de muestreo para la detección de cáncer cérvicouterino depende del uso del frotis de Papanicolaou como prueba de tamizaje. A pesar de la amplia aceptación y uso clínico de esta prueba, el cáncer cérvicouterino sigue siendo un problema importante, principalmente por la baja cobertura de los programas de prevención, por dificultades en la toma, lectura y seguimiento de las pacientes, entre otras causas.

En países desarrollados, cuatro decenios de citología exfoliativa han disminuido la morbilidad de este cáncer hasta el sexto lugar en todos los cánceres. Antes de comenzar a utilizar el frotis de Papanicolaou, a principios del decenio de 1950, las tasas de cáncer cérvicouterino eran iguales a las de cáncer mamario con respecto a incidencia y mortalidad. El diagnóstico solía retrasarse hasta el inicio de los síntomas clínicos, lo que hacía que 60% de los casos fueran inoperables al momento de acudir el médico.(5)

En México, en la población estudiada, se estima que se detectan, 4 casos de lesiones precursoras o displasias y 4 casos de cáncer por cada 1,000 mujeres examinadas. De estos casos de cáncer se descubren solo el 30% en etapas

iniciales como consecuencia de la poca cobertura lograda en el Programa de Prevención del Cáncer cérvico uterino.(4,8)

En los informes sobre la sensibilidad de la citología para la detección de neoplasias cérvicouterinas, las cifras varían de 50 a 98%.(5,6,7) Mucha de la discrepancia surge de la comparación entre las tasas de detección con un primer frotis y los resultados del segundo, tomado más tarde. Dichos estudios dan información en cuanto a la reproducibilidad de las técnicas, pero no pueden usarse para inferir una sensibilidad real. Su validez debe juzgarse frente a un patrón independiente de referencia, como los datos de colposcopia o el estudio de una biopsia dirigida.

Se acepta en general que un desempeño razonable de la prueba, dará tasas negativas falsas de casi 50% para las anomalías de bajo grado. Esto debido a los efectos confusos de la sangre, el exudado inflamatorio y de los detritus necróticos. Los principales factores que contribuyen a las tasas de negativos falsos de la citología cervical son la técnica de recolección de la muestra, errores de laboratorio y deficiencias de sus mecanismos de control de calidad.

Hoy con la más amplia disponibilidad de valoración colposcópica experta, resulta más importante elevar la sensibilidad que la especificidad máxima. Todos los laboratorios competentes de citopatología funcionan con una tasa baja de falsos positivos de 2 a 5 %. Una imagen citológica particular puede ser desorientadora, por lo que es comprensible que la especificidad de tal categoría diagnóstica sea menor que la del frotis de Papanicolaou cuando se usa como único método de detección.(6,5)

La detección de lesiones preinvasivas e invasivas tempranas del cuello uterino implica tres modalidades diagnósticas: citología, colposcopia y estudio histológico,

ya sea por biopsia en sacabocado bajo observación colposcópica o bien conización.

En la colposcopia tradicional, el cuadro microscópico es el que predominaba, en la suposición de que la imagen colposcópica no tiene más utilidad que la cruda función de permitir la localización topográfica de un sitio para biopsia. En un nuevo concepto, el colposcopista experimentado no deberá aceptar sin crítica el diagnóstico citohistológico. No obstante el diagnóstico histológico continuará normando la conducta terapéutica recordando que hay errores demostrables en cortes microscópicos.

A pesar de todo lo señalado, la Organización Mundial de la Salud, sigue recomendando el frotis como la prueba de tamizaje indicada para la detección oportuna del CaCu, entre otras razones por costo, carencia de colposcopios para revisar a todas las mujeres en riesgo, número de pruebas, etc. (2,5).

CERVICOVAGINITIS

Definimos cervicovaginitis como al conjunto de síntomas diversos: prurito, secreciones vaginales, lesiones vulvares e inflamación que se localizan a nivel del tracto genital inferior, y puede estar causada por múltiples microorganismos, agentes físicos y patología agregada. (21)

Como se comentó con anterioridad una de los principales factores de riesgo para el CaCu son las infecciones cervicales crónicas así como las enfermedades de transmisión sexual. (8,9)

La cervicovaginitis constituyen uno de los problemas más frecuentes en el consultorio del ginecólogo. Con estas pacientes resulta difícil ser optimista, porque aunque tienen molestias reales, la infección rara vez es grave, frecuentemente recurre y es difícil de erradicar, causando así una cervicovaginitis crónica.

