



**Universidad De Oriente
Escuela De Ciencias De La Salud
“Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”
Departamento De Cirugía**

**LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO.
DEPARTAMENTO DE TERAPÉUTICA ONCOLÓGICA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ (H.U.R.P.)**

Asesor:

Dr. Edwin Velásquez

Trabajo De Grado Realizado Por:

Br. Berdayes Velásquez, Manuel
C.I. 17884089

Br. Valléz Bermúdez, María José
C.I. 16757128

**Como Requisito Parcial Para Obtener El Título De Médico
Cirujano**

Ciudad Bolívar, Julio Del 2010.



ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
METODOLOGIA	12
Diseño de estudio:	12
Universo:	12
Muestra:	12
Criterios de inclusión:	13
Criterios de exclusión:	13
Obtención de muestra:	13
Interpretación de los resultados:	14
Análisis estadístico:	14
RESULTADOS	15
Tabla 1	17
Tabla 2	18
Tabla 3	19
Tabla 4	20
Tabla 5	21
Tabla 6	22
Tabla 7	23



Tabla 8.....	24
Tabla 9.....	25
Tabla 10.....	26
Tabla 11.....	27
Tabla 12.....	28
Tabla 13.....	29
DISCUSION	30
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXO	43



AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderosos porque sin su ayuda no habiésemos alcanzado esta meta.

Al Dr. Edwin Velásquez, por su apoyo y guía durante la elaboración de esta investigación.

Al Hospital Universitario Ruiz y Páez, en especial al personal administrativo y de enfermería de la unidad de terapéutica oncológica.

A la licenciada Esther Gutiérrez, por su apoyo en la recolección de datos

Al licenciado Iván Amaya por su colaboración en la elaboración del análisis estadístico

A la Universidad de Oriente por abrirnos sus puertas para formarnos como médicos.

Dr. Manuel Berdayes V. y Dr. María J. Valléz B.



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen santísima, por guiar siempre mi camino.

A mis padres, Miriam Bermúdez y José Ramón Valléz por ser el pilar en mi vida, por el apoyo, confianza, por acompañarme y vivir junto a mí, las altas y bajas durante este largo camino, gracias, los amo.

A Mirian María, por todo su apoyo, te quiero muchísimo hermana.

A mi hija Mariel Gabriela, eres la luz que ilumina mi vida, mi razón de existir, mi impulso para seguir adelante, te amo mi princesa.

A mi esposo, Pedro Luna, gracias por todo tu amor, comprensión, apoyo y paciencia, gracias por ser parte de mi vida, te amo.

A toda mi familia por todo su apoyo y amor.

A mi compañero de tesis Manuel Berdayes, gracias por vivir esta experiencia junto a mí, por tu amistad, apoyo y confianza.

A todos mis amigos, quienes vivimos juntos este largo camino compartiendo momentos de alegría y tristeza, apoyándonos siempre.

Br: María J. Valléz B.



DEDICATORIA

Ante todo a Dios por iluminar nuestros pasos aun en los momentos más oscuros.

A mi madre Tibisay Velásquez, por darme la vida y por siempre estar atenta a mí aun con las distancias.

A mi padre Manuel Berdayes, modelo a seguir, por su apoyo incondicional y económico durante todos mis estudios.

A mis tías, María y Salome, quienes siempre me cuidaron, apoyaron y me tendieron una mano durante mis estudios en esta ciudad.

A mis hermanos Jorge y Roger, por ayudarme a seguir adelante en mi carrera, por siempre apoyarme.

A mi compañera de tesis, María José, ejemplo de incansable labor como estudiante y madre.

A mis familiares y amigos ¡Gracias! Sin ustedes esto no hubiera sido posible

Br. Manuel Berdayes V.



RESUMEN

LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO. DEPARTAMENTO DE TERAPÉUTICA ONCOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ (H.U.R.P.)

Br. María José Valléz Bermúdez

Br. Manuel Berdayes Velásquez

El carcinoma de cuello uterino es una entidad de alta incidencia en países subdesarrollados. Por ello, el tratamiento de las lesiones precancerosas es importante en la reducción de la morbimortalidad por esta patología. El objetivo fue determinar la prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del H.U.R.P. Durante el período enero 2007- enero 2009 y su evolución hasta julio 2009. Del total de 182 pacientes (se excluyeron 80) Se evaluaron 102 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 72 años de edad, de las cuales el mayor grupo etario se situó entre los 29 y 39 años. A su vez, del total de pacientes evaluadas al examen citológico inicial prevalecen las lesiones de bajo grado con un 53,92%. Adicionalmente, se registraron otros datos relacionados a la características biopsicosociales de las pacientes, encontrando que el 64,70% de las pacientes negaron poseer hábitos psicobiológicos. Así mismo, el 52,94% se encuentran residenciadas en la localidad de ciudad bolívar y un importante 84,31% negó el uso de ACO o TH. Sucesivamente se observaron con un mínimo de 2 controles citológicos a dichas pacientes reportando que solo 2 paciente presentaron en sus controles citológicos una involución de las lesiones de alto grado, 38,23% permanecieron inalteradas y el restante progresaron a lesiones mas graves. A su vez, en las lesiones de bajo grado, el 8,82% presento citología control normal, un 29,41% no presentaron cambios significativos y solo un 15,68% progreso a LIE alto grado; Por ello, el screening citológico como medida de diagnostico y control es importante en las primeras etapas de la patología, reservando el tratamiento quirúrgico para etapas más avanzadas.

Palabras claves: *L.I.E., N.I.C.,* Cáncer, cuello uterino, evolución, tratamiento.



INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cuello uterino es considerado hoy en día como una de las principales patologías que afectan a la población femenina a nivel mundial, siendo una entidad de alta incidencia en países subdesarrollados. De aquí, que el estudio, diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas es y ha sido de vital importancia en la medicina oncológica como medio efectivo en la reducción de la morbimortalidad por esta patología.¹

Al revisar la historia de la medicina se señala que Cullen en el 1900 describió éstas alteraciones en detalle; Notando que recordaban las alteraciones citológicas que se encuentran en las adyacencias del cáncer invasor. Sin embargo, recién en la década de 1950, Pemberton y Smith describieron la relación temporal entre los precursores del cáncer cervical y el cáncer cervical; ya que cuando se seguían prospectivamente a las pacientes con células atípicas confinadas al epitelio cervical, un número significativo de ellas desarrollaba cáncer invasor².

El concepto de que existía un precursor canceroso para el epitelio escamoso del cuello fue aceptado con lentitud. Eventualmente, quedó también establecido, que no se realizó ningún estudio, diseñado de modo apropiado, que ubicara a los pacientes con precursores del cáncer cervical confirmados en grupos de tratamiento o sin tratamiento².

