

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN” DE HUANUCO**



**CORRELACION COLPOSCÓPICA E HISTOLOGICA EN
PACIENTES CON LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES EN
EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO
2015 – FEBRERO 2016**

**TESIS PARA OBTAR EL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD
MENCION ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

DR. WALTER PAUCAR CONDORI

HUANCAYO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a todas mis pacientes de la región central del Perú que sufren del cáncer de cuello uterino, que día a día le hacen frente a este mal que muchas veces comprometen su vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme vida, salud física y mental, por brindarme la oportunidad de seguir preparándome en mi vida profesional y así poder servir a la sociedad.

Además, agradezco a las personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo desinteresado en la realización de esta tesis como son: a la Tutora Verónica Cajas, mis compañeros de trabajo, quienes colaboraron en todo momento y me apoyaron incondicionalmente.

A toda mi familia, quienes con su apoyo moral supieron darme esa fuerza de voluntad para seguir adelante y culminar con éxito esta maestría.

RESUMEN

El estudio tuvo como **Objetivo:** Establecer el grado de correlación existente entre los diagnósticos histológicos de las biopsias cervicales y los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.

Metodología. Método no experimental. **Tipo de investigación.** Observacional, de corte transversal y retrospectiva. **Nivel de investigación.** Correlacional. Se tomó como **Población y muestra** 73 pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales, evaluadas en el consultorio de procedimientos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante el periodo de Febrero 2015 a Febrero 2016, a quienes además se les realizó estudio colposcópico y biopsia dirigida de cuello uterino, con sus diagnósticos respectivos. **Método de recolección de datos.** Se utilizó la técnica de observación sistemática directa, en la cual el investigador se pondrá en contacto directo con cada uno de los expedientes clínicos tomando de ellos la información necesaria y registrando los datos en el instrumento de recolección de los mismos. Los datos se recolectarán previa solicitud a la institución ámbito de estudio. **Resultados.** En relación a los resultados por diagnóstico de colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, con los datos recolectados se estructuró la tabla de coincidencia con la cual se estableció la proporción de coincidencia del hospital del estudio, se obtuvo una proporción de 0.4383, esto se interpreta como 44% del diagnóstico que se realizó en el consultorio de procedimientos del Hospital así mismo fue lo que reportaron los patólogos que evaluaron las biopsias enviadas por ellos. **Conclusiones.** Se determinó que la correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos es escaso según Landis y Koch.

PALABRAS CLAVES: Diagnostico histológico, biopsia cervical, diagnostico colposcópico y lesiones cervicales.

ABSTRAC

The study was **Objective:** To establish the degree of correlation between histological diagnosis of cervical colposcopic biopsy and diagnosis in patients with cervical injuries Ramiro Prialé Prialé National Hospital during the months of February 2015 through February 2016. **Methodology.** No experimental method **Kind of investigation.** Observational, cross-sectional and retrospective. **Level research.** Correlational. Was taken as **Population and sample** 73 patients with cervical intraepithelial lesions evaluated in the clinic procedures National Hospital Ramiro Prialé Prialé during the period February 2015 to February 2016 , who also underwent colposcopic study and directed cervical biopsy , with their diagnoses. **Data collection method.** The technique of direct systematic observation, in which the investigator will contact with each of the clinical records taking from them the necessary information and recording the data in the collection instrument used them. Data will be collected on request to the institution field of study. **Results.** Regarding the results for diagnostic colposcopy and biopsy directed by colposcopy, with data collected table coincidence with which the proportion of coincidence of the hospital study was established was structured, a ratio of 0.4383 was obtained, this is interpreted as 44 % of the diagnosis which was held in the office of hospital procedures and reported it was what pathologists who evaluated the biopsies sent by them. **Conclusions.** It was determined that the correlation between colposcopic and histological diagnoses is scarce or low by Landis and Koch.

KEYWORDS: Histological diagnosis , cervical biopsy, diagnosis and colposcopic cervical lesions

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte en mujeres a nivel mundial y es un gran problema de salud pública en países en vías de desarrollo ya que se diagnostica el 83% del medio millón de casos, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad causando la muerte a por lo menos 33.000 mujeres de América Latina y el Caribe al año, según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud. (1)

Actualmente en el Perú ocho mujeres mueren diariamente a causa del cáncer de cuello uterino, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad en mujeres en nuestro país. (2)

En nuestra localidad 8 de cada 10 casos de cáncer son detectados cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada y las posibilidades de acabar con esta patología o alargar la vida del paciente son más difíciles preocupando más a las personas, ya que hace falta fomentar la cultura de la prevención.

El Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas, a la fecha a atendido a más de 17 mil personas estando como primer lugar de las atenciones: cuello uterino, en nuestra región Junín al I semestre de 2015 se dio tratamiento a 207 mujeres que padecen de cáncer de cuello uterino brindado atenciones por quimioterapia, radioterapia, cirugías oncológicas y rehabilitación.(3)

En un estudio realizado en Guatemala, demuestran una escasa correlación entre la colposcopia y la biopsia dirigida que existe entre ambos diagnósticos en las lesiones malignas y pre malignas del cuello uterino, siendo las lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado las más frecuentes entre las mujeres y que para una mayor correlación entre ambas pruebas diagnósticas se necesita mas aciertos colposcópicos ante los histológicos. (4)

Este estudio es importante para el servicio de ginecología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, ya que permitirá conocer los hallazgos que reportan la colposcopia y biopsia de cérvix practicadas en el consultorio de procedimientos, para compararlas y poder valorar el grado de correlación entre ambos diagnósticos y así también mejorar la efectividad y detección de lesiones pre malignas o cáncer de cuello uterino, y de esta forma realizar un adecuado manejo de las lesiones pre malignas y malignas del cuello.

INDICE

	RESUMEN	
	INTRODUCCIÓN	
I.	CAPITULO: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	08
	1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	
	1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
	1.2.1 PROBLEMA GENERAL	
	1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	
	1.3 OBJETIVOS	
	1.3.1 OBJETIVO GENERAL	
	1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
	1.4 HIPOTESIS	
	1.4.1 HIPOTESIS GENERAL	
	1.4.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS	
	1.5 VARIABLES	
	1.5.1 IDENTIFICACION DE VARIABLES	
	1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	
	1.6 JUSTIFICACIÓN	
	1.7 VIABILIDAD	
	1.8 LIMITACIONES	
II.	CAPITULO: MARCO TEORICO	15
	2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	
	2.2 BASES TEORICAS	
III.	CAPITULO: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	40
	3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	
	3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	
	3.2.1 POBLACIÓN	
	3.2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	
	a) Criterios de Inclusión	
	b) Criterios de Exclusión	
	3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	
	3.4 TECNICA PROCESAMIENTO DE INFORMACION	
	3.4.1 ANALISIS DE DATOS	
IV.	CAPITULO: RESULTADOS	45
V.	CAPITULO: DISCUSION DE RESULTADOS	46
	CONCLUSIONES	54
	RECOMENDACIONES	55
	REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS	56
	ANEXOS	60

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del Problema

En el Perú ocho mujeres mueren diariamente a causa del cáncer de cuello uterino, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad en mujeres en nuestro país. El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento anormal de las células que al desarrollarse de forma incontrolada avanza entre los tejidos normales y los destruye. ⁽¹⁾ (5)

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2012 el cáncer de cuello uterino fue el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres y el séptimo en general con 528.000 casos, en el este de África y Oriente sigue siendo el cáncer más común en las mujeres donde hubo 266.000 muertes por cáncer de cuello uterino a nivel mundial, lo que representa el 7,5% de todas las muertes por cáncer en mujeres, en las regiones menos desarrolladas se producen casi nueve de cada diez muertes por cáncer cervical ⁽³⁾ (1)

En América Latina y el Caribe según la Organización Panamericana de la Salud del 2008 el cáncer de cuello uterino es la principal causa de muerte entre las mujeres, zona que presenta una de las tasas de mortalidad más elevadas por cáncer cervicouterino a nivel mundial, junto con el África Subsahariana y el Asia Sudoriental. A pesar que el cáncer de cuello uterino es prevenible, sigue siendo un importante problema de salud pública, se calcula que anualmente se producen 72.000 nuevos casos y 33.000 muertes entre las mujeres de ALC. ⁽⁴⁾ (6)

De acuerdo a la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN del año 2008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100 000 versus 140.9 por 100 000), si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer. ⁽⁵⁾ (7)

En nuestro País según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) del 2011, revelo que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los más frecuentes.

⁽⁶⁾ (8)

Hoy en día el gobierno ha impulsado campañas de detección oportuna del cáncer de cuello uterino, invitando a las mujeres a que se realicen el examen ginecológico anual, conjuntamente con la realización de un examen citológico cérvico-vaginal y hacer un diagnóstico por colposcopia y biopsia dirigida para así detectar lesiones cervicales pre malignas y malignas del cuello uterino y dar un tratamiento oportuno.

El Hospital Nacional Ramiro Priale Priale al momento no cuenta con datos oficiales que nos acerquen a la realidad local sobre esta patología ya que hace poco se implementó el servicio de procedimientos, sin embargo contamos con los registros de las pacientes que se realizaron el examen citológico cérvico vaginal, colposcópico y biopsia dirigida, el grado de las lesiones cervicales es indispensable para tomar medidas preventivas en las pacientes y en el propio personal de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general:

- ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos histológicos de las biopsias cervicales y los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?
- ¿Cuáles son los diagnósticos histológicos de las biopsias en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital

Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?.

- ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de bajo grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?
- ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?.

1.3 OBJETIVOS

a. Objetivo general:

- Establecer el grado de correlación existente entre los diagnósticos histológicos de biopsia cervical y los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.

b. Objetivos específicos:

- Establecer los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.
- Establecer los diagnósticos histológicos de las biopsias en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.
- Establecer el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de bajo grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.
- Establecer es el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional

Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.

1.4 HIPÓTESIS

a. Hipótesis general:

- Existe grado de correlación significativa entre los diagnósticos histológicos y colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.

b. Hipótesis específicas:

- Existe correlación del diagnóstico colposcópico e histológico en lesiones intraepiteliales de bajo grado, en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.
- Existe correlación del diagnóstico colposcópico e histológico en lesiones intraepiteliales de alto grado, en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.