En las infecciones cérvicovaginales hay varios factores involucrados. Los microorganismos productores más frecuentes son *Trichomonas vaginalis* con una prevalencia de 0.9 a 39.6 % (10,17), monilias o *Cándida* con 20 % (rango de 10 a 50%) (11,17), *Haemophilus vaginalis* y virus del herpes (12,17), así como múltiples microorganismos inespecíficos. Con menor frecuencia se ha identificado al VPH el cual se encuentra en aproximadamente del 11 % hasta el 25% en pacientes con Papanicolaou normal (13,14,15). Las vaginosis bacterianas representadas por *Gardnerella vaginalis* se encuentran en hasta un 40 a 50% y *Mycoplasma hominis* esta presente de un 20 a 75 % de pacientes con vaginosis bacteriana (también es posible identificar microorganismos principalmente anaerobios como *Bacteroides*, *peptostreptococco*, *mobiluncus*) (16,17).

Dentro de las pacientes con cervicovaginitis crónica en las que se realiza un Papanicolaou de control de rutina con resultado clase I o clase II con lesiones inflamatorias en sus categorías leve moderada y severa se han encontrado en un 24.4 % condiloma cervical, y 11.5% con displasia cervical, corroborada por colposcopia y biopsia.(15, 18,20,22,23)

El clínico continúa siendo el responsable por la interpretación y el seguimientos de los reportes de Papanicolaou, y considerando los falsos negativos es importante en las pacientes en las cuales se encuentra lesiones inflamatorias severas o crónicas, sean candidatas a estudios colposcópicos e histológicos.

COLPOSCOPIA

La cervicovaginitis suele tener un patrón colposcópico inflamatorio difuso de hipéremia, caracterizado por alteraciones en los capilares, que pueden estar espiralados, dilatados y a veces duplicados. Pueden observarse en patrones puntiformes o en mosaico. La diferenciación de las Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC), se basa en el criterio de aumento mínimo de la distancia

intercapilar, naturaleza no focal, borde difuso extensión frecuente a vagina y tinción por lo menos parcial con yodo.(5)

Algunos microorganismos específicos pudieran causar el aspecto puntiforme que se observa como un patrón geográfico o en parches (*Trichomonas vaginalis*). Respuesta inflamatorias más notorias pueden producir mancha amarillas (tal vez cúmulos de linfocitos), manchas blancas (puntilleo inverso), papilas diminutas (cérvicovaginitis micropapilar) y ulceración. Se pueden formar úlceras bien definidas como en la sífilis y herpes.(5)

El reconocimiento de una infección subclínica por el virus del papiloma (VPH) produjo muchos cambios en la colposcopia hace más de un decenio. La expresión de la enfermedad viral puede ser clínica o subclínica, en cuyo caso solo se reconoce por estudio colposcópico. Algunas autoridades consideran al VPH como precursor más temprano del cáncer cérvicouterino. En términos topográficos el VPH no respeta los límites impuestos por la zona de transformación y puede ocurrir dentro del epitelio plano original, pero con el potencial neoplásico (en particular para algunos serotipos), más a menudo se confina a lesiones situadas dentro de zona de transformación. (5)

OBJETIVO

Valorar la utilidad diagnóstica de la colposcopia para lesiones premalignas del cérvix en pacientes con cérvico vaginitis crónica.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional, de 104 pacientes enviadas con diagnóstico de cérvicovaginitis crónica se excluyeron 16, quedando un grupo de 88 pacientes que acudieron al servicio de Colposcopia del Hospital de Gineoobstetricia Luis Castelazo Ayala no. 4 del IMSS en el periodo comprendido entre junio y octubre de 1995.