Es por ello que Papanicolaou y Traut describieron el uso de la citología exfoliativa para detectar las alteraciones del epitelio del tracto genital femenino. En este momento se hizo evidente que muchas de las alteraciones citológicas vistas a nivel histológico estaban reflejadas en las células exfoliadas que se suponían eran precursores del cáncer cervical².



Originalmente se utilizó el término displasia. Este se refería a un espectro de cambios en la superficie epitelial que oscilaban desde anomalías menores en el epitelio escamoso metaplásico hasta casi la completa sustitución de la capa epitelial de una muestra determinada o de segmentos del cérvix por células neoplásicas inmaduras³.

El término displasia leve describe la enfermedad en la que las células indiferenciadas (células atípicas con núcleos hipercromático y con un aumento de la relación núcleo- citoplasmática que demuestra un índice mitótico aumentado) ocupan aproximadamente el tercio inferior del epitelio. La displasia moderada describe el hallazgo en el que estas células reemplazan dos tercios del espesor del epitelio normal y la displasia grave describe la enfermedad en la cual todas las capas celulares del epitelio cervical excepto una o dos de las más superficiales están reemplazadas por células indiferenciadas. Cuando la superficie completa del epitelio esta reemplazada por estas células, se hace el diagnóstico de carcinoma in situ. Todos los grados de displasia son preinvasores, es decir, la membrana basal (unión epitelio-estromal) permanece intacta. En los años 70, se introdujo el término neoplasia intraepitelial cervical. Los estudios demostraron que la historia natural de la displasia leve y moderada eran significativamente diferentes de la historia de la displasia grave y el carcinoma in situ. De acuerdo con esto, se reemplazaron los términos de displasia y carcinoma in situ por el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grados I-III, siendo el grado I equivalente a la displasia leve, el grado II a la displasia moderada y el grado III que incluye las dos categorías: displasia grave y carcinoma in situ^{3,4}.

Recientemente se han producido modificaciones adicionales en la terminología utilizada basados en un mejor conocimiento del papel que representa el virus del papiloma humano (VPH) en el desarrollo de las lesiones preinvasoras de cérvix, así como el cáncer invasor. Este sistema introdujo los términos lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE-BG) y lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE-



AG). El primer término tiene aproximadamente el mismo significado que la displasia leve y el NIC-I, mientras que el último incluye tanto la displasia moderada (NIC-II) como la displasia grave (NIC III)/carcinoma in situ⁵.

El sistema de clasificación más reciente ha generado cierta controversia. Mientras que sus partidarios sostienen que simplifica la clasificación y el tratamiento de las lesiones precursoras, sus críticos mantienen que la historia natural de la displasia moderada (NIC-II) y la displasia grave (NIC-III) no es la misma, y que el diagnóstico de LIE-AG provocará una manipulación quirúrgica innecesaria del cérvix³.

Según Mac Gregor y sus colaboradores en Escocia (1994) y Ciatto y otros (1994) en Italia han indicado que, durante las últimas décadas, la prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE-AG) ha aumentado en los países subdesarrollados. En la actualidad, la incidencia de LIE-AG ha alcanzado proporciones significativas. Dado que la mayoría de estos casos afectan a mujeres en edad reproductiva, muchas de las cuales todavía no han completado sus familias, el problema provoca un considerable impacto social⁴.

La incidencia anual estimada de NIC I, NIC II y III en los Estados Unidos de América fue de 1.2 a 1.5 por cada 1000 mujeres respectivamente. Las lesiones de alto grado fueron diagnosticadas típicamente en mujeres entre los 25 y los 35 años, mientras que el cáncer invasor fue diagnosticado después de los 40 años, usualmente ocho a trece años después del diagnóstico de las lesiones de alto grado⁶.

Para el 2006, en Venezuela, fueron determinadas como segunda causa de muerte a nivel nacional las lesiones cancerosas y entre las tres primeras causas se encuentran las asociadas a tumores malignos de los órganos genitales femeninos representando un 1,77% de todas las muertes⁷.



En el estado Bolívar, de un total de 2270 muertes registradas en féminas para el 2006, se encontró que aproximadamente más de 100 de las mismas fueron asociadas al cáncer de cuello uterino, demostrando con esto la importancia que posee el diagnóstico temprano de estas lesiones⁷.

Entre los principales factores de riesgo encontramos: la vida sexual promiscua, los múltiples compañeros sexuales, el tabaco, el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, las secreciones vaginales patológicas a repetición y la automedicación, motivo por el cual esta enfermedad año a año cobra más víctimas mortales⁸.

Hoy en día es claro que los subtipos de alto riesgo del virus papiloma son los responsables de las lesiones precancerosas y del cáncer cérvico-uterino. Esto constituye una situación única en oncología; ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus. Es más, en comparación con otros factores de riesgo bien conocidos para cáncer en el hombre, el riesgo asociado al virus papiloma es mucho más alto. El riesgo relativo es alrededor de 10 para fumar y cáncer de pulmón, 50 para el cáncer de hígado y virus hepatitis, y entre 300-400 para cáncer de cuello y VPH⁹.

La lista actual de serotipos de VPH que guardan relación con cáncer cérvico-uterino incluye 15 de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82; 3 de posible alto riesgo: 26, 53 y 66, y 12 de bajo riesgo: 6, 11, etc. Los subtipos 16 y 18 han sido identificados como los más prevalentes en el cáncer cérvico-uterino, alcanzando esta relación hasta un 66%. El ADN viral se identifica en el 99,7% de los casos de cánceres invasores. Los casos restantes se han interpretado como falsos negativos de las pruebas empleadas (7, 8, 12,18)⁹.

Han transcurrido treinta años después del descubrimiento de que el virus del papiloma humano (VPH) puede provocar cáncer de cuello uterino, 15 años después



del inicio del desarrollo de la vacuna y 2 años después de la aprobación de La vacuna tetravalente HPV-6/11/16/18 Gardasil®; mostrando resultados beneficiosos para la salud de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH¹⁰.

Alemania, Francia y Bélgica fueron algunos de los primeros países que introdujeron la vacunación frente al VPH. Sólo en estos países se habían vacunado aproximadamente 1,32 millones de personas, de las cuales 800.000 fueron niñas y 195.000 mujeres jóvenes, antes del verano de 2008. Sin contar a las niñas y mujeres jóvenes que se hayan vacunado con posterioridad y que se vacunen en el futuro, sólo con lo logrado hasta ahora podrían evitarse hasta 4400 muertes por cáncer de cuello uterino en el futuro y 18000 nuevos casos según los resultados de los modelos. Esto incluye hasta 169800 lesiones de cuello de útero evitadas y hasta 190400 casos de verrugas genitales evitados en dicha población¹⁰.