1.5 VARIABLES

1.5.1 . Identificación de las variables de concordancia:

•Variable 1:

Diagnóstico histológico de las biopsias cervicales

•Variable 2:

Diagnóstico colposcópico de las colposcopías cervicales.

•Variables demográficas

Edad.

1.5.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE 1:				
Diagnóstico histológico de biopsia cervical	1. Bajo grado	BAJO GRADO: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de PVH. • Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I). 	Presente o ausente	1. Nominal
	2. Alto grado	ALTO GRADO <ul style="list-style-type: none"> • NIC II • NIC III • Carcinoma in situ • Cáncer invasivo 		2. Nominal
VARIABLE 2:				
Diagnóstico colposcópico de colposcopia cervical	1. Bajo grado	BAJO GRADO: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de PVH. • Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I). 	Presente o ausente	1. Nominal
	2. Alto grado	ALTO GRADO: <ul style="list-style-type: none"> • NIC II • NIC III • Carcinoma in situ • Cáncer invasivo 		2. Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características de la población	Edad	Años cumplidos hasta la fecha del examen.	X a más años	Razón

1.6 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que en la actualidad se puede prevenir, siempre y cuando se inicie oportunamente la prueba de tamizaje para cáncer cervical. Es importante hacer referencia que ninguna prueba de tamizaje, es 100% efectiva, por esto mismo, el reporte de la citología cervicovaginal como anormal, deberá ser remitida a estudios complementarios: colposcopia y biopsia dirigida.

Se han realizado algunos estudios, para correlacionar la prueba de tamizaje "citología cervicovaginal" con el reporte de colposcopia y el reporte histológico. Los estudios fueron realizados en Brasil, Katmandú, Nicaragua y EEUU. Se evidencia una diferencia entre los diferentes resultados de los estudios, reportando en algunos una adecuada correlación entre los diferentes métodos diagnósticos, mientras que en otros su correlación es baja.

Por esta desigualdad de resultados, en los diferentes estudios, es importante la realización de este estudio para el servicio de ginecología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, ya que permitirá conocer los hallazgos que reportan la colposcopia y biopsia de cérvix practicadas en el consultorio de procedimientos, para finalmente compararlas y poder valorar, la correlación de estos dos exámenes, para mejorar la efectividad y detección de lesiones pre malignas o cáncer de cuello uterino, y de esta forma realizar un adecuado manejo de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.

De otra parte, aportará información necesaria para la implementación del método de diagnóstico de patología cervical por colposcopia en la región Junín, en caso de demostrar la alta concordancia de este método frente a biopsia cervical siendo este último el gold estándar en la definición diagnóstica de la patología cervical; así mismo la colposcopia beneficiará directamente a las población femenina con sospecha de patología cervical y a los profesionales especialista en campo de la medicina ginecológica y oncológica debido a su costo relativamente bajo y su versatilidad en el uso e implementación.

1.7. VIABILIDAD

La ejecución del presente trabajo de investigación existe una gran disponibilidad de datos retrospectivos que brindan información respecto de las variables de estudio tanto los resultados diagnósticos de la colposcopia y los diagnósticos histológicos de las biopsias cervicales de pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales, así mismo el acceso a dichos resultados que se encuentran en el archivo de Gestión Hospitalaria, cuyo personal está dispuesto a brindar la información y de otra parte, el hospital ámbito de estudio, es una institución en el cual prima las políticas de investigación con el propósito de innovar tecnología y métodos de diagnóstico.

1.8. LIMITACIONES

En el presente estudio no encontré limitaciones para su desarrollo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.

Patricia Morales Ramírez. Ecuador. 2013, realizo una investigación sobre **CORRELACION CITO-COLPO- HISTOLOGICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL “HOSPITAL LUIS VERNAZA” PERIODO JUNIO 2012 – JUNIO 2013**, tuvo como Objetivo General: Analizar la correlación entre el diagnostico citológico - colposcopico y los resultados histopatológicos a los pacientes que acuden al servicio de Colposcopia del Hospital Luis Vernaza. Se realizó una investigación retrospectiva de corte trasversal entre Junio 2012 a Junio 2013. La población estuvo conformada por 440 casos con edades de 9 a 71 años, que acudieron con citología al área de Colposcopia. Se obtuvo como resultado en cuanto a la correlación cito-colpo-histológica de los 102 casos de LIEBG el 65% fueron NIC I, el 14,7% fueron NIC II, el 2% NIC III, el 14% fueron inflamatorios, el 1% Ca epidermoide y el 1% adenocarcinoma, de los 57 casos de ASCUS el 98% fueron HPV, y el 2% inflamatorio. De los 18 casos de LIE AG el 94% fueron NIC III, y el 6% NIC I. De los 3 casos de POS el 67% Ca epidermoide y el 33% adenocarcinoma. Se concluye que con este y otros estudios coincidimos que el esquema ideal para la detección oportuna del cáncer debería ser citología, estudio colposcopico, y si hay sospecha biopsia dirigida. Las estrategias que incorporen intervenciones en la conducta sexual, vacunación y cribado serán las que proporcionarán el abordaje más completo a la prevención del cáncer de cuello uterino.⁽⁷⁾ (9)

Rom Morphol Embryol. India (2012), realizo una investigación sobre, **CORRELACION ENTRE COLPOSCOPIA Y ANATOMOPATOLÓGICA DE LA BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA EN LESIONES CERVICALES PRECANCEROSAS** este estudio tuvo como Objetivo General: Evaluar la exactitud de la colposcopia y la biopsia por punción cervical, para determinar la correlación entre estos dos métodos, la metodología y el tipo de estudio fue

analítico comparativo, se utilizó como recolección de datos los resultados de la colposcopia del grupo de estudio, la población estuvo conformada por 245 pacientes que presentan hallazgos malignos en colposcopia y biopsia. Se obtuvo como resultado que la correlación fue de 78,5% en la categoría CIN I, el 84% en el CIN II categoría, el 88,6% (133 de cada 150 pacientes) en la categoría de NIC III, 46,1% para el carcinoma invasivo micro y el 50% para el CIS la colposcopia como método incurre en un menor número de falsos negativos (cuatro pacientes), dando una tasa de precisión general de 98,3%. La sensibilidad del examen colposcópico fue 83,6%. Se concluyó que este estudio demostró una alta precisión y correlación entre la colposcopia y la histología, comparables con los resultados a partir de estudios similares en la literatura. La sensibilidad es menor, probablemente debido a las biopsias se realizaron en todos los casos, durante el trabajo de diagnóstico. Se demostró además la utilidad de estos dos procedimientos de diagnóstico como las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino preclínica. En nuestro estudio, hubo casos de menores o mayores diagnósticos; el beneficio de la colposcopia y biopsia dirigida es para evitar el exceso de tratamiento de la lesión de bajo grado, y en el tratamiento de la lesión de alto grado.⁽⁷⁾ (10)

Janett Aráuz Jaramillo. Ecuador. 2011, realizó una investigación sobre **CORRELACIÓN CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CERVICALES EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO 2010-2011**, tuvo como Objetivo General: Establecer el grado de correlación existente entre la citología de cérvix, la colposcopia y el informe histopatológico en pacientes con patología de cuello uterino, atendidos en el Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” 2010-2011. La metodología de investigación fue de tipo observacional, descriptivo con diseño de investigación no experimental, transversal. La población estuvo conformada por pacientes con citología anormal en un frotis de cérvix uterino (Pap II + VPH o superior), que fueron indicados para estudio colposcópico en la consulta, el instrumento y técnica de recolección de datos que se aplicó fue un formulario de recolección de información, expediente clínico, informes de laboratorio. Se llegó al resultado que en el estudio histopatológico, las lesiones fueron clasificadas con mayor

frecuencia como LIE de bajo grado (75%). los diagnósticos del informe del frotis de cérvix con Papanicolaou concordaron con el estudio histopatológico en el 58%, el diagnóstico del informe de colposcopia, coincidió con el estudio histopatológico en el 93%. Se concluye que mediante la colposcopia se reportaron lesiones de bajo grado (81%), en el estudio histopatológico, las lesiones fueron clasificadas con mayor frecuencia como LIE de bajo grado (75%). El diagnóstico del informe de colposcopia, coincidió con el estudio histopatológico en el 93%. ⁽⁹⁾ (11)

Mónica José Colindres Díaz, Héctor Mesala Escobar Rodríguez, Aletzia Nashilldhy Sologastoa López, Luis Alberto García Catalán. Guatemala. 2008, realizaron una investigación titulado **CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO Y EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE PACIENTES CON LESIONES DE CÉRVIX**, tuvo como Objetivo General: Determinar la concordancia entre el diagnóstico colposcópico y el diagnóstico histológico de lesiones de cérvix en pacientes atendidas en la consulta externa de ginecoobstetricia de los hospitales: Roosevelt, General San Juan de Dios, Juan José Arévalo Bermejo y de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de enero a diciembre del año 2008. El tipo y diseño de investigación de estudio fue analítico comparativo, cuya población de estudio fue la totalidad de las pacientes a quienes se les realizó colposcopia y biopsia dirigida por la misma, en consulta externa de ginecología colposcópica, el instrumento utilizado fue la boleta de recolección de datos y la técnica que se utilizó fue la observación sistemática directa, en la cual el investigador se puso en contacto directo con cada uno de los expedientes clínicos. Se tuvo como resultado que las lesiones más frecuentes reportadas por diagnóstico colposcópico fueron: Lesión de bajo grado (55.87%), lesión de alto grado (9.38%), las lesiones histológicas más frecuentes fueron: Cervicitis crónica (45.17%), neoplasia intraepitelial cervical I (23.01%), neoplasia intraepitelial cervical II (5.59%), pólipo endocervical (5.21%) y carcinoma epidermoide in situ (4.26%). Se concluyó que existe escasa concordancia entre el diagnóstico colposcópico e histológico en pacientes con lesiones de cérvix atendidas en Consulta Externa de Ginecología de los Hospitales en estudio.⁽⁸⁾ (12)