Para el Diagnóstico de Virus de Papiloma Humano en términos estructurales, las características colposcópicas clave se expresan en la queratina y la distribución de los vasos sanguíneos. La primera se observa como una variación de la blancura del epitelio desde grados bajos de acetoblanco a menudo con un brillo reflejo, hasta diversos grados de una capa de queratina gruesa de la superficie. Tal exuberancia de síntesis de queratina con diferentes efectos sobre las papilas del estroma, produce cambios superficiales característicos de las configuraciones subclínicas micropapilífera y microconvoluta o cerebroide hasta el aspecto microexofítico del condiloma clínico. Pueden notarse alteraciones de los vasos sanguíneos, inducidas por el virus, aunque tienden a presentar un patrón regular, a veces en el condiloma manifiesto pueden ser de forma y calibre más anómalo, con algunos vasos paralelos a la superficie y otros de orientación vertical. (5)

En las lesiones subclínicas, los aspectos de los vasos van en algunos casos desde patrones mal definidos hasta aquellos de NIC, por lo que pudiera no haber demarcación real entre los vasos característicos de verrugas y aquellos de lesiones precancerosas obvias. (5).

En el presente estudio se utilizó el esquema de Coppersley como base para el diagnóstico colposcópico de la Neoplasia intraepitelial cervical. (5)

- NIC I Presencia de mínimo epitelio blanco cambios menores.

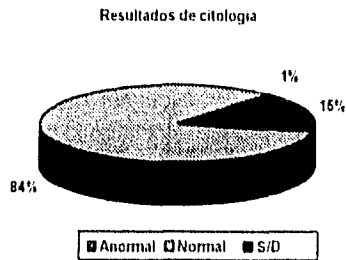
- NIC II Contorno irregular de la superficie, epitelio blanco grueso, pero con límites bien definidos.

- NIC III Superficie de contorno muy irregular, límites bien definidos.
Variación notable de la distancia intercapilar. Triada

FALTA PAGINA

No.

9410



Gráfica 1

VPH PREVIO

En cuánto al antecedente de la presencia de VPH anterior, solo dos pacientes (1.9%) refirieron el antecedente positivo y las demás lo negaron.

Estas pacientes de citología previa anormal y antecedente de VPH se excluyeron del estudio para cumplir con los criterios de inclusión (todas las pacientes con citología normal clase I y II). Se había iniciado con una muestra de 104 pacientes y se excluyeron 16 pacientes , quedando el estudio analizado con 88 casos.

COLPOSCOPIA

En relación a los resultados obtenidos por colposcopia se encontró que en 23 pacientes se diagnosticó presencia de VPH (26.1%); en 39 se dio un diagnóstico normal (44.3.%); en ocho (9.1%) el diagnóstico fue de ectropión; y el 20.5% restante de pacientes tuvieron diversos diagnósticos entre los que hay que señalar que solo una tuvo CaCu. (Tabla 2)

Tabla 2

Diagnóstico por Colposcopia

Patología	Número	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
NORMAL	39	44.3	44.3
QUISTES NABOTH	1	1.1	45.4
CERVICITIS CRON	4	4.5	49.9
ECTROPION	8	9.1	59.0
POLIPO	3	3.4	62.4
METAPLASIA	3	3.4	65.8
IVPH	23	26.1	91.9
NIC I	4	4.5	96.4
NIC II	2	2.3	98.7
CARCINOMA	1	1.1	100
Total	88		

BIOPSIA

En cuanto a las biopsias, el resultado más frecuente fue la biopsia normal ya que 52 pacientes tuvieron ese resultado (59.1%); en segundo lugar apareció en VPH con 15 (17.0%) pacientes, seguidos de otras patologías que representaron el 23.9% del total en donde solo hubieron dos casos de CaCu. (Tabla 3)

Tabla 3

Diagnóstico por Biopsia

Patología	Número	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
NORMAL	53	60.2	60.2
CERVICITIS CRON	8	9.1	69.3
IVPH	15	17.0	86.3
NIC II	2	2.3	88.6
CARCINOMA	2	2.3	90.9
SIN BIOPSIA	8	9.1	100.0
Total	88		

LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC)