Aunque Gardasil® actúa contra los tipos de VPH que producen aproximadamente el 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino en Europa; no puede evitarlos todos. Por eso, las mujeres deben saber que es necesario que sigan sometiéndose a pruebas de detección precoz (cribado). Tampoco el cribado previene la enfermedad, pero detectan las lesiones preinvasivas en etapas tempranas¹⁰.

La neoplasia intraepitelial cervical se trata de una patología asintomática, por lo que se debe pesquisar a mujeres portadoras que son supuestamente sanas. Para ello se utiliza el screening de citología exfoliativa⁴.

El principio de la técnica de Papanicolaou (PAP) consiste en la obtención mediante el uso de una espátula, de las células que normalmente se exfolian hacia la superficie de las mucosas. El PAP es considerado un buen método de screening debido a que presenta una sensibilidad suficiente (60 a 85 %) para detectar la enfermedad en etapa temprana. Los falsos negativos están dados por error en la toma



de muestra, duchas vaginales e inflamación local; además, presenta elevada especificidad (99%), con falsos positivos dados por tratamientos previos con radioterapia, quimioterapia y cervicitis crónica. Este método es fácil de realizar, es de bajo costo, además de que provoca mínimas molestias en las pacientes¹¹.

Se recomienda que todas las mujeres con actividad sexual actual o pasada, o que han llegado a los 18 años de edad, deban ser objetos de un frotis anual de PAP y de una exploración ginecológica. Después de 3 o más estudios anuales satisfactorios, se puede realizar el PAP con menos frecuencia, quedando ésto a criterio del médico tratante¹¹.

En un intento por establecer un consenso acerca de la terminología en la citología cervical, el National Cancer Institute estableció una nueva nomenclatura que se designó con el nombre de Sistema de Bethesda, y que se compara con la de la OMS y con la clasificación original de PAP¹².

En el Sistema de Bethesda se recomienda que los informes de laboratorio señalen cada uno de los siguientes elementos: valoración de lo adecuado de la muestra (satisfactorio o insatisfactorio); categorización general del diagnóstico (normal o alterado); diagnóstico descriptivo (precisar si hay signos de infección, cambios inflamatorios, anormalidades en las células epiteliales)¹².

La colposcopia es un método que permite la visualización directa del cuello y de la zona de transición, a través de un microscopio binocular que amplía la imagen. Ésta presenta menor sensibilidad y especificidad que el PAP, y al ser un examen costoso y que requiere experiencia y tiempo, no se recomienda para los estudios de detección. Su mayor utilidad radica en la obtención de biopsia dirigida y delimitar la magnitud del daño del cuello uterino en pacientes seleccionadas por PAP alterado. Las observaciones realizadas por colposcopia se informan como normales



(lesiones benignas), sospechosa (hiperqueratosis, mosaico), positiva (lesión invasiva), no apta (postmenopausia) o no satisfactoria (fibrosis, mala visualización)¹³.

Entre las tinciones utilizadas en la colposcopia, el lugol (Schiller) que tiene afinidad por el glicógeno (lugol), tiñe el epitelio exocervical porque sus células son ricas en glucógeno, a diferencia del endocervix que no se tiñe. Las células neoplásicas disminuyen su contenido de glicógeno y no se tiñen. La toluidina que tiñe núcleos, tiñendo más en zonas de alta replicación como las neoplasias y el ácido acético, el cual altera las proteínas, las cuales se coagulan pudiéndose observar el epitelio displásico opaco con patrón vascular en punteado o mosaico sugiriendo la existencia de displasia; mientras que el normal permanece sin modificaciones y translúcido, sin enmascarar el tejido conjuntivo, esto se fundamenta en el hecho de que el epitelio escamoso normal posee escaso contenido de proteínas en la membrana celular o en los núcleos que son pequeños, y gran contenido de glucógeno en citoplasma mientras que en las células displásicas dicho citoplasma no contiene glucógeno y las proteínas son abundantes, así como en la membrana celular y núcleo¹³.

Otro método diagnóstico utilizado es la biopsia que se realiza toda vez que exista anormalidad citológica pretendiendo de esta manera obtener un diagnóstico exacto. Para realizar ésta se debe tomar muestra del exocervix y del endocervix¹⁴.

La conización es una biopsia que se realiza en forma de cono, con base distal y vértice hacia el canal endocervical. Incluye exocervix, zona de transición y una porción del endocervix. Se utiliza como biopsia diagnóstica, pues sirve para establecer el grado y la extensión de la lesión. A su vez, puede emplearse como biopsia terapéutica, ya que permite determinar si se ha extirpado completamente la lesión, no requiriéndose otro tratamiento. Para la realización de éste, pueden utilizarse dos técnicas: el Asa de Leep (Loop electrosurgical Escisión Procedure) y el Cono quirúrgico. El primero consiste en equipos electroquirúrgicos que mezclan corte y



coagulación, facilitando la hemostasia en la zona quirúrgica. Puede ser utilizado en la consulta ambulatoria y con anestesia local; mientras que en el segundo se lleva a cabo bajo anestesia general una incisión de la mucosa del ectocervix que incluya con absoluta seguridad todas las áreas anómalas; la profundidad de la incisión a medida que se aproxima al canal endocervical debe determinarse mediante la longitud de dicho canal y la profundidad de la afectación sospechada¹⁴.

En la última década, el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) ha sido dirigido hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios. Esto se ha debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia; un mayor conocimiento de la historia natural de la NIC; y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo, como la criocirugía y el procedimiento de Excisión electroquirúrgica con electrodos cerrados (LEEP)¹⁵.

Sin embargo, tal análisis es difícil de implementar y mantener debido a muchos factores incluyendo la limitación de recursos. Incluso el uso de Métodos alternativos, como las pruebas de ADN para el virus del papiloma humano (VPH), aunque son menos dependientes de la infraestructura de laboratorio existente, su costo por paciente es incluso mayor que el necesario para los estudios antes mencionados¹.

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (VPH), el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al carcinoma *in situ* (CIS), puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente, sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de éstas debe estar garantizado¹⁵.



La valoración individual de cada paciente, en las que se toman en cuenta la edad, paridad, deseos o no de más descendencia, tipo y localización de la lesión, entre otros, son factores determinantes. El tratamiento ideal de la NIC, sería aquel método que sea de muy fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo¹⁵.

Este estudio se orienta a determinar la prevalencia y evolución de las lesiones preinvasivas del cuello uterino como alternativa que permita tomar una conducta y manejo conservador para el seguimiento de las displasias leves, puesto que en la mayoría de los casos estas no avanzan o se normalizan espontáneamente; y en los casos de displasia grave, pueden tratarse con crioterapia si son bien controladas, evitando así la utilización de métodos invasivos para su tratamiento y otorgando un aporte en la formación de los programas de detección temprana de dichas lesiones.



JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, se ha observado en países subdesarrollados como África, Asia, Centro y Suramérica, una relación estrecha entre la elevada incidencia de cáncer cervical y la ausencia de programas para la detección temprana y tratamiento del mismo. Por ello, surge la necesidad de edificar planes de estudio así como llevar a cabo la capacitación del personal en la pesquisa de esta enfermedad para disminuir así las cifras de morbilidad¹³.

Al llevar a cabo un estudio de la evolución de las lesiones precancerosas de cuello uterino en la población asistente al Departamento de Terapéutica Oncológica del H.U.R.P. y conociendo la historia natural de las lesiones intraepiteliales, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (VPH); se busca aportar datos importantes para la conducta y manejo conservador como elección puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente. Incluso pacientes con NIC III pueden tratarse con radiofrecuencia si son bien controladas. Esto contribuye con el desarrollo de programas de detección temprana de dichas lesiones y disminuir las tasas de morbilidad por cáncer cervical.



OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino presentes en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez durante el período enero 2007- enero 2009 y su evolución hasta julio 2009.

Objetivos Específicos

1. Identificar el tipo de lesión preinvasiva presente en el cuello uterino de las pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez.
2. Describir las características epidemiológicas de las pacientes con lesiones preinvasivas de cuello uterino (edad, procedencia, ocupación, hábitos sexuales)
3. Determinar los factores de riesgos presentes en los hábitos bio-psico-sociales de las pacientes con lesiones preinvasivas de cuello uterino (promiscuidad, hábitos tabáquicos y alcohólicos, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, uso de métodos anticonceptivos)
4. Analizar la evolución durante un determinado período de tiempo de las lesiones preinvasivas de cuello uterino existentes en las pacientes.
5. Relacionar el tratamiento recibido con la evolución de las lesiones de cuello uterino presentes en las pacientes.



METODOLOGIA

Diseño de estudio:

Se trata de una investigación de campo, de tipo descriptivo, longitudinal que evaluará la prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez durante el período enero 2007 – enero 2009 así como la evolución de dichas pacientes hasta julio del 2009. Dichos datos serán recolectados mediante el uso de una ficha tabulada para tal fin (anexo).

Universo:

Todos los pacientes que acudan a la consulta externa del Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez para la realización de citología.

Muestra:

Todas aquellas pacientes con presencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino que acudieron a la consulta externa del Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez durante el período enero 2007-enero 2009.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes de cualquier edad de sexo femenino que presenten al menos una citología patológica para lesiones preinvasivas de cuello uterino, y a la cual se le realizara al menos un control citológico.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten a la citología inicial cáncer invasor de cuello uterino, citologías con infiltrados inflamatorios sin lesión VPH asociada o que presenten sólo una citología realizada.

Obtención de muestra:

Basados en la epidemiología y factores de riesgo asociados a las lesiones preinvasivas de cuello uterino, se elaboró un instrumento tipo formulario para la recolección de los datos estadísticos de las pacientes, los cuales fueron complementados mediante la revisión de las historias clínicas asociadas previo permiso tanto de las pacientes como del departamento de Registro y Estadística de Salud del Hospital Universitario Ruíz Y Páez

A su vez, el estudio citológico, realizado por el personal médico adjunto al servicio de terapéutica oncológica, fue procesado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Ruíz Y Páez. Posteriormente, dichos resultados fueron anexados al formulario de cada paciente y se realizo el mapa del screening citológico individual.



Finalmente se agruparon los datos de las pacientes mediante el uso de una ficha tabulada (anexo 1) para su reporte estadístico.

Interpretación de los resultados:

La información de las pacientes que acudieron a la consulta del Departamento De Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez durante el período enero 2007- enero 2009 en cuyos datos reportan la presencia de lesiones preinvasivas en cuello uterino se determinó su evolución hasta julio del 2009 mediante el uso de citología exfoliativa “a posteriori”.

Análisis estadístico:

Mediante el uso de la estadística descriptiva, se agruparon los datos obtenidos en tablas y se analizarán usando frecuencia relativa y datos de asociación, aplicando para ello medidas de variabilidad como la desviación estándar y medidas de correlación como chi cuadrado.



RESULTADOS

En este estudio se evaluaron un total de 102 pacientes encontrándose mayor prevalencia entre 29-39 años con 31,37 % (n=32) y en segundo lugar 40-50 años con 29,41% respectivamente (Tabla 1). Según el estudio citológico inicial de las 102 pacientes; 38, 23% (n=39) presentan VPH, 15,68% (n=16) NIC I, 6,86% (n=7) NIC II, 38,23% (n=39) NIC III y 1% (n=1) CA in situ de cuello uterino (Tabla 2).

Tomando en cuenta la edad según lesión preinvasiva encontramos que la LIE de bajo grado es más frecuente en los grupos etarios entre los 18-28 años y 29-39 años con 14, 70% cada uno, mientras que las LIE de alto grado el grupo etario más afectado es entre los 29-39 años 16,67%. Se le aplica una medida de correlación tipo chi cuadrado en la cual la probabilidad de error no fue significativa ($P>0,05$) (Tabla 3). En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, 82,4% no precisa datos sobre el número de parejas que ha tenido, seguidamente 7,84% (n=8) reportan haber tenido 2 parejas (Tabla 6); 43,14% (n=44) refieren menarquía entre los 12-13 años (Tabla 4); 70,59% (n=72) no precisa datos sobre edad de primera relación sexual, 9,8% (n=10) reportan primera relación sexual a los 18 años (Tabla 5).

Entre los antecedentes psicobiológicos el mayor porcentaje niega algún hábito, en segundo lugar el más prevalente es el caféico, en orden decreciente alcohólico y por último el tabáquico (Tabla 7).

En cuanto al uso de Anticonceptivos orales, el mayor porcentaje niega su uso, seguido por aquellas que utilizan anticonceptivos orales y en tercer lugar no hay pacientes que estén usando terapia de reemplazo hormonal (Tabla 8).



En la tabla de pacientes según procedencia encontramos que 52,94% (n=54) habitan en la localidad; 47,06% (n=48) son de procedencia lejana (Tabla 9). En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje no precisa ocupación, en segundo lugar oficios del hogar y en menor número otras profesiones (Tabla 10).

Al evaluar las pacientes según la evolución de las lesiones preinvasivas podemos observar del total de 102 pacientes el 53,92% de las pacientes que presentaron inicialmente LIE de bajo grado un 8,82% presentó citologías dentro de los límites normales en al menos un control citológico posterior; 27,45% no mostraron cambios y el restante 17,64 % progresaron a lesiones más avanzadas; el restante 47,08% que presentaron inicialmente LIE de alto grado sólo 2 pacientes al screening citológico reportaron en sus controles sucesivos lesiones en menor estadio y de estas 2 pacientes sólo 1 involuciono a un LIE de bajo grado. El 38,23% no presentó cambios y el 4,9% progresó en malignidad. Adicionalmente se le aplica una medida de correlación tipo chi cuadrado en la cual la probabilidad de error no fue significativa ($P>0,05$) (Tabla 11).