Francisco Ramírez Cabezas, Genaro Ramírez Orjuela, José Wong Riera. Ecuador. 2005, realizaron una investigación sobre la **CORRELACIÓN CITOCOLPOHISTOLÓGICA EN LESIONES INTRAEPITELIALES DE CUELLO UTERINO**, tuvo como Objetivo General: Valorar la eficacia de los métodos de ayuda diagnóstica (citología y colposcopia), para detectar la presencia de lesiones pre neoplásicas más frecuentes en la mujer y precursoras directas del cáncer de cuello uterino. La metodología y tipo de investigación fue Retrospectivo – analítico, cuya población estuvo conformada por 154 pacientes que acudieron al consultorio de colposcopia de la clínica central de APROFE, cuyas edades estaban comprendidas entre 17 y 63 años de edad, con colposcopia diagnóstica de LIE cervical y biopsia confirmatoria. Se obtuvo como resultado que la citología presentó una sensibilidad de 72% para lesiones intraepiteliales (LIES). La colposcopia presentó sensibilidad de 92% para lesiones intraepiteliales. Al hacer la correlación citocolpohistologica encontramos un 27,8% para lesiones intraepiteliales de bajo grado y 33,3% para lesiones intraepiteliales de alto grado. Se concluye que este estudio permite recalcar la importancia del pesquizado de lesiones precursoras de cáncer de cérvix en mujeres que han iniciado su vida sexual y su seguimiento periódico. Además incentivar a los especialistas a implementar un sistema de detección oportuna del cáncer de cuello uterino, que consista en la toma de papanicolou (PAP) y colposcopia conjuntamente, y si es necesario la biopsia dirigida.⁽¹⁰⁾ (13)

L.M. Puig-Tintoré. España. 2001, realizo una investigación sobre **COLPOSCOPIA DIGITAL EN LA NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL. CORRELACIÓN HISTOLÓGICA Y UTILIDAD CLÍNICA**, tuvo como objetivo General: Determinar, en la neoplasia cervical intraepitelial (CIN), la correlación histológica de la información morfométrica obtenida mediante un sistema original de colposcopia digital, y establecer sus posibles aplicaciones clínicas, la metodología y tipo de estudio de investigación fue analítico comparativo. Se utilizó como instrumento la boleta de recolección de datos. La población de estudio estuvo conformada por 101 pacientes con colposcopia valorable, se midió el área de la zona de transformación y de las lesiones colposcópicas. Se

obtuvo como resultado que a mayor grado histológico las lesiones cervicales incrementan significativamente su tamaño colposcópico y ocupan una disposición más central en el cérvix. Existe una muy buena correlación, cercana al 85% entre ambas pruebas diagnósticas. Se concluye que el tamaño de la lesión colposcópica de la CIN es un buen indicador del verdadero tamaño lesional. Estos resultados abren una nueva perspectiva en la conducta a seguir en las lesiones de bajo grado, al ofrecer un método objetivo y fiable para controlar su evolución.⁽¹¹⁾ (14)

Graciela Torres Fuentes. Perú. 2013, realizó una investigación sobre **INFLUENCIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA APARICIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA, DEL HOSPITAL SANTA ROSA LIMA – 2013**, tuvo como Objetivo General: Determinar la influencia del Virus Papiloma Humano en la aparición de cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 55 años del hospital Santa Rosa Lima – 2013. El tipo de investigación que se emplea es el descriptivo con el diseño descriptivo simple, la población aproximadamente fue de 150 mujeres, la técnica a utilizar fue la observación y el instrumento fue la ficha o guía de observación. Se concluye que este estudio nos permitirá enfatizar en la importancia de la prevención del Papiloma Virus Humano en mujeres que han iniciado su vida sexual y su seguimiento constante, además debemos impartir charlas educativas y también incentivar a los especialistas a implementar el sistema de detección oportuna del cáncer de cuello uterino.⁽¹²⁾ (15)

María Valderrama; Francisco E. Campos; César P. Cárcamo; Patricia J. García realizaron una investigación sobre **FACTORES ASOCIADOS A LESIONES CERVICALES O PRESENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN DOS POBLACIONES DE ESTUDIANTES DE LIMA**, tuvo como Objetivo general: Determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima. Se realizó un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a

quienes se tomó muestras para PAP y VPH, se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se obtuvo como resultado que la prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP); las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años. La diferencia de edades entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH, la edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. Se concluye que las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes. La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH.⁽¹³⁾ (16)

2.2. Bases teóricas

A. LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES

Con la ayuda del diagnóstico citológico se pudieron identificar las lesiones precursoras tempranas denominadas displasia, que hacen referencia al posible desarrollo de futuro cáncer. ⁽⁸⁾

En el año 1968 se emitió el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), en ese mismo año Richard indicó que las displasias tiene el potencial de progreso. Fue pionero en la investigación de la historia natural de los precursores del cáncer cervical, proponiendo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN) para explicar el espectro de daño tisular, estableciendo tres grados de afectación: CIN I o displasia leve, CIN II o displasia moderada y CIN III o displasia grave/carcinoma in situ.⁽¹⁴⁾

Las lesiones cervicales se clasifican de Bajo y Alto Grado, de acuerdo a lo siguiente: Si hay mitosis y células inmaduras sólo en el tercio inferior del epitelio la lesión casi siempre se considera Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 (NIC 1) y si la afectación es de los tercios medio y superior se diagnostica como NIC 2 y NIC 3.⁽⁷⁾

En 1975 se hipotizó por primera vez sobre la posibilidad de que el cáncer cervical tuviera relación con el virus del papiloma, y fue en 1983 cuando Zur Hausen publicó un artículo donde esta relación quedaba establecida como hipótesis que posteriormente Walmoeers y Bosch ya demostraron al disponer de test suficientemente capaces de aislar material viral en las biopsias de tejido cervical.⁽¹⁴⁾

Por tanto, las lesiones de bajo grado representan el 76% y son:

- VPH y
- NIC 1

Y las lesiones de alto grado representan el 24% y son:

- NIC 2 y
- NIC3

Se diagnostica como lesión de alto grado también al cáncer o según su extensión:

- Carcinoma in situ o microinvasivo y
- Cáncer invasivo.⁽¹⁵⁾

B. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Es cuando las células tumorales, con capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos y están ubicadas en el cuello de útero.⁽¹⁵⁾ Empieza creciendo lentamente; antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos del cuello pasan por un proceso denominado displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales.⁽¹²⁾ Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamocolumnar.⁽¹⁵⁾

Una citología con tinción Papanicolau generalmente identificará estas células anormales; posteriormente las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y áreas circundantes. ⁽⁸⁾

b.1. EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de cérvix continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial (529,800 casos) y 8% (275, 100) de las muertes por cáncer en mujeres (1,2). En México, el registro histopatológico de neoplasias malignas del año 2003 mostró una incidencia de 24,094 casos de cáncer cervicouterino (CACU) invasor y 14,867 casos de carcinoma in situ . Contrario a lo que sucede en Estados Unidos de América y Europa, donde hasta el 75% de las ocasiones se diagnostica en Estadios Clínicos Tempranos (EC), en

nuestro país las etapas localmente avanzadas (IIB-IVa) son las que tienen mayor prevalencia, tal como ocurre en otros países emergentes a lo anterior refleja que el programa de detección oportuna con citología cervicovaginal no es lo suficientemente adecuado.⁽¹⁸⁾

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu, cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que las tasas más altas corresponden a Chile y México, mientras que las más bajas ocurren en Cuba, Puerto Rico y Argentina.⁽¹⁷⁾

Los estudios epidemiológicos concluyen que el cáncer de cérvix es una entidad de tendencia y comportamiento social, llegándose a decir que es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y transformante del genoma celular a nivel cervical.⁽⁸⁾

b.2 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El descubrimiento del virus del papiloma humano (VPH) como el factor etiológico de la mayoría de las neoplasias de cuello uterino y en general de todo el tracto genital inferior, ha significado uno de los avances más importantes de la medicina actual. Sabemos que el VPH se encuentra relacionado con el cáncer de cérvix hasta en 99.7% de los casos y con el de vulva y vagina en 70 – 80%. A partir de 1965, cuando se conoció como causante de verrugas genitales cutáneas y posteriormente en 1974 cuando se le atribuyó papel oncológico en el tracto genital inferior, la ciencia médica ha volcado gran parte de su

potencial hacía la prevención de uno de los cánceres que cobra un alto número de vidas en el mundo con 500.000 casos nuevos cada año.^(8,15)

b.3 CUADRO CLINICO

El cáncer de cérvix en estadios iniciales se presenta en forma asintomática y usualmente es detectado en una toma de citología cérvico-vaginal de rutina. En estadios más avanzados es frecuente encontrar

- Leucorrea acuosa persistente,
- Metrorragia,
- Sinusorragia,
- Dispareunia,
- Dolor pélvico,
- Pérdida de peso,
- Síntomas urinarios y/o digestivos.⁽²¹⁾

b.4 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

Según la FIGO 2002:

ESTADIO I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- **Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- **Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- **Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

ESTADIO II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- **Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

ESTADIO III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

ESTADIO IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.⁽²⁰⁾

C. TÉCNICAS DIAGNOSTICAS

1. CITOLOGIA CERVICAL

La citología vaginal, también denominada prueba de Papanicolaou, examina cambios en las células del cuello uterino para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, consiste en la obtención de células del endocérvix y exocérvix, su extendido en el portaobjetos,

la aplicación de la técnica de tinción de Papanicolaou y la observación al microscopio de la muestra para interpretar los cambios o alteraciones en la morfología de las células.^(21,22)

INDICACIONES

La toma de muestra se debe realizar con una espátula de Ayre, con cepillo endo cervical o hisopo de algodón no absorbente. Deberá recomendarse a la usuaria

- No estar en el período menstrual (regla).
- No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
- No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.
- No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas⁽²³⁾

PRODECIMIENTO

1. Preparar el equipo y material necesario.
2. Preparación psicológica de la usuaria.
3. Llenar el formato de solicitud y reporte de resultado de citología cervical, cuidar que el registro de los datos se haga en forma adecuada.
4. Poner en la laminilla las iniciales de la paciente.
5. Solicitar a la usuaria que se coloque la bata y se suba a la mesa de exploración.
6. Colocar a la mujer en posición ginecológica.