Los resultados del LEC fueron los siguientes: la mayoría, 64 pacientes, fueron normales (72.7%); seis tuvieron VPH (6.8%) y el resto tuvieron otras patologías, ninguna de ellas presentó CaCu. solamente un carcinoma endometroide(Tabla 4)

Tabla 4

Resultados de LEC

Patología	Número	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
NORMAL	64	72.7	72.7
CERVICITIS CRON	3	3.4	76.1
IVPH	6	6.8	82.9
NIC II	1	1.1	84.0
CARCINOMA	1	1.1	85.1
SIN LEC	13	14.8	100.0
Total	88		

Antecedentes ginecoobstétricos

Ya se hizo referencia al IVSA.

GESTACIONES

Se puede señalar que el 90.9% de las pacientes tiene cinco o menos gestas, de las cuales siete, es decir, 4.5% no han tenido ninguna gestación y la mayoría, 26 (29.5%) tienen tres gestas. Hay que señalar que hay cuatro pacientes con 8 o más gestas. (Gráfica 2)

PARTOS

En cuanto al número de partos, la mayoría refiere dos partos (29 pacientes, 33.0%); hay 12 que no refieren partos y hubo una que refirió 9 partos. Como multigestas de cuatro partos o mas tenemos 25 pacientes que es el 19 %.(Gráfica 2)

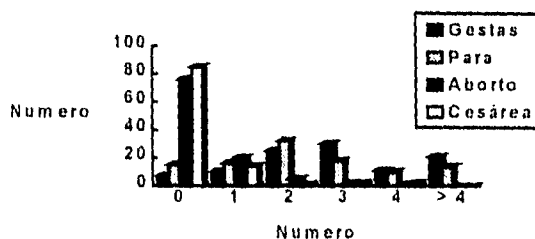
ABORTOS

La gran mayoría no refiere abortos, 65 pacientes (73.9%); con un aborto hay 18 pacientes; con dos abortos 4 pacientes ; y finalmente con cuatro abortos una sola paciente. (Gráfica 2)

CESAREAS

Solamente 16 pacientes refirieron haber tenido alguna cesárea (18.2%); de ellas, 11 pacientes (12.5%) refieren una cesárea, una paciente refiere dos cesáreas, dos pacientes refieren tres cesáreas y dos pacientes cuatro cesáreas. (Gráfica 2)

Numero de eventos por categoria



Gráfica 2

No. DE COMPAÑEROS

Más del 95% de las pacientes refirieron uno o dos compañeros sexuales durante toda la vida, solamente tres pacientes refieren haber tenido más de dos compañeros sexuales.

Método de planificación familiar

ANTICONCEPTIVOS

En cuánto al uso de métodos anticonceptivos, 41 pacientes no refieren su uso, 18 (20.5%) refieren usar DIU; 14 utilizaron OTB; otras 14 utilizaron algún método hormonal y solamente una paciente refirió utilizar el condón como método anticonceptivo.

ANALISIS BIVARIADO

Se realizaron cruces de variables para las que resultaba importante conocer su relación.

De acuerdo al diagnóstico colposcópico se estimaron las edades e IVSA para las pacientes con VPH, normales y las otras patologías. En la tabla 5 se puede observar que en promedio, las pacientes de mayor edad fueron las pertenecientes

al grupo de otras patologías (inflamación, ectropión, pólipos, quistes, cervicitis, carcinoma, etc.) con una edad de 39.7 años; las más jóvenes fueron las que tuvieron VPH con una edad promedio de 34.74 años. Se aplicó una prueba de "t de Student" para muestras independientes y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos.

Tabla 5

Colposcopia con VPH positivo

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	34.74	11.44	20	71
IVSA	18.22	2.33	15	26

n=23

Colposcopia con otras enfermedades

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	39.77	9.21	22	60
IVSA	19.04	3.67	15	28

n=23

Colposcopia con resultados normales

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	37.74	11.33	21	73
IVSA	20.67	4.37	11	30

n=23

Cuando se relacionaron estos diagnósticos con el número de gestaciones, se encontró que el mayor número de pacientes con VPH tiene tres gestaciones (8 de 23); que aquellas con diagnóstico normal se encuentran en su mayoría en el grupo de mujeres con dos gestaciones (7 de 39); y para aquellas con otras patologías la mayoría se encontró en las que tienen tres gestaciones (8 de 26).