El 53,92% (n=55) recibió un manejo conservador mediante el uso del screening citológico, mientras que el 46,08% (n=47) recibió algún tipo de tratamiento médico - quirúrgico (Tabla 12).

Tomando en cuenta el tipo de tratamiento recibido el 42,55% (n=20) fue sometida a cono en frío; 23,40% (n=11) tratamiento focal con asa diatermica y 17,02% (n=8) recibió tratamiento mediante cono con asa diatérmica, un menor número de pacientes recibió crioterapia, terapia hormonal o se le realizó histerectomía (Tabla 13).

**Tabla 1.**

**Pacientes evaluadas según edad. Unidad de terapéutica oncológica.
Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007 – 2009.**

EDAD (Años)	N°	%
18-28	20	19,61
29-39	32	31,37
40-50	28	27,45
51-61	20	19,61
62-72	2	1,96
TOTAL	102	100



Tabla 2.

Pacientes evaluadas según tipo de lesión preinvasiva encontrada. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007 – 2009.

TIPO DE LESIÓN PREINVASIVA		N°	%
L.I.E. Bajo grado	VPH	39	38,23
	N.I.C. I	16	15,68
L.I.E. Alto grado	N.I.C. II	7	6,86
	N.I.C. III	39	38,23
	CA in situ	1	1
TOTAL		102	100



Tabla 3.

Pacientes evaluadas por edad según lesión preinvasiva. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

TIPO DE LESIÓN	L.I.E. Bajo grado		L.I.E. Alto grado		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
18-28	15	14,70	5	4,91	20	19,61
29-39	15	14,70	17	16,67	32	31,37
40-50	13	12,75	15	14,70	28	27,45
51-61	12	11,77	8	7,84	20	19,61
62-72	0	0	2	1,96	2	1,96
TOTAL	55	53,92	47	46,08	102	100

$\chi^2 = 2,863$; gl=4; p=0,3425



Tabla 4.

**Pacientes evaluadas según menarquia. Unidad de terapéutica oncológica.
Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.**

MENARQUIA (EDAD)	N°	%
10 - 11	14	13,72
12 – 13	44	43,14
14 – 15	12	11,76
≥16	2	1,96
N/P	30	29,41
TOTAL	102	100



Tabla 5.

Pacientes evaluadas según el inicio de la primera relación sexual. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

PRIMERA RELACION SEXUAL (EDAD DE INICIO)	N°	%
13 – 14	4	3,92
15 – 16	8	7,84
17 – 18	8	7,84
≥19	10	9,80
N/P	72	70,59
TOTAL	102	100



Tabla 6.

Pacientes evaluadas según el número de parejas sexuales. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	N°	%
Una	5	4,90
Dos	8	7,84
Tres	5	4,90
N/P	84	82,4
TOTAL	102	100



Tabla 7.

Pacientes evaluadas según hábitos psicobiológicos . Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

HABITOS	N°	%
PSICOBIOLOGICOS		
CAFÉ	6	5,88
TABACO	12	11,76
ALCOHOL	18	17,65
NIEGA HABITOS	66	64,70
TOTAL	102	100

**Tabla 8.**

**Pacientes evaluadas según uso de anticonceptivos orales y/o Terapia hormonal.
Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.**

USO DE ACO y/o TH	N°	%
ACO	16	15,69
Terapia hormonal	0	0
Niega uso de ACO y/o terapia hormonal	86	84,31
TOTAL	102	100

**Tabla 9.**

**Pacientes evaluadas según procedencia. Unidad de terapéutica oncológica.
Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.**

PROCEDENCIA	N°	%
Localidad	54	52,94
Fuera de la localidad	48	47,06
TOTAL	102	100



Tabla 10.

Pacientes evaluadas según ocupación. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

OCUPACIÓN	N°	%
Ama de casa	42	41,18
Aseadora	4	3,92
Manicurista	2	1,96
Bombero	2	1,96
Camarera	2	1,96
Enfermera	2	1,96
No precisa	48	47,06
TOTAL	102	100



Tabla 11.

Pacientes evaluadas según la evolución de las lesiones. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

Lesión final	Lesión inicial	NORMAL		L.I.E. BAJO GRADO		L.I.E. ALTO GRADO				C.C.U.I.S.		TOTAL			
				V.P.H		N.I.C. I		N.I.C. II		N.I.C. III					
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
L I E B G	V.P.H	9	8,82	19	18,63	2	1,96	0	0	5	4,90	3	2,94	38	37,26
	NIC I	0	0	0	0	9	8,82	1	0,98	6	5,88	1	0,98	17	16,67
L I E A G	NICII	0	0	0	0	1	0,98	3	2,94	2	1,96	1	0,98	7	6,86
	NICIII	0	0	0	0	0	0	1	0,98	36	35,29	2	1,96	39	38,23
	C.C.U.I.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,98	1	0,98
	TOTAL	9	8,82	19	18,63	12	11,77	5	4,90	49	48,04	8	7,84	102	100

$$\chi^2 = 3,862; \text{gl}=4; \text{p}= 0,864$$



Tabla 12.

Pacientes evaluadas según tratamiento recibido. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

TRATAMIENTO RECIBIDO	N°	%
Médico/quirúrgico	47	46,08
Conservador (screening citológico)	55	53,92
TOTAL	102	100



Tabla 13.

Pacientes evaluadas según tipo tratamiento recibido. Unidad de terapéutica oncológica. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. 2007–2009.

TRATAMIENTO	N°	%
Tratamiento focal con Asa diatérmica	11	23,40
Tratamiento Hormonal	1	2,13
Crioterapia	2	4,26
Cono asa diatérmica	8	17,02
Cono en frío	20	42,55
Histerectomía	5	10,64
TOTAL	47	100



DISCUSION

El siguiente estudio se hizo con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino presentes en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del Hospital Universitario Ruíz y Páez durante el período enero 2007- enero 2009 y su evolución hasta julio 2009.

El grupo etario más afectado se encuentra entre los 29 y 39 años con 31,37% seguido del grupo ubicado entre los 40 y 50 años con un 27,45%; los cuales concuerdan con los resultados de un estudio realizado por Alvarado *et al.* (2009) en la maternidad Concepción Palacios, Caracas; donde la edad promedio de las pacientes evaluadas era de 36,88 mas o menos 11,77 años¹⁶.

A su vez, Nazzal *et al.* (2006) estiman que hasta un 60% de las mujeres y hombres se han expuesto al menos una vez al VPH durante su vida; estableciendo como método de contagio la exposición durante el contacto sexual, siendo la adolescencia el período de mayor exposición, habitualmente con sus primeras parejas. Esto determina la prevalencia de la infección viral en un 30% de los afectados antes de los 30 años de edad y la manifestación de las lesiones preinvasivas entre dichos grupos etareos⁹.