7. Colocar la luz de tal forma que permita visualizar el campo donde se hará la toma.
8. Inspeccionar la zona perineal buscando la presencia de secreciones, sangrado cicatrices e irritación.
9. Separar los labios y decirle a la mujer que puje en introducir el espejo de ayre.
10. Inspeccionar las características del cuello, forma tamaño, color, erosiones, pólipos, desgarros.
11. Para que la muestra sea adecuada siempre debe tomarse del Cérvix uterino en la unión escamo columnar (unión del epitelio endocervical con el epitelio exocervical) se identifica porque la coloración del primero es mas clara. En ocasiones no es posible visualizarlo porque está dentro del canal endocervical, principalmente en mujeres de 40 años ó más.
12. Para la citología cervical se efectúa una doble toma que proceden del canal endocervical y exocervical.
13. Extensión y fijación con alcohol de 96° durante 15-30min.

(24)

2. COLPOSCOPIA

La colposcopia es un método estereotáctico óptico binocular para una mejor visualización de la superficie del tegumento y de la mucosa del tracto genital inferior femenino, es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocérvix, la vagina y los genitales externos.^(8,24)

Hacia los años 1925 Hans Hinsselman, inventa un aparato con una lente binocular de 10 aumentos y buena iluminación; solo hacia 1934 los patólogos alemanes le dan crédito a este invento y se acuña el término de Leucoplasia como entidad precancerosa, ya que utilizaba para sus observaciones el ácido acético y fue el primero en observar las lesiones blancas. 1928 – El Patólogo vienés Walter Schiller descubre que el epitelio escamoso diferenciado contiene glucógeno y puede colorearse in vivo con una solución de Lugol, y que el epitelio anómalo carece de glucógeno y no se colorea. (Test de Schiller positivo). Ya en la década de los 60 los norteamericanos inician todo el escenario del uso de la colposcopia.⁽²⁴⁾

El Colposcopio aumenta el tamaño de la imagen como un microscopio estereoscópico, permite examinar el Epitelio y la trama vascular subepitelial con ampliaciones que varían entre 7.5 X 15 X 20X y 30 X. Magnificaciones mayores son realmente innecesarias, aumentan el costo y no ofrecen una ventaja potencial, no permite una visualización en contexto global del cérvix.^(24,25)

2.1 OBJETIVO

- Para el diagnóstico de lesiones premalignas o malignas de cuello uterino, vagina y vulva.
- Visualización del cérvix, vagina, vulva y área perianal
- Identificar y valorar las características lesionales (tamaño, bordes, contornos, localización y extensión)

- Identificar las lesiones más significativas y realizar biopsias dirigidas colposcópicamente.
- Establecer un plan de tratamiento
Comunicar los resultados inmediatos al paciente.⁽²⁶⁾

2.2 INDICACIONES

- Cuello uterino de aspecto sospechoso
- Citología que muestra carcinoma invasor
- NIC 2 o NIC 3 en la citología.
- Anomalías de bajo grado (NIC 1) que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología
- NIC 1 en la citología.
- Calidad insatisfactoria persistente en la citología
- Infección por papilomavirus humanos oncógenos (VPH)
- Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVA)
- Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA) Resultados positivos en la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVL)⁽²⁷⁾

2.3 INSTRUMENTOS

1. Colposcopio con magnificaciones no mayores de 40 X
2. Espéculos (“Graves”) medianos y grandes.
3. Pinzas de biopsia cervical a. Pinza de Kevorkian
4. Pinza de Kogan
5. Gancho para tracción cervical (Hook).

6. Solución salina isotónica.
7. solución de ácido acético al 5%.
8. Solución Yodo yodurada de Lugol al 10 %.
9. Solución de Monsel (sulfato férrico).
10. Frascuitos de formol al 10%.
11. Jeringa odontológica para anestesia local.
12. empaques vaginales de gaza de un metro de longitud.⁽²⁸⁾

2.4 TECNICA COLPOSCOPICA

- Historia clínica analizando factores de riesgo de ambos conyugues de preferencia.
- Posición de litotomía de la paciente
- Inspección y palpación de vulva y periné.
- Colocación del especulo sin usar lubricantes, excepto agua tibia o solución salina.
- Limpieza suave del cérvix.
- Toma de citología (PAP) si es necesario.
- Toma de muestras endocervicales para Gram, HPV - DNA test, Chlamydia, etc.
- Solución salina, para evaluar la trama vascular utilizando filtro azul o verde.
- Solución de ácido acético al 5% con torundas de algodón,
- Valoración Colposcópica (parámetros internacionales. Barcelona 2002)
- Inspección de paredes vaginales: vulva, periné y región anal.

- Registro de los resultados o hallazgos colposc6picos
- Seguimiento del paciente.⁽²⁸⁾

2.5 HALLAZGOS COLPOSCOPICOS⁽²⁹⁾

2.5.1 Hallazgos Colposcopicos Normales

**Tab. 1: Terminologfa Colposc6pica del Cervix, IFPCPC 2011
Congreso Mundial Rio de Janeiro, Julio 5, 2011 (Bornstein et al. 2011, IFCP)**

Hallazgos Colposc6picos Normales	Epitelio escamoso original
	- Maduro
	- Atrofico
	Epitelio Columnar
	- Ectopia
	Epitelio Escamoso Metaplasico
	- Quistes de Naboth
	- Criptas gloandulares abiertas
	Deciduosis en el embarazo

2.5.2 Hallazgos Colposcopicos Anormales

Los cambios colposc6picos "menores" (Barcelona 2002), "las lesiones de grado 1" (Rfo de Janeiro, 2011) o el "mosaico fino", "punteado fino" y una reacci6n escasa o retardada del 6cido ac6tico en su mayorfa son lesiones histol6gicamente benignas o limfrofes como metaplasia o NIC 1. Sin embargo, los cambios "mayores", "lesiones de grado 2 o 3" o "mosaico grueso", "puntilleo grueso", "borde interno" o el "signo de surco" sobre todo en combinaci6n con una reacci6n r6pida e intensa a la aplicaci6n de 6cido ac6tico corresponden a CIN 2+ en la histologfa (11,40,41). Otros hallazgos son leucoplaquia, vasos atfipicos o fr6giles, aperturas de criptas en bocamanga, algunos de ellos son indicadores de invasi6n.

Tab. 2: Terminología Colposcópica del Cervix, IFCPC 2011
Congreso Mundial Rio de Janeiro, Julio 5, 2011 (Bornstein et al. 2011, IFCP)

Hallazgos Colposcópicos Anormales	Grado 1 (Menor)	Epitelio Aceto-blanco delgado, irregular, bordes geograficos	Mosaico fino Puntilleo fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio Acetoblanco denso Rapida aparición de acetoblanqueamiento Cripta (glándula) abierta con dobladillo (reforzamiento o cornificación)	Mosaico grueso Puntilleo grueso Borde grueso Signo del margen interior, Cresta
	No específico	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosion Tinción de Lugol (Schiller test): manchas / no manchas	
Sospecha de Invasión	Vasos Atípicos Signos adicionales: Fragilidad vascular, Superficie irregular, Lesión exofítica, Necrosis, Ulceración (necrotica), Tumor/Neoplasia burda.		
Hallazgos Varios (Miscelaneos)	Zona de transformación congénita, Condiloma, Polipo, (Ectocervical/endocervical), Inflamación, Estenosis, Anomalia congénita, Consecuencia Post ratamiento, Endometriosis.		

c.2. BIOPSIA

D.2.1 BIOPSIA GUIADA POR COLPOSCOPIA

Es la extracción de una pequeña muestra de tejido del cérvix (usualmente 5 – 10 mm) mediante una pinza especial a tal fin. Suele generar una pequeña molestia que no requiere el uso de anestésicos locales, ocasionando molestias sensiblemente mayores a una citología rutinaria. Por medio de dicho procedimiento, se obtiene una muestra más representativa del tejido cervical suficiente para que el patólogo pueda confirmar el diagnóstico. Su realización es indispensable antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento.⁽³⁰⁾

a) INDICACIONES

- En toda paciente con un resultado de colposcopia anormal.
- En caso de colposcopia negativa, LEC Negativo pero citología positiva para SILAG de alto grado “persistente en más de 2 estudios” se sugiere biopsia ampliada con LEEP.

- Aquellas pacientes cuya lesión presente características de cáncer invasor.⁽³¹⁾

b) PROCEDIMIENTO

La biopsia del cuello uterino guiada con colposcopía es indolora y causa poco sangrado, se realiza luego de la colposcopía con pinza de Thisler o similares. La pinza en sacabocado, de punta redonda se utilizará para lesiones macroscópicas sospechosas de infiltración, ya que lesiona mucho los tejidos y puede dar mucho sangrado. Si se cuenta con electrocoagulador ambulatorio, controlamos la hemostasia. Si es un sangrado pequeño, podemos colocar una mecha vaginal con agua oxigenada y es suficiente para cohibir la hemorragia. Indicamos posteriormente el uso de un óvulo vaginal con antibióticos.⁽³¹⁾

La biopsia guiada con colposcopía presenta algunas limitaciones que derivan del hecho de que el NIC puede estar localizado también, o solamente, aunque esto es raro, en el canal cervical y, por lo tanto, no puede ser explorado colposcópicamente. En el caso de discordancia entre el examen citológico y el examen colposcópico, es necesario, por lo tanto, proceder siempre al raspado del canal cervical o, cuando se dispone de instrumental, a la extracción de la muestra de ese sitio mediante Microcolpohisteroscopia. Si aún, con el uso de estos métodos no se puede llegar a un diagnóstico de certeza se debe efectuar una biopsia ampliada que es la Conización.⁽⁸⁾

c) TIPOS DE BIOPSIAS CERVICALES

1.- Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP)

Es un procedimiento en el cual se usa un aro de alambre eléctrico delgado para obtener un pedazo de tejido.