También se observa que el mayor número de pacientes con diagnóstico colposcópico de VPH se encuentra entre aquellas que usan el DIU como método 17.4% de las mujeres con diagnóstico de VPH. y aunque con diferencia pequeña, entre las que tienen otros diagnósticos la OTB fue el método más común.

Además de este análisis se buscó la relación entre los distintos métodos diagnósticos. En este sentido los resultados fueron:

Cuando la colposcopia salió positiva a VPH, en un caso (3.4%) se encontró por biopsia NIC II y en cuatro casos (17.4%) cervicitis crónicas. En siete pacientes con colposcopia sugestiva de VPH se encontró una biopsia normal, 30.4 % de las pacientes con colposcopia sugestiva a VPH. En siete pacientes hubo coincidencia entre el diagnóstico de colposcopia y el de biopsia (30.4%).

De las 23 pacientes con colposcopia sugestiva de VPH (26.1% del total de pacientes estudiadas), se encontró que en 9 (39.1%) el resultado del LEC fue normal; y en cuatro más hubo alguna otra alteración distinta al VPH.

También se realizó un análisis de correlación (Pearson) entre los métodos diagnósticos y se encontró que la correlación entre los resultados de la colposcopia y la biopsia fue baja $R=0.2233$; entre la colposcopia y el LEC también fue baja $R=0.2513$; pero entre el LEC y la biopsia fue alta $R=0.6940$.

Tabla 6

Colposcopia con resultado normal

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	37.69	10.36	21	73
IVSA	20.07	4.15	11	30

n=58

Colposcopia con lesiones de bajo grado (VPH y NIC I)

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	36.19	11.43	20	71
IVSA	18.70	2.88	15	28

n=27

Colposcopia con lesiones de alto grado (NIC II y carcinomas)

Variable	Media	Desv. Estan.	Mínimo	Máximo
EDAD	47.33	13.01	34	60
IVSA	17.00	3.46	15	21

n=3

En la tabla 6 se agruparon los resultados de la colposcopia en tres grupos. El primero fue de pacientes con resultados normales y lesiones benignas; el segundo de pacientes con lesiones premalignas de bajo grado y el tercero de pacientes con lesiones de alto grado. Se observa una aparente diferencia entre las edades de las pacientes del tercer grupo (47.33 años) y las de los otros grupos (37.69 y 36.19 años respectivamente), sin embargo, al aplicar una prueba de "t de Student" no se encuentran diferencias significativas entre las edades de dichas pacientes.

Se realizó una correlación de diagnósticos entre la colposcopia, la biopsia y el legrado. Entre los diagnósticos colposcópicos tenemos 23 pacientes con VPH ,

cuatro con NIC I, con NIC II dos pacientes y una paciente con Ca invasor. Se descartaron con biopsia 14 casos que se reportaron normales, se corroboraron 12 casos de VPH y tres casos de NIC II, así como 2 casos de carcinoma. Con el legrado endocervical se corroboraron 17 casos normales, con 5 casos de VPH y solo un caso de NIC II. (tablas 7 y 8).

Tabla 7

Diagnóstico Colposcópico de VPH vs Dx. de Biopsia (23casos)

BIOPSIA	Número	Porcentaje
Normal	13	56.5
VPH	9	39.1
NIC II	1	4.3
Total	23	100.0

Tabla 8

Diagnóstico Colposcópico de NIC vs Dx. de Biopsia (6casos)

Colposcopia	Bx. Normal	Bx. VPH	Bx. NIC II	Total
NIC I	1	3	0	4
NIC II	0	0	2	2
Total	1	3	2	6

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Desde 1982 el informe Walton considera como factor de riesgo importante a la edad de la paciente, ya que las mujeres mayores de 35 años se consideran de alto riesgo para CaCu (2,4,8). En los resultados de este estudio se puede corroborar que las pacientes con lesiones premalignas tienen una edad promedio de 36 años, y con lesiones de alto grado e invasoras la edad promedio es de 47 años.