Según el estudio citológico inicial de las 102 pacientes; 53,91 % presentan LIE de bajo grado mientras que 46,09% presentan LIE de alto grado; estos resultados son comparables con los obtenidos por Gaitán *et al.* (2004) en una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia donde el porcentaje de pacientes con LIE de Bajo grado fue de 48,7% y el porcentaje de pacientes con LIE de alto grado fue de 9,7%¹⁷.



Tomando en cuenta la edad según lesión preinvasiva encontramos que la LIE de bajo grado es más frecuente en los grupos etarios entre los 18-28 años y 29-39 años respectivamente con 14, 70% cada uno, mientras que las LIE de alto grado el grupo etario más afectado es entre los 29-39 años con 16,67% con una probabilidad de error no significativa ($P > 0,05$). Un estudio realizado por Quiñones y Franco (2005) en el Hospital Universitario “Dr. Gustavo Alderguia Lima”, Cuba; las LIE de bajo grado son más frecuentes en pacientes menores de 25 años coincidiendo con nuestro estudio en el grupo etario entre 18 y 28 años, mientras que las LIE de alto grado son más frecuentes en el grupo etario entre 25 y 35 años con un total de 49 pacientes teniendo semejanza significativa con nuestros resultados donde el grupo etario más afectado se encuentra entre los 29 y 39 años con un total de 17 pacientes¹⁸.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos y hábitos psicobiológicos; 82,4% de las pacientes no precisa datos sobre el número de parejas que ha tenido, aquellas que dieron una respuesta afirmativa reportan haber tenido 2 parejas; 70,59% no precisa datos sobre edad de primera relación sexual; 9,8% reportan primera relación sexual a los 18 años; en cuanto a los hábitos, 66 féminas niegan el consumo de café, tabaco o alcohol; 6 refieren consumo de café, 12 tabaco, 18 consumo de alcohol, según los resultados del estudio realizado por Alvarado *et al.* (2009) en la maternidad Concepción Palacios, Caracas, Venezuela; las pacientes reportan haber tenido en promedio 2 parejas; así mismo, haber tenido su primera relación sexual a los 18 años de edad y en cuanto a los hábitos psicobiológicos, el estudio no hace referencia con respecto al consumo de café o alcohol, solo al uso del tabaco encontrándose un total de 28 pacientes¹⁶.

Entre los antecedentes ginecológicos del total de pacientes estudiadas, el 84,31% negó haber usado algún tipo de terapia hormonal o anticonceptivos orales. Sin embargo, Fernández *et al.* (2009). En un estudio realizado en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este Dr. Joel Valencia



Parparcén en Caracas, reportaron que durante el período desde el 2002 hasta el 2006, de un total de 5140 pacientes, el 67,10% refería el uso de al menos un método anticonceptivo, de las cuales el 39,12% utiliza anticoncepción hormonal oral, 20,89% esterilización quirúrgica, 20,56% dispositivos intrauterinos (DIU); y el 16,83% anticoncepción hormonal parenteral (AHP). El resto estaba representado por 1,19 % método de barrera (condón masculino), 1,03 % subdérmico y 0,37 % transdérmico¹⁹.

A su vez, Smith *et al.* (2003) realizaron un estudio sistemático de diversas publicaciones científicas desde 1966-2002 que involucraron en total a 12.531 mujeres en el cual concluyen que existe una fuerte relación entre el uso de ACO orales prolongados a 5 años y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino²⁰.

El 52,94% de las pacientes que acudieron a sus controles citológicos pertenecían a la localidad de ciudad Bolívar contra un 47,06% que procedían de otras localidades incluso fuera del estado Bolívar, hecho que representaba una limitante geográfica y económica para el traslado de las pacientes a este centro para su control. En Colombia el 33,9 % de las mujeres se toman la citología de forma esporádica o nunca lo han hecho y solo el 34,9 % se tomaron la citología en el último año (2004)²⁶. A su vez, Rivera en el 2006, de una población de 404 mujeres estudiadas, el 14,6% se realizaron controles citológicos a intervalos de 2 y 3 años, rango fuera del límite recomendado para mujeres sexualmente activas según los actuales screening citológicos^{17, 21}.

Al analizar la ocupación de las pacientes, se reportó que el 41,18% de las féminas refieren ocupaciones propias del hogar. Adicionalmente, un 11,76% refiere al menos un oficio entre los cuales se mencionan: aseo, manicurista, bombero, camarera, enfermera, etc.



De manera similar, Gaitán *et al.* (2004) describen en su estudio publicado en el 2004 que del total de 725 pacientes estudiadas, el 36,8% son de ocupación del hogar, 39,7% empleadas, y solo el 8,4% refieren poseer una profesión¹⁷.

Por otro lado, De Sousa *et al.* (2007) en un estudio publicado en el 2007 referente a la realización de Citología cervical en trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de los Teques, reportaron que en las trabajadoras sexuales las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y de alto grado se presentaron en el 0,98 % y 0,60 % de la población, mientras que en las usuarias de planificación familiar fue de 0,1 % de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y no se encontraron de alto grado²².

Al valorar la evolución de las lesión en las pacientes estudiadas del total evaluadas a las cuales se les hizo seguimiento mediante controles citológicos en al menos 2 oportunidades, se encontró que del 53,92% que al inicio del estudio presentaron LIE bajo grado, solo un 8,82% mostraron regresión, 27,45% no mostraron cambios y el restante 17,64% mostraron lesiones en estadios más avanzados.

El restante 47,08% que originalmente presentaron LIE alto grado, sólo 2 (1,96%) pacientes al screening citológico reportaron regresión de dichas lesiones incluso a estadios de bajo grado en 1 caso; el 38,23% de la muestra estudiada que reportaron lesiones preinvasivas de alto grado permanecieron inalteradas, y solo el 4,9% progreso en malignidad con una probabilidad de error estadísticamente no significativa ($P > 0,05$).

Sin embargo, Broadstock (2000) establece en su informe antes descrito resultados más esperanzadores en el tratamiento de las lesiones preinvasivas de



manera conservadora, reportando hasta un 60% de regresión en las lesiones de bajo grado, y hasta un 33% en lesiones de tipo NIC III²³.

A su vez, Alvarado *et al.* Publicó en el año 2009 un estudio realizado en la maternidad concepción palacios en el cual de 25 pacientes, 14 Al inicio del estudio se asoció lesión de endo-exocérvix (LIE bajo grado), mientras que las otras 11 presentaron lesión de endocervix exclusivamente. Al año de seguimiento 21 casos no presentaron lesiones exocervicales ni endocervicales, 2 casos presentaron LIE de bajo grado en exocervix exclusivamente. De los 2 casos que presentaron LIE de bajo grado endocervical (condiloma), uno presentó concomitantemente LIE de bajo grado (NIC I) en exocérvix. Al final de dicho estudio, se observó un 92 % de regresión de las LIE Bajo grado endocervicales y 8% de persistencia, no reportando casos de progresión de la enfermedad¹⁶.