2.-Curetaje endocervical (ECC)

Procedimiento que consiste en raspar el revestimiento del canal endocervical con un instrumento estrecho llamado cureta. Este tipo de biopsia suele completarse con la biopsia colposcópica.

3.- Biopsia en cono (También llamada conización.)

Biopsia que consiste en extraer una porción de tejido en forma de cono del cérvix usando el procedimiento de escisión electroquirúrgica o el procedimiento de biopsia en cono con bisturí frío. El procedimiento de conización puede utilizarse como tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer en etapas tempranas.

4.- Biopsia en cono con cuchillo frío

Es un procedimiento en el cual un bisturí quirúrgico o de láser se usa para extirpar un pedazo de tejido. Este procedimiento requiere el uso de anestesia general.⁽⁸⁾

D. DIAGNOSTICOS COLPOSCOPICOS E HISTOLOGICOS CERVICALES

1. LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO

a) PRESENCIA DEL PAPILOMA VIRUS HUMANO(PVH)

Los VPH son virus epidermotropos con afinidad y capacidad de infectar cualquier tipo de epitelio escamoso⁽³²⁾, tiene como blanco a las células de la capa basal del epitelio, a las que puede llegar por efracción de la piel o mucosa. No se conoce si este virus tiene la capacidad de penetrar la piel intacta.⁽³³⁾

Desde el momento de la infección, que sucede a partir de pequeñas soluciones de continuidad en la superficie cutáneo mucosa, se establece un período de incubación variable entre 6 semanas y 2 años, aunque este aspecto no está totalmente aclarado, para que se manifiesten las lesiones clínicas o subclínicas de la infección. La célula diana es el queratinocito, situado en la lámina basal. Estas células basales son las únicas con capacidad de división, por lo que su infección resulta obligada para que ésta sea persistente y en ellas se produzca la transcripción de los genes tempranos.⁽³²⁾

La infección ocurre pronto después del comienzo de la primera relación sexual y la más alta prevalencia se observa en mujeres de menos de 25 años de edad. Luego la prevalencia decrece rápidamente. Se dice que las infecciones por VPH son transitorias, pero varios factores incrementan la persistencia: genéticos, o adquiridos como la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, y factores virales (genotipo, variantes, carga viral, integración). El VPH es altamente transmisible y se considera hoy día como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en la mayoría de las poblaciones. Aunque muchas de las mujeres infectadas con este virus se negativizan en los 2 años siguientes a la infección, las que presentan persistencia de infección con virus de alto riesgo están, valga la repetición en mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical. La infección por VPH puede ser asintomática e inofensiva. El sistema inmune combate la infección, que luego se resuelve por sí misma, con diferentes tiempos para lograr la resolución.⁽³⁴⁾

b) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL I (NICI)

Es el tipo de menor riesgo, representa solo una displasia leve o crecimiento celular anormal y es considerado una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.⁽³⁵⁾ Se caracteriza por estar confinado al 1/3 basal del epitelio cervical.

Más de la mitad de las mujeres con este resultado no van a necesitar tratamiento ya que las anomalías generalmente desaparecen por sí mismas.

Sin embargo, algunas mujeres pueden tener, o pueden desarrollar, una enfermedad del cuello de útero que requerirá tratamiento. Teniendo esto presente se ha diseñado el seguimiento del NIC 1.

Si la colposcopia es normal, se le repetirá una citología en 6 meses. Si en la citología repetida es:

- Normal – se retornará para seguir con el cribado de rutina.
- Atípia (ASCUS) o lesión leve (LSIL) – se le repetirá la citología de cuello de útero a los 12 meses.
- Lesión moderada o severa (HSIL) – se le remitirá para hacer una colposcopia

Si la colposcopia muestra enfermedad de bajo grado, se le repetirá la colposcopia a los 6 meses. En ocasiones puede aconsejarse un tratamiento para extirpar el área anormal con objeto de reducir el riesgo de desarrollar cáncer.⁽³⁶⁾

2. LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO

a) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL II (NIC II)

Es considerado una lesión escamosa intraepitelial de alto grado y representan una displasia moderada, confinada a los dos 2/3

basales del epitelio cervical. Se refiere a la presencia de cambios anormales moderados en la biopsia.

Las anormalidades clasificadas como NIC 2 es probable que puedan progresar. Por ello, a las mujeres con este resultado generalmente se les aconseja de realizar un tratamiento que consiste en la extirpación del área anormal y así disminuir las posibilidades de desarrollar un cáncer.^(35,36)

b) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVIVAL III (NIC III)

En este tipo de lesión, considerada también de alto grado, la displasia es severa y cubre más de los 2/3 de todo el epitelio cervical, en algunos casos incluyendo todo el grosor del revestimiento cervical. Esta lesión es considerada como un carcinoma in situ.

Se encuentra cambios anormales severos en la biopsia. Las anormalidades clasificadas como NIC 3 es mas probable que puedan progresar.

Por ello, toda mujer con este resultado debe ser tratada con extirpación del área anormal y así disminuir las posibilidades de desarrollar un cáncer de cuello de útero.^(35,36)

c) CANCER CERVICAL IN SITU

El carcinoma de cuello uterino se origina en la unión pavimentoso-cilíndrica; puede incluir las células escamosas externas, las células glándulares internas o ambas. La lesión precursora es una displasia: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o adenocarcinoma in situ, que posteriormente se puede tornar en cáncer invasivo. Este proceso puede ser bastante lento. En algunos estudios longitudinales se observó que, en pacientes de cáncer de cuello uterino in situ que no se trataron, entre 30 y 70% presentarán un carcinoma invasivo en un período de 10 a 12 años. Sin embargo, en alrededor de 10% de las pacientes, las lesiones pueden evolucionar de in situ a invasivas en

un período menor de 1 año. En la medida en que se torna invasivo, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma del cuello uterino. La extensión del tumor en el cuello uterino puede manifestarse, en último término, como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente, incluso la vejiga o el recto.⁽³⁷⁾

d) CANCER INVASIVO

Cerca del 90% de los carcinomas de cuello se generan sobre la zona de transición del epitelio cervical pavimentoso, en el epitelio columnar endocervical. El precursor del carcinoma es la displasia cervical, que requiere de 3 a 20 años para transformarse en cancer invasivo. Al menos el 20% de los carcinomas in situ desarrollan invasión celular más allá de la membrana basal, dando lugar al carcinoma microinvasivo, que se caracteriza por penetrar bajo la membrana basal hasta 5 mm en profundidad y 7 mm en extensión, sin evidencia de invasión vascular ni linfática.

El carcinoma invasivo puede diseminarse a órganos vecinos por extensión directa, por vía linfática o por vía sanguínea, produciendo síntomas según el órgano afectado. La extensión local se produce hacia la vagina o lateralmente hacia los parametrios por contigüidad y también posiblemente por vía linfática directa. La invasión de la vagina es bastante precoz, destruyéndose primero los fondos de saco vaginales con invasión ulterior de su tercio superior. En estadios avanzados la invasión llega al tercio inferior. La invasión de vagina puede hacerse respetando para metrios. También por invasión directa se afectan los parametrios, pudiendo llegar hasta la pared de la pelvis.⁽³⁸⁾

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

- **Según el alcance de los resultados**

Es una investigación relacional de concordancia de dos variables, ya que el estudio encontro las coincidencias de resultados en el diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales de la población de estudio.

- **Según la posibilidad de manipulación de las variables de estudio**

Corresponde a una Investigación observacional, ya que se evaluo las características de las variables de estudio mediante la observación y descripción sin recurrir a la experimentación.

- **Según el periodo de ocurrencia de los hechos evaluados**

Pertenece a una investigación retrospectiva, ya que se evaluo indicadores medidos en el pasado, por lo que se recurre a datos antes registrados.

- **Según el nivel de medición de las variables de estudio**

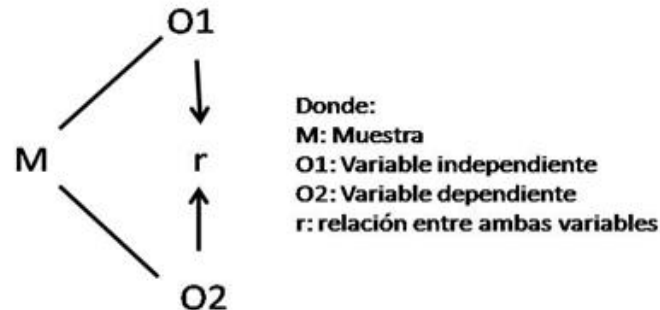
Corresponde a una Investigación de enfoque cuantitativo, debido a que se representó los resultados mediante tablas, gráficos y se utilizó la estadística inferencial para establecer la concordancia de los resultados de las variables de estudio.

- **Según la aplicación de los instrumentos de recolección de datos**

Es una Investigación transversal, ya que se aplicaron los instrumentos en una sola oportunidad, haciendo un corte en el tiempo.

- **Diseño y esquema de investigación**

Diseño observacional y nivel relacional de concordancia, corresponde al siguiente esquema:



3.2. Población y Muestra.

3.3.1. Población.

La población de estudio estuvo conformada por 73 pacientes con lesiones intraepiteliales, evaluadas en el consultorio de procedimientos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante el periodo de Febrero 2015 a Febrero 2016, a quienes además se les realizó estudio colposcópico y biopsia dirigida de cuello uterino, con sus diagnósticos respectivos.

3.3.2 Criterios de selección

a) Criterios de Inclusión:

Todos los expedientes de las pacientes a las que se les realizó colposcopia y biopsia guiada por la misma en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales, con ficha colposcopia y resultado de biopsia con datos completos, claros, pertinentes y concisos.

b) Criterios de Exclusión:

Todos los expedientes de las pacientes a las que se les realizó colposcopia y biopsia guiada por la misma en la consulta externa quienes no acudieran por presentar lesiones intraepiteliales, además de no consignen el diagnostico histológico o colposcópico.

3.3. Técnica de recolección de datos.

En el presente estudio se utilizó la técnica de observación sistemática directa, en la cual el investigador se puso en contacto directo con cada uno de los expedientes clínicos tomando de ellos la información necesaria y registrando los datos en el instrumento de recolección de los mismos. Los datos se recolectarán previa solicitud a la institución ámbito de estudio.