Varios autores concuerdan en que las mujeres deben ser pesquisadas mediante una citología para detectar lesiones premalignas poco después de comenzar su vida sexual, ya que el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años de edad aumenta el riesgo (3,9), en el estudio la edad promedio de inicio de vida sexual en las pacientes sanas es de 20 años; pacientes con lesiones premalignas fue de 18 años y con mayor riesgo las pacientes con lesiones de alto grado e invasoras con 17 años. Estas pacientes más jóvenes están expuestas a presentar CaCU.

Se ha establecido que deben concurrir tres condiciones para que se desarrolle la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC): la mujer en riesgo, la pareja sexual y un carcinógeno. El Virus del Papiloma Humano (VPH) es potencialmente un carcinógeno, ya que el carcinoma pavimentoso del cérvix contiene VPH en 90 a 95% de los casos (18). En este estudio se diagnosticaron 23 casos de VPH de los cuales la edad promedio de las pacientes fue de 34 años y su inicio de vida sexual fue de 18 años. Se corroboraron por biopsia 15 casos que es el 17.0%, lo cual concuerda con otros autores que reportan hasta un 24% de condiloma cervical en Papanicolaou clase I y II (15). Sin embargo también reportan como lesión premaligna a la displasia cervical en un 11.5% y en nuestro estudio solamente se encontró por colposcopia y biopsia en un 2.3%.

Por otra parte parece ser que el tipo de método anticonceptivo está relacionado con el tipo de diagnóstico que se encontró. La mayoría de las pacientes con VPH utilizaban el Dispositivo intrauterino.

En el trabajo realizado se puede constatar la utilidad de la colposcopia como método diagnóstico de lesiones premalignas logrando así el objetivo del estudio.

Se diagnosticaron un total de 29 pacientes (32.9%) con lesiones premalignas incluyendo al VPH, NIC I y NIC II por colposcopia. Se corroboraron con la biopsia estos diagnósticos quedando como normales 14 (48.2%), como VPH 12 (41.37%) y como NIC II 3 (10.3%). ES importante resaltar que se diagnosticaron 2 pacientes con carcinoma, uno CaCu y otro Carcinoma endometroide.

Con esto podemos concluir que una de cada cuatro mujeres puede tener una lesión premaligna no diagnosticada, en cuyo caso la colposcopia es un método ideal para su diagnóstico y en el presente estudio se justifica su utilidad en aquellas pacientes con cervicovaginitis crónica aun con Papanicolaou normal.

Un punto que hay que señalar es que parece ser que entre los tres métodos diagnósticos utilizados, los que guardan una relación estrecha entre sí son la biopsia y el LEC, mientras que la colposcopia y los métodos anteriores parecen tener mayor discrepancia.

Para terminar se debe señalar que será necesario profundizar en el análisis de la información recolectada reconociendo que existen limitaciones en el estudio en cuanto al tamaño de la muestra y posibles sesgos de selección iatrotópica.