Todo esto en líneas generales se correlaciona de manera parcial con la tendencia evolutiva de las LIE de bajo grado según lo reportado por la literatura en general; la cual establece que el comportamiento de las LIE de bajo grado endocervicales es similar a las de exocérvix, con una alta tasa de regresión espontánea y bajo porcentaje de persistencia y progresión²⁴.

Al valorar el tratamiento recibido, del total de pacientes estudiadas, solo 47 pacientes recibieron tratamiento médico de las cuales el principal tratamiento recibido fue la conización en frío de cuello uterino con un 42,55% de dichas pacientes.

Calderaro *et al.* Realizaron un estudio publicado en el año 2004 de tipo retrospectivo en el Hospital Oncológico Padre Machado de Caracas que contó con una muestra de 400 pacientes conizadas durante el período comprendido entre los años 1984 y 1991; evidenciando lesión residual solo en 46 pacientes (11,5%). Y con



una tasa de recurrencias en 3 casos (menor de 1%), hecho significativamente alentador en el éxito del tratamiento quirúrgico en los casos indicados²⁵.

No obstante, cabe destacar que el restante de las pacientes recibieron un tratamiento conservador expectante principalmente aquellas pacientes con lesiones de bajo grado hecho que es apoyado por Broadstock (2000) en su informe realizado para la *New Zealand Health Technology Assessment, report, en el que describe que del total de lesiones estudiadas, las lesiones intraepiteliales de tipo NIC I regresan 60%, NIC II: regresan 40%, NIC III: regresan 33 %*, hecho asentado entre los lineamientos para el manejo de mujeres con neoplasias de cuello uterino (2003); en la cual establecen que la historia natural de las LIE bajo grado sin tratamiento, se caracteriza por una alta tasa de regresión espontánea (57 %) y una baja progresión a lesiones de alto grado, incluyendo el cáncer (11 %)^{23,24}.



CONCLUSIONES

- El grupo etario con el mayor número de lesiones preinvasivas de cuello uterino se situó entre los 29 y 39 años de edad.

- Prevalcen los LIE de bajo grado sobre los LIE de alto grado. Del total estudiado, El 65,68% de las lesiones no mostraron cambios durante el estudio y solo el 10,78% mostraron regresión predominante en el grupo de lesiones de bajo grado.

- No se encontró relación entre el uso de anticonceptivos orales y la presencia de lesiones preinvasivas en la población estudiada. Sin embargo, no se evaluó el tiempo de uso de dichos métodos.

- El tratamiento médico de elección fue la conización en frío en un 42,55% de las pacientes tratadas con lesiones de alto grado importantes que no mostraron involución. No obstante el manejo expectante y conservador en las pacientes con lesiones de bajo grado se mantiene como una herramienta óptima en el screening citológico dada la escasa evolución de dichas lesiones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldie, S., Gaffikin, L., Goldhaber-Fiebert, J., Gordillo-Tobar, A., Levin, C., Mahé, C., et al. 2005. Cost-Effectiveness of Cervical-Cancer Screening in Five Developing Countries. *N engl. J. med.* **353** (20): 2158-2168.
2. Ralph, R. 1998. Precusores del cáncer cervical y su manejo. in Rock, J. y Thompson, J. *Te linde Ginecología quirúrgica*. Edit. Med. Panam. Argentina. 8° ed. Cap 48: 1409-1433.
3. Hempling, R. 2000. Lesiones preinvasoras del cérvix: diagnóstico y tratamiento. in Steven Piner, M. *Oncología ginecológica*. Edit. Marban. España 2° ed. Cap 6: 85-109.
4. De palo, G., Dexeus, S., Chanen, W. 2007. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Edit. Elsevier. España. 2° ed. pp 322.
5. Lacruz Pelea, C. 2003. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). *Rev. Esp. Patol.* [Serie en línea]. **36** (1): 5-10. Disponible en: <http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen36/vol36-num1/36-1n02.htm>. [enero,2009]



6. Insinga, R., Glass, A., Rush, B. 2004. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*; **191** (1):105-113
7. Ministerio del poder popular para la salud. 2008. Estadísticas vitales: estadística de mortalidad 2006. [En línea]. Disponible: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Index.htm. [mayo, 2009].
8. Andaluz Prado, J. 2007. Lesiones premalignas y cáncer de cuello. [En línea] Disponible en: <http://www.diariocorreo.com.ec/archivo/2007/07/10/lesiones-premalignas-y-cancer-de-cuello-uterino>. [diciembre, 2008]
9. Nazzal, O., Suarez, E., Rojas, L., Bronsa, A. 2006. Lesiones preinvasivas de cuello uterino: una visión actual. *Rev. Chilena de obst. y ginecología*. [Serie en línea]. **71**(5): 341-348. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es. [enero, 2009]
10. Sanofi, P. 2008. Gardasil la vacuna tetravalente para la prevención del cáncer de cuello uterino y otras patologías genitales relacionadas con el VPH, empieza a cumplir sus promesas, 2 años después de su aprobación. [En línea]. Disponible en: http://www.vademecum.es/noticias_detalle.cfm?id_act_not=1931. [febrero, 2009]



11. Kelly, R., Domino, F., Lopez, C., Thiedke, C., Correa, N., Jaffe, R., et al. 2008.
Tinción de papanicolau (citología vaginal). [En línea]. Disponible:
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/reproductive/gynecologic/138.html>. [mayo, 2009].
12. Ferri, F. 2006. Ferri consultor clínico 2006 – 2007. Edit. Elsevier. España. 1ºed.
pp:1437
13. International Agency For Research On Cáncer. 2003. Manual titulado: la colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical – manual para principiantes. [En línea]. Disponible:
<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf> [mayo, 2008]
14. James Pagana, T. 2007. Mosby Guía de pruebas diagnosticas y de laboratorio.
Edit. Elsevier. España. 8º ed. pp: 1095.
15. Cabeza Cruz, E. 1998. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
Rev. Cubana obst. Ginecol. [Serie en línea]. **24** (3):156-160. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15341&id_seccion=716&id_ejemplar=1578&id_revista=72.
[mayo, 2009]