3.4 Técnica para el procesamiento de la información

Las variables cualitativas se presentaron en tablas de frecuencias y gráficas correspondientes, las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central y de dispersión según sea el caso. La concordancia de variables se determinó por medio del índice de Kappa de Kohen, con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95%.

3.4.1 Análisis de datos.

Se realizó el análisis comparativo de los datos mediante el cálculo de:

Tabla de coincidencias

Tabla donde **a** representa el diagnóstico colposcópico de bajo grado que coincide con diagnóstico histológico de bajo grado, **b** representa el diagnóstico colposcópico de bajo grado con

diagnóstico histológico de alto grado, **c** representa el diagnóstico colposcópico de alto grado con diagnóstico histológico de bajo grado, **d** representa el diagnóstico colposcópico de alto grado con diagnóstico histológico de alto grado y **N** representa la población estudiada. A través de la estructuración de la tabla de coincidencias se procedió a calcular la proporción de coincidencias $(a+d)/N$: donde **a** significa los aciertos de bajo grado y **d** los aciertos de alto grado dividido **N** que representa el total de la población estudiada.

Tabla de Coincidencias

METODO	BIOPSIA		TOTAL
COLPOSCOPIA	Bajo grado	Alto grado	
Bajo grado	A	b	a+b
Alto grado	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	N

4.9.2.2 Índice de concordancia Kappa

El índice de concordancia Kappa: $K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$

- Se consideró en todos los casos que es concordancia satisfactoria si el K es igual o mayor a 85% de los resultados de colposcopia y si concuerda con el diagnóstico histológico.
- Posteriormente en base a los resultados se categorizo: sin acuerdo, insignificante, bajo, moderado, bueno y muy bueno, según el grado de acuerdo establecido por el Índice de Kappa que para lo cual se utilizará el programa SPSS Versión 22 para Windows 2013.

Kappa Grado de acuerdo	
<0	Sin acuerdo
0-0.2	Insignificante
0.2-0.4	Bajo
0.4-0.6	Moderado
0.6-0.8	Bueno
0.8-1	Muy bueno

Fuente: Según Landis y Koch

a. Aspectos éticos

En la presente investigación se respetaron los principios éticos. Se contó con la autorización de la institución ámbito de recolección de datos, para lo cual se solicitará la autorización respectiva para su ejecución. De otra parte la investigación por su naturaleza retrospectiva no supone algún riesgo y el autor del presente estudio se compromete mantener en absoluta reserva los datos personales de los pacientes.

CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD DE MUJERES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

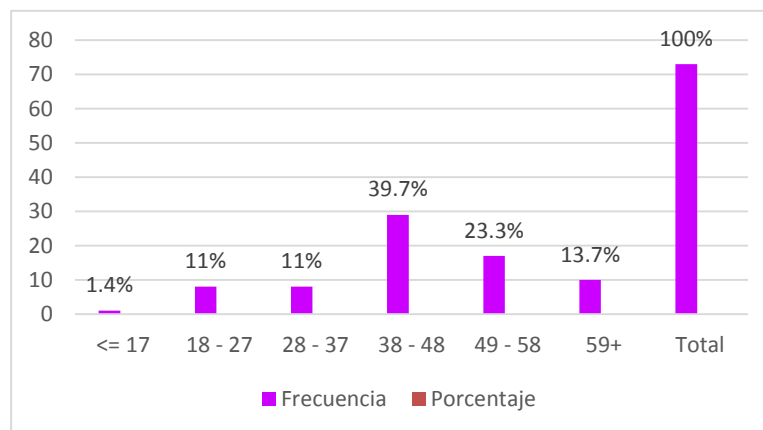
	Frecuencia	Porcentaje
<= 17	1	1,4
18 - 27	8	11,0
28 - 37	8	11,0
38 - 48	29	39,7
49 - 58	17	23,3
59+	10	13,7
Total	73	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

En la tabla y grafico N° 1 se observa que las mujeres que acudieron al consultorio de procedimientos la edad más frecuente fue entre los 38 y 48 años con un 39.7%, seguido entre 49-58 años con un 23.3%, más de 59 años con el 13.7% y lo que se presentó en menor frecuencia fue la edad de 17 años tan solo con un 1.4%

GRAFICO N° 1

EDAD DE MUJERES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 2

MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR COLPOSCOPIA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

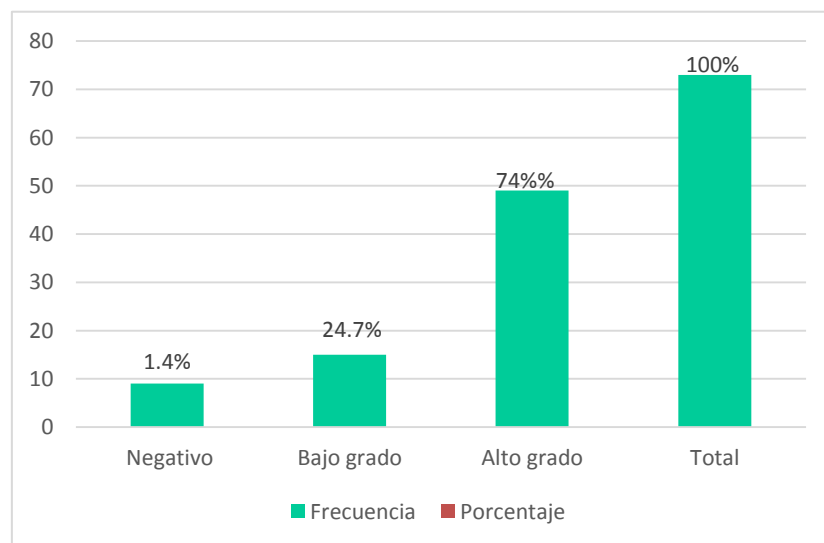
	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	1	1,4
Bajo grado	18	24,7
Alto grado	54	74,0
Total	73	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

En la tabla y grafico N°2 se observa que las pacientes con lesiones cervicales a quienes se les realizo diagnóstico por colposcopia, de los tres tipos de resultados se presentó con mayor frecuencia LIE de alto grado con un 74%, seguido en LIE de bajo grado con un 24.7% y por ultimo de resultado negativo con solo el 1.4%

GRAFICO N° 2

MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR COLPOSCOPIA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3

MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

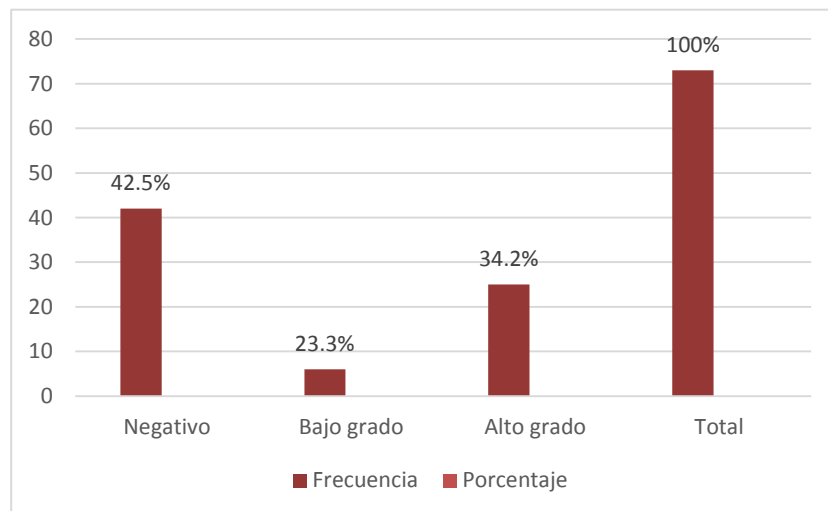
	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	31	42,5
Bajo grado	17	23,3
Alto grado	25	34,2
Total	73	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

En el cuadro y grafico N° 3 se observa que las pacientes con lesiones cervicales a quienes se les realizo diagnóstico por biopsia dirigida por colposcopia, de los tres tipos de resultados se presentó con mayor frecuencia de resultado negativo con un 42.5%, seguido LIE de alto grado con un 34.2% y con menos frecuencia LIE de bajo grado con un 23.3%.

GRAFICO N° 3

MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°3

TABLA N° 4

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR COLPOSCOPIA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

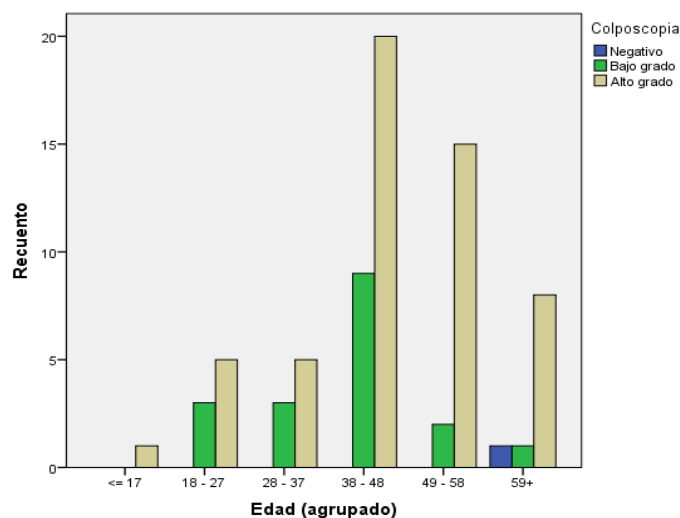
		Colposcopia			Total
		Negativo	Bajo grado	Alto grado	
<= 17	Recuento	0	0	1	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%
18 - 27	Recuento	0	3	5	8
	% del total	0,0%	4,1%	6,8%	11,0%
28 - 37	Recuento	0	3	5	8
	% del total	0,0%	4,1%	6,8%	11,0%
38 - 48	Recuento	0	9	20	29
	% del total	0,0%	12,3%	27,4%	39,7%
049 - 58	Recuento	0	2	15	17
	% del total	0,0%	2,7%	20,5%	23,3%
59+	Recuento	1	1	8	10
	% del total	1,4%	1,4%	11,0%	13,7%
Total	Recuento	1	18	54	73
	% del total	1,4%	24,7%	74,0%	100,0%

Fuente: Hoja de recolección de datos

En la tabla y grafico N° 4 se observa que la edad que presentan una mayor frecuencia son las mujeres adultas entre los 38-48 años con un 39.7%, seguido con un 23.3% entre 49-58 años, más de 59 años con el 13.7% y lo que se presentó en menor frecuencia fue la edad de 17 años con un 1.4%.

GRAFICO N° 4

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR COLPOSCOPIA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°4

TABLA N° 5

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

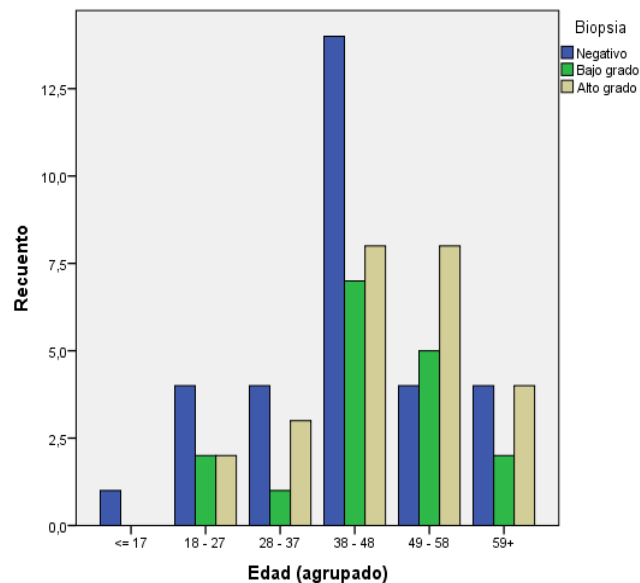
		Biopsia			Total
		Negativo	Bajo grado	Alto grado	
<= 17	Recuento	1	0	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
18 - 27	Recuento	4	2	2	8
	% del total	5,5%	2,7%	2,7%	11,0%
28 - 37	Recuento	4	1	3	8
	% del total	5,5%	1,4%	4,1%	11,0%
38 - 48	Recuento	14	7	8	29
	% del total	19,2%	9,6%	11,0%	39,7%
49 - 58	Recuento	4	5	8	17
	% del total	5,5%	6,8%	11,0%	23,3%
59+	Recuento	4	2	4	10
	% del total	5,5%	2,7%	5,5%	13,7%
Total	Recuento	31	17	25	73
	% del total	42,5%	23,3%	34,2%	100,0%

Fuente: Hoja de recolección de datos

En la tabla y grafico N° 5 se observa que la edad que presentan una mayor frecuencia son las mujeres adultas entre los 38 y 48 años con un 39.7%, seguido con un 23.3% entre 49-58 años, más de 59 años con el 13.7% y lo que dio menos porcentaje fue la edad de 17 años con tan solo un 1.4%.

GRAFICO N° 5

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°5

TABLA N° 6

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO COLPOSCOPIA Y POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016

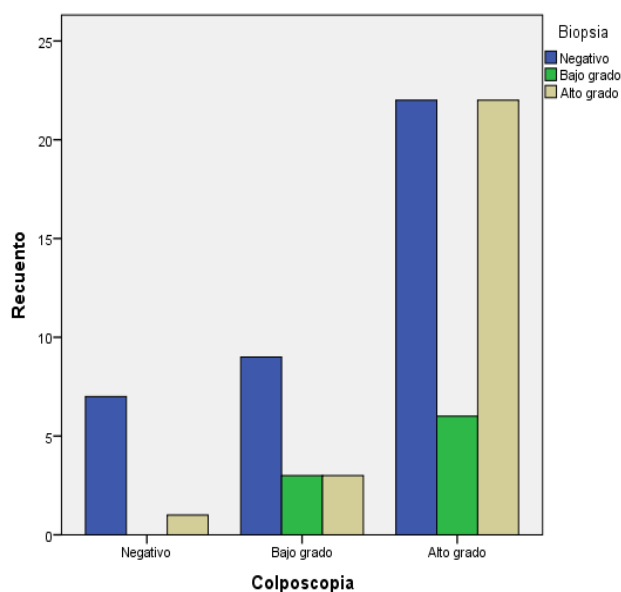
		Biopsia			Total	
		Negativo	Bajo grado	Alto grado		
Colposcopia	Negativo	Recuento	1	0	0	1
		% del total	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
	Bajo grado	Recuento	5	10	3	18
		% del total	6,8%	13,7%	4,1%	24,7%
	Alto grado	Recuento	25	7	22	54
		% del total	34,2%	9,6%	30,1%	74,0%
Total	Recuento	31	17	25	73	
	% del total	42,5%	23,3%	34,2%	100,0%	

Fuente: Hoja de recolección de datos

En la tabla y grafico N° 6 se observa que a las mujeres que les realizo diagnósticos por colposcopia y biopsias dirigidas las lesiones cervicales que se presentó con mayor frecuencia fue LIE de alto grado con con un porcentaje de 74%, seguido LIE de bajo grado con un 24.7% y con un 1.4% de resultado negativo.

GRAFICO N° 6

EDAD DE MUJERES A LAS QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO COLPOSCOPIA Y POR BIOPSIA DIRIGIDA QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015-FEBRERO 2016



Fuente: Tabla N°6

CAPITULO V

DISCUSION

El presente trabajo de investigación está basada en realizar diagnósticos colposcópicos e histológicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales de cuello uterino en citología cervicovaginal que presentan como resultado células anormales y si existe o no correlación en los resultados de ambas pruebas y de esta manera verificar la importancia del control anual de la paciente ginecológica y la detección precoz de lesiones cervicales intraepiteliales por la potencialidad que presentan las mismas a evolucionar a un Cáncer Invasor.

En el análisis de los resultados se concluyeron las siguientes observaciones:

En nuestro estudio la edad de las mujeres se encuentran entre los 17 y 68 años teniendo como mayor porcentaje las edades entre 38 y 48 años con el 40% del total de mujeres., esto coincide con el trabajo realizado por Rom J Morphol Embryol donde las lesiones fueron diagnosticadas en mayor frecuencia en mujeres con edades comprendidas entre 30 y 49 años, esto confirma que la mayor frecuencia de aparición de lesiones cervicales intraepiteliales se da en mujeres adultas.

En la presente investigación se pudo observar que hubo una baja correlación entre la colposcopia y la biopsia dirigida en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales, esto coincide con el estudio realizado por Janett Aráuz Jaramillo en el Hospital Teodoro Maldonado Carvo donde la correlación entre ambos diagnósticos es baja según Landis y Coch, por otro lado fue diferente a lo encontrado por Mónica José Colindre Díaz⁰, quien determinó que existe una

concordancia moderada entre el diagnóstico colposcópico e histológico, según propuesto por los autores.

Dentro de los diagnósticos por colposcopia y biopsia cervical los resultados de lesiones cervicales intraepiteliales se dividieron en: LIE de bajo grado (presencia de PVH y NIC I), LIE de alto grado (NIC II, NIC III, cáncer in situ y cáncer invasivo) y negativo o insatisfactoria

En relación a los diagnósticos por colposcopia y biopsia dirigida en mujeres encontramos que las lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado concordaron en un 30%, esto se asemeja con el estudio realizado por el autor Francisco Ramírez Cabezas donde obtuvo como resultado LIE de alto grado en un 43%. Por otro lado Patricia Morales Ramírez del Hospital Luis Vernaza encontró un mayor porcentaje de coincidencia en las LIE de alto grado con el 56%.

Francisco Ramírez Cabezas encontró la correlación existe en un 27.8% entre ambas pruebas diagnósticas para lesiones intraepiteliales de bajo grado, lo cual no coincide con nuestro trabajo ya que se obtuvo un 13.7% es decir la colposcopia tiene un bajo grado de concordancia ante la histología siendo bajo el porcentaje de correlación.

Por otro lado fue diferente a lo encontrado por Patricia Morales quien obtuvo un 65% de correlación entre la colposcopia y la histología

Para aumentar la correlación se necesita obtener más aciertos en los diagnósticos colposcópicos ante los histológicos en el servicio de consultorio de

procedimientos de ginecología para que la colposcopia cumpla como método de diagnóstico y tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

En relación a los resultados que se acaban de presentar se concluye lo siguiente:

- La correlación entre el diagnóstico colposcópico y el histológico en las pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales atendidas en el servicio de procedimientos de Ginecología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el presente estudio fue escaso según Landis y Koch.
- Mediante el diagnóstico colposcópico se reportaron en mayor frecuencia Lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado con un 74%.
- En el diagnóstico histológico de las biopsias las lesiones cervicales intraepiteliales clasificadas con mayor frecuencia fue de resultado Negativo con un 43%.
- El grado de correlación entre el diagnóstico por colposcopia coincidió con el diagnóstico de histología en lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado en un 30%.
- El grado de correlación entre el diagnóstico por colposcopia coincidió con el diagnóstico de histología en lesiones cervicales intraepiteliales de bajo grado en un 14%.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden dar después de la exposición de las conclusiones son:

- Recomendar extender los programas sobre prevención de Cáncer de cérvix para lograr una mayor cobertura en las mujeres, tanto como para el diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de cuello uterino, dado a que es un problema de salud pública.
- Es necesario capacitar y evaluar a los médicos que realizan colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia para aumentar el acierto respecto al diagnóstico colposcópico e histológico, para mejorar la calidad del diagnóstico y así brindar un tratamiento oportuno a las pacientes.
- Analizar las muestras en laboratorios anatomopatológicos especializados y por personal médico experto.
- Disponer de los recursos para realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para las lesiones cervicales uterinas, tales como personal capacitado, locales adecuados, equipos completos y funcionales, materiales de trabajo, laboratorios anatomopatológicos especializados.
- Realizar estudios prospectivos en las instituciones para determinar sensibilidad, especificidad y tipo de lesión específica de bajo y alto grado reportada por el diagnóstico colposcópico y así conocer la concordancia real entre diagnósticos tomando la impresión histológica como diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chimborazo Cambo, Amada Catalina (2014), Lesiones Cervicales Prevalentes Diagnosticadas Por Biopsia Cervical En Mujeres Con Examen Citológico Cervicovaginal Anormal, Que Acudieron A Un Centro Colposcópico En El Cantón Salcedo En El Período Agosto 2011 A Septiembre 2012
2. Organización Mundial de la Salud 2016:
<http://www.who.int/topics/cancer/es/>
3. GLOBOCAN (2012),
<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cericouterino en América Latina y El Caribe 2008 a 2015. [monografía en línea]. Washington, D.C., EUA, 2007; [accesado 08 de marzo de 2008] Disponible en:
www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce140-14-s.pdf
5. Análisis de Situación del Cáncer en el Perú 2013, disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
6. Guía de Práctica Clínica Cáncer de Cuello Uterino 2011,
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1701.pdf>
7. Patricia Morales Ramírez. Ecuador (2013) Correlación Cito-Colpo-Histologica En Pacientes Que Acuden Al Servicio De Colposcopia Del “Hospital Luis Vernaza” Periodo Junio 2012 – Junio 2013.
8. Mónica José Colindres Díaz, Héctor Mesala Escobar Rodríguez, Aletzia Nashildhy Sologaistoa López, Luis Alberto García Catalán (2008) Concordancia Entre El Diagnóstico Colposcópico Y El Diagnóstico Histológico De Pacientes Con Lesiones De Cérvix.
9. Janett Aráuz Jaramillo (2011), Correlación Citológica, Colposcópica E Histopatológica En Pacientes Con Patologías Cervicales. Hospital Regional 2 less Dr. Teodoro Maldonado Carbo 2010-2011
10. Francisco Ramírez Cabezas, Genaro Ramírez Orjuela, José Wong Riera, (2005) Correlación Citocolpohistológica En Lesiones Intraepiteliales De Cuello Uterino

11. L.M. Puig-Tintoré (2001) Colposcopia Digital En La Neoplasia Cervical Intraepitelial. Correlación Histológica Y Utilidad Clínica
12. Graciela Torres Fuentes. 2013, realizo una investigación sobre Influencia Del Virus Papiloma Humano En La Aparición De Cáncer De Cuello Uterino En Mujeres De 35 A 55 Años Del Departamento De Ginecología, Del Hospital Santa Rosa Lima – 2013
13. María Valderrama; Francisco E. Campos; César P. Cárcamo; Patricia J. García realizaron una investigación sobre Factores Asociados A Lesiones Cervicales O Presencia Del Virus Del Papiloma Humano En Dos Poblaciones De Estudiantes De Lima
14. Gómez Fernández, González Paredes (2008). Patología Benigna Y Lesiones Pre Malignas Del Cervix, disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.patologia_benigna_cervix.pdf
15. Berek Jonathan S. director. Ginecología de Novak. 13 ed México, McGraw-Hill Interamericana 20014
16. Asociación Española Contra El Cáncer (2016), disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Cancerdecervix/Paginas/Quees.aspx>
17. Nelly Chavaro Vicuña, Gabriel Arroyo Hernandez, Leon Felipe Alcazar, German Muruchi Gardon, Irma Perez Zuñiga (2009). Cáncer Cervicouterino, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
18. David Cantu de Leon, Instituto Nacional de Cancerologia.ONCOGUIA Cáncer Cervicouterino, Mexico (2011), disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>
19. National Cancer Institute, El Cáncer de Cérvix, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/wyntk-cervixsp.pdf>
20. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization (2002), disponible en: <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>

21. Departamento de salud y Servicios Humanos. Citología Vaginal, disponible en: <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/citologia-vaginal.pdf>
22. Gregorio Ramos-Ortega, Maritza del Consuelo Díaz, José Raymundo Rodríguez, Francisco Guillermo Domínguez. Citología Cervical Satisfactoria, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146q.pdf>
23. Miriam Sanchez Ramos. Factores Que Influyen En La Baja Afluencia Para La Toma De Papanicolaou En Mujeres En Edad Fértil En El Cantón De Escoma En El Segundo Trimestre Gestión 2010, disponible en: <http://tomadepapanicolaou-miriam.blogspot.pe/2011/09/factores-que-influyen-en-la-baja.html>
24. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Manual de Unidad de la Patología Cervical, disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeLaSalud/componentecancer/MANUAL%20DE%20LA%20CLINICA%20DE%20DETECCION%20TEMPRANA%20COLPOSCOPIA.pdf>
25. Arturo Aroch Calderon, Joel Gerardo Diaz, Jose Gerardo Gertuche, Gabriela Ohara. Nueva Técnica Colposcópica para la prevención de Cáncer Cervicouterino, disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-2/RFM48202.pdf>
26. Milagros Chian Merida. Tu Ginecóloga (2016), disponible en: <http://tuginecologa.pe/ginecologia/la-colposcopia-es-la-esperanza-de-la-deteccion-temprana-del-cancer-del-cuello-uterino-en-el-peru>
27. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia intraepitelial cervical (2003), disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>
28. Jose Vicente Erazo. Patología Cervical (2007) disponible en: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/ManualPatologiaCervical%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/ManualPatologiaCervical%20(1).pdf)
29. Prof. Dr. Wolfgang Kühn. La colposcopia en el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino (2012), disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi126b.pdf>
30. Equipo Médico de Ginecología y Obstetricia (2012), disponible en: <http://www.egom.es/egom/2012/05/04/colposcopia/>

31. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino (2010), disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Cancer%20Cuello%20Uterino.pdf>
32. Sumary. Infeccion del Papiloma Virus Humano, disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermocometicasuplemento/15.pdf>
33. Margarita María Jaled1 , Hugo César Moreno. Educacion Medica Continua. Virus del Papiloma Humano Parte II Clinica y terapeutica, disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/561-2537-1-PB.pdf>
34. José G. Sanabria Negrín. Articulo de revisión, Virus del Papiloma Humano, disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/virusdelpapilomahumanos/anabria.pdf>
35. EcuRed. Neoplasia Cervical Intraepitelial, disponible en: http://www.ecured.cu/Neoplasia_cervical_intraepitelial.
36. Geo Salud. Neoplasia Intraepitelial Cervical, disponible en: <http://www.geosalud.com/VPH/neoplasia-intraepitelial-cervical.html>
37. Instituto Nacional de Cancer (INC). 2016 . Cancer de Cuello Uterino, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
38. Herrera de la Muela , Álvarez de la Rosa M, de Santiago. Cancer Invasor de Cuello Uterino, disponible en: http://www3.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/31-Cancer_invasor_del_cuello_uterino.pdf

ANEXOS**ANEXO 1****1.1 INSTRUMENTO****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****CORRELACION COLPOSCÓPICA E HISTOPATOLOGICA EN PACIENTES
CON LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES EN EL HOSPITAL
NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE FEBRERO 2015 – FEBRERO 2016**

OBJETIVO: La presente ficha de recolección de datos ha sido elaborado con el propósito de acopiar los resultados de los métodos diagnósticos histológicos y colposcópicos desde las historias clínicas de las pacientes que presentaron lesiones cervicales intraepiteliales y que se atendieron en el consultorio de procedimientos del servicio de ginecología del hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo durante el periodo de los febrero 2015 a febrero 2016.

Nº

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres: _____

2. Edad: ----- en años.

I. RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO HISTOTOLÓGICO DE CERVIX**BAJO GRADO:**

- Presencia de PVH ()
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) ()

ALTO GRADO:

- NIC II ()
- NIC III ()
- Carcinoma in situ ()
- Cáncer invasivo ()

II. RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO**BAJO GRADO:**

- Presencia de PVH ()
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) ()

ALTO GRADO:

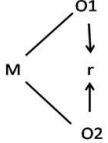
- NIC II ()
- NIC III ()
- Carcinoma in situ ()
- Cáncer invasivo ()

ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CORRELACION COLPOSCÓPICA E HISTOLOGICA EN PACIENTES CON LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, FEBRERO 2015 – FEBRERO 2016

Autor: Dr. Walter PAUCAR CONDORI

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION Y MUESTRA
<p>General ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos histológicos de las biopsias cervicales y los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?</p> <p>Específicos • ¿Cuáles son los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?</p>	<p>General Establecer el grado de correlación existente entre los diagnósticos histológicos de biopsia cervical y los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016</p> <p>Específicos • Establecer los diagnósticos colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.</p>	<p>H. General: Existe grado de correlación significativa entre los diagnósticos histológicos y colposcópicos en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.</p> <p>H. Específica: • Existe correlación del diagnóstico colposcópico e histológico en lesiones intraepiteliales de bajo grado, en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Ramiro Prialé</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Independiente</p> <p>Diagnóstico histológico de las biopsias cervicales</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Diagnóstico colposcópico de</p>	<p>Tipo de Investigación Observacional, retrospectiva</p> <p>Nivel de Investigación Correlacional</p> <p>Diseño y esquema de la Investigación Diseño observacional y nivel relacional de concordancia, corresponde al siguiente esquema:</p>	<p>Población: 73 Pacientes con lesiones intraepiteliales, evaluadas en el consultorio de procedimientos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante el periodo de febrero 2015 a febrero 2016, a quienes además se les realizó estudio colposcópico y biopsia dirigida de cuello uterino, con</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los diagnósticos histológicos de las biopsias en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016?. • ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de bajo grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016? • ¿Cuál es el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016? 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los diagnósticos histológicos de las biopsias en pacientes con lesiones cervicales intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016. • Establecer el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de bajo grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016. • Establecer el grado de correlación entre los diagnósticos colposcópicos e histológicos en lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016? 	<p>Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe correlación del diagnóstico colposcópico e histológico en lesiones intraepiteliales de alto grado, en pacientes con lesiones cervicales en el Hospital Ramiro Prialé Prialé durante los meses de Febrero 2015 a Febrero 2016. 	<p>las colposcopías cervicales.</p>	 <p>Donde: M: Muestra O1: Variable independiente O2: Variable dependiente r: relación entre ambas variables</p>	<p>sus diagnósticos respectivos.</p>
---	---	--	-------------------------------------	--	--------------------------------------