BIBLIOGRAFIA

1. SSA-INEGI Mortalidad, 1992.
2. SSA-Dirección General de Epidemiología. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, 1993
3. Disaia Philip J., Creasman William T. Ginecología Oncológica Editorial Medica Panamericana, Mexico 1991.
4. SSA-OPS-Organización Mundial de la Salud. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. Mexico 1992.
5. Wright C. Colposcopia. Clin. de Ginecol y Obstet., 1993.
6. Tawa K, Fursytte A, Coyo K, Saltz A, Peter HW. A comparison of the Papanicolaou smear and the cervicogram: Sensitivity, specificity and cost analysis. *Obstet Gynecol* 1988, 71:229-233.
7. Frisch LE., Inflammatory Atypia and the false negative smear in cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Cytol* 1987; 31:873-877..
8. Noumoff JS., Atypia in cervical Cytologies: A risk factor for intraepithelial neoplasia. *Am J. Obstet Gynecol* . 1987; 156: 628-631.
9. Sadeghi SB., Hseih EW. Gun SW. Prevalence of cervical intraepithelial Neoplasia in sexually active teenagers and young adults. *Am. J. Obstet Gynecol* 1984; 148:726-729.
10. Heine P, and McGregor J. *Trichomonas vaginalis*: a reemerging pathogen. *Clin. Obstet. and Gynecol* 1993; 36(1):137-151.
11. Sobel J. *Candida vulvovaginitis*. *Clin. Obstet and Gynecol*. 1993, 36(1):153-165.
12. Prober C. *Herpetic vaginitis*. 1993; 36(1):177-187.
13. Paavonen J. et al. Colposcopic manifestations of cervical and vaginal infections. *Obstet Gynecol*. 1988; 43(1):120-129.
14. Frish L. et al. Colposcopy of patients with cytologic inflammatory epithelial changes. *Acta Cytologica* 1990; 34(2):34-39.
15. Lawye T. et al. The significance of moderate and severe inflammation on class I Papanicolaou smear. *Obstet and Gynecol* 1990; 76(6):79-83.
16. Summers P. The management of obscure or difficult cases of vulvovaginitis. *Clin. Obstet. and Gynecol* 1993; 36(1):156-166.
17. Biswas M. Bacterial Vaginosis. *Clin. Obstet. and Gynecol*. 1993; 36(1) 145-157.
18. Smolkin D. Human papillomavirus infection of the vagina. *Clin. Obstet and Gynecol* 1993; 36(1):89-97.

19. Witkins S. Immunology of the vagina. Clin. Obstet. and Gynecol 1993;36(1):39-48.
20. Koss LG. The Papanicolaou test for cancer detection a triumph and a tragedy. JAMA 1989; 261:737-743.
21. Jones HW, Wentz IS, Burnett I.S. Tratado de Ginecología de Novak Interamericana, McGraw-Hill México 1991.
22. Reiter RC. Management of initial atypical cervical cytology: A randomized prospective study. Obstet Gynecol 1986; 68:237-240.
23. Lundberg GD. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA. 1989;262:931-934.
24. Jones DED, Creasman WT, Dombroski RA, Lentz SS, Waetz JL. Evaluation of the atypical Pap smear. Am J Obstet Gynecol 1987;157:112-119.

RESUMEN

LA COLPOSCOPIA Y SU UTILIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES PREMALIGNAS DEL CERVIX EN PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS CRONICA.

Dra. Caludia Navarrete Hernández. Dr. Jose Luis González Sánchez.

Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Catelazo Ayala" IMSS

Palabras clave: Colposcopia, Virus Papiloma Humano, Papanicolaou clase II, Displasia.

Objetivo: Valorar la utilidad diagnostica de la colposcopia para lesiones premalignas del cérvix en pacientes con cervicovaginitis crónica.

Metodología: Se recopiló información de 88 pacientes con Papanicolaou normal, cervicovaginitis crónica, y exudado cérvicovaginal normal. Se les realizó colposcopia a todas las pacientes, biopsia a 80 pacientes y legrado endocervical a 75 pacientes. Se realizó una correlación de diagnósticos entre la colposcopia, la biopsia y el legrado.

Resultados: La edad de las pacientes en promedio fue de 37.56 años con una desviación estándar de 10.82 años. La de mayor edad tenía 73 años y la más joven 20 años.

En el trabajo realizado se puede constatar la utilidad de la colposcopia como método diagnostico de lesiones premalignas logrando así el objetivo del estudio.

Se diagnosticaron un total de 29 pacientes (32.9%) con lesiones premalignas incluyendo al VPH, NIC I y NICII por colposcopia. Se corroboraron con la biopsia estos diagnósticos quedado como normales 14 (48.2%), como VPH 12 (41.37%) y como NIC II 3 (10.3%). ES importante resaltar que se diagnosticaron 2 pacientes con carcinoma , uno CaCu y otro Carcinoma endometroide.

Con esto podemos concluir que una de cada cuatro mujeres puede tener una lesión premaligna no diagnosticada, en cuyo caso la colposcopia es un método ideal para su diagnostico y en el presente estudio se justifica su utilidad en aquellas pacientes con cervicovaginitis crónica aun con Papanicolaou normal.