16. Alvarado D., Mantilla D. y Gonzalez M. 2009. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérnix: conducta. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. **69** (1):41-47.
17. Gaitán H., Rubio J., y Eslava J. 2004. Asociación de la citología cervicovaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia. Rev, Salud Pública. **6** (3):253-269.
18. Quiñones Ceballos, A.B., Franco Zunda, I. 2005. La citología cervical en 123 lesiones malignas curables del cérvix. Hospital “Dr. Gustavo Alderguia Lima” Cienfuegos-Cuba. electronico del septimo congreso virtual Hispanoamericano de anatomía patológica y I congreso de preparaciones virtuales por internet. Club de Informática Aplicada de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), y la Universidad de Castilla La Mancha, en colaboración con la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). Cuba. del 1 al 31 de octubre del 2005. 422
19. Fernández, R., López, L., Martínez, H., Kopecky, D., Uzcátegui, G, Muñoz, M. 2009. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare. Rev Obstet Ginecol Venez, **69** (1):28-34.
20. Smith, J., Green, J., Berrington, A., Appleby, P., Plummer, M., Franceschi, S. y Beral, V. 2003. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a



- systematic review. *Lancet*. **361**: 1159–67.
21. Rúa Rivera, B.E. y Quintero Tobon, J.A. 2006. Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de Citología del laboratorio docente asistencial. Trabajo de grado. Laboratorio Docente Asistencial de la Escuela de Bacteriología. Medellín. Universidad de Antioquia. pp 65. (Multígrafo).
 22. De Sousa, A., Mata, G., Camejo, M. 2007. Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los Teques. *Rev Obstet Ginecol Venez*. **67** (4):238-245.
 23. Broadstock M. 2000, mayo. Effectiveness and cost effectiveness of automated and semiautomated cervical screening devices. A systematic review of the literature. [En línea]. Disponible en: www.nzhta.chmeds.ac/nzhtainfo/csv3n1.pdf. 2000. [Enero, 2010].
 24. Thomas, C., Cox, J., Massad, L., Carlson, J., Leo B. , Wilkinson, E. 2003. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. [Serie en línea]. **7** (3):154-167. Disponible: http://journals.lww.com/jlgttd/Abstract/2003/07000/2001_Consensus_Guidelines_for_the_Management_of.2.aspx. [Mayo, 2010].
 25. Calderaro , F., Delgado R. L., Medina, F. 2004. Persistencia de lesión posterior a la



conización por NIC III del cuello uterino. Rev. Venez. Oncol. **16** (1): 28-33.

26. Anónimo. 2004. Asociación de la citología cervicovaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia. Rev, Salud Pública. **6** (3):253-269.



ANEXO



Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar
Escuela De Cs De La Salud "Dr. Francisco Battistini Casalta"
Dpto. De Cirugía
Departamento De Terapéutica Oncológica

FORMULARIO.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre(s) y Apellido(s):

Edad:

C.I.

Fecha y lugar de nacimiento:

Dirección: _____

Teléfono:

Profesión, ocupación u oficio:

**MOTIVO DE CONSULTA:**

ANTECEDENTES PERSONALES ONCOLOGICOS:

CA cuello uterino: CA Mama: Otras neoplasias
(especifique): _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLOGICOS:

CA cuello uterino CA Mama Otras neoplasias
(especifique): _____

HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS:

Tabáquicos alcohol café drogas otros:

Alimenticios: _____

**ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS:**

Menarquía: F.U.R. P.R.S: N.P.S:

Nº de gestas: Nº de abortos:

Ciclo menstrual: regular irregular ciclo (dc/dp):

Uso de métodos anticonceptivos: si no especifique:

ETS: sífilis: gonorrea: VPH: Herpes genital: Otros:
(especifique): _____

REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA: SI: NO:**DESDE CUANDO: FRECUENCIA:****RESULTADOS: NORMAL PATOLOGICO:**



CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

DISPLASIA/CIS Años 49-69	¿HPV?	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	CIS
CIN-NIC (Richart) Años 69-89	HPV (1976)	CIN-NIC 1	CIN-NIC 2	CIN-NIC 3	
SIL-LIP (Bethesda) Desde 1989	SIL-LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL-LIP ALTO GRADO (H-SIL)		

RECIBIO TRATAMIENTO: **SI** **NO**

TIPO DE TRATAMIENTO:

Realizado por: _____

fecha:



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO. DEPARTAMENTO DE TERAPÉUTICA ONCOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ (H.U.R.P.)
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Valléz B. María J.	CVLAC: 16757128 E MAIL:vallezmaria@hotmail.com
Berdayes V. Manuel	CVLAC: 17884089 E MAIL:berdayesmanuel@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Lesión Intraepitelial Escamosa

Neoplasia Intraepitelial Celular

Cáncer Cuello Uterino

Evolución

Tratamiento



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
CIRUGÍA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA
	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

RESUMEN (ABSTRACT):

El carcinoma de cuello uterino es una entidad de alta incidencia en países subdesarrollados. Por ello, el tratamiento de las lesiones precancerosas es importante en la reducción de la morbilidad por esta patología. El objetivo fue determinar la prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del H.U.R.P. Durante el período enero 2007- enero 2009 y su evolución hasta julio 2009. Del total de 182 pacientes (se excluyeron 80) Se evaluaron 102 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 72 años de edad, de las cuales el mayor grupo etario se situó entre los 29 y 39 años. A su vez, del total de pacientes evaluadas al examen citológico inicial prevalecen las lesiones de bajo grado con un 53,92%. Adicionalmente, se registraron otros datos relacionados a la características biopsicosociales de las pacientes, encontrando que el 64,70% de las pacientes negaron poseer hábitos psicobiológicos. Así mismo, el 52,94% se encuentran residenciadas en la localidad de ciudad bolívar y un importante 84,31% negó el uso de ACO o TH. Sucesivamente se observaron con un mínimo de 2 controles citológicos a dichas pacientes reportando que solo 2 paciente presentaron en sus controles citológicos una involución de las lesiones de alto grado, 38,23% permanecieron inalteradas y el restante progresaron a lesiones mas graves. A su vez, en las lesiones de bajo grado, el 8,82% presento citología control normal, un 29,41% no presentaron cambios significativos y solo un 15,68% progreso a LIE alto grado; Por ello, el screening citológico como medida de diagnostico y control es importante en las primeras etapas de la patología, reservando el tratamiento quirúrgico para etapas más avanzadas.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU X	JU
Edwin velasquez	CVLAC:	11170295			
	E_MAIL	ESVD69 @yahoo.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS X	TU	JU
Ivan amaya	CVLAC:				
	E_MAIL	rapomchigo@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X
Nayit dun	CVLAC:	7999172			
	E_MAIL	nayitdun @yahoo.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X
Carlos rodriguez	CVLAC:	8858170			
	E_MAIL	Carlosrodriguez60 @gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	10	19
-------------	-----------	-----------

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Lesiones preinvasivas de cuello uterino 2010	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: Departamento de Terapéutica Oncológica

TEMPORAL: 5 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.

“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.

AUTOR

AUTOR

TUTOR

JURADO

JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS