

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated woman, likely the Virgin Mary, holding a child. The figure is surrounded by various heraldic symbols, including a crown at the top, a castle on the left, a lion on the right, and a figure on horseback at the bottom. The Latin inscription around the border reads "CETERASORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

**CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO Y EL
HISTOLOGICO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER
DE CERVIX.**

ERICK FERNANDO LARA TEJADA

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

OCTUBRE 2015



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Erick Fernando Lara Tejada

Carné Universitario No.: 100019870

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO Y EL HISTOLÓGICO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CÁNCER DE CERVIX"

Que fue asesorado: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Y revisado por: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Quien lo avala y ha firmado conforme, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para octubre 2015.

Guatemala, 23 de octubre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Cuilapa Santa Rosa, 01 de septiembre de 2015

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades.

Facultad de Ciencias Médicas

Presente:

Respetables Doctor:

El asesor de tesis del Departamento de Ginecoobstetricia, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis del Dr. Erick Fernando Lara Tejada, de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, carne universitario N0. 100019870, titulado: **CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO Y EL HISTOLOGICO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX.**

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente

Dr. Carlos Francisco Castro Baniaca

Asesor de Tesis

Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

c.c. Archivo



Cuilapa Santa Rosa, 01 de septiembre de 2015

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades.

Facultad de Ciencias Médicas

Respetables Doctor:

El revisor de tesis del Departamento de Ginecoobstetricia, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis del Dr. Erick Fernando Lara Tejada, de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, carne universitario N0. 100019870, titulado: **CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO Y EL HISTOLOGICO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX.**

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente

Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Revisor de Tesis

Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

Carlos Francisco Castro Bamaca
Médico y Cirujano
C.O. 10013

c.c. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

POR LA VIDA Y SALUD QUE ME HA DADO

A MIS PADRES

JULIO CESAR LARA LINAREZ

DORA ARGELIA TEJADA BERRIOS

A MI HERMANO

KEVIN SAUL LARA TEJADA

A MI AMADA ESPOSA

EVELIN DILENY GARCIA DE LARA

POR SU ESMERO Y PACIENCIA

A MIS HIJAS

AMANDA IZABEL LARA GARCIA

ERICKA ALEJANDRA LARA GARCIA

POR SER MI MOTIVACIÓN.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
	2.1 Epidemiología del cáncer de cuello de útero	2
	2.2 Neoplasia intraepitelial cervical	3
	2.3 Estudio diagnóstico	3
	2.4 Colposcopia	4
	2.5 Resultados colposcópicos normales	7
	2.6 Resultados colposcópicos anormales	8
	2.7 Índice colposcópico de Reid	9
	2.8 Definiciones de criterios colposcópicos	11
	2.9 Biopsia guiada por colposcopia	13
	2.10 Diagnóstico colposcópico de la neoplasia Intraepitelial cervical	13
	2.11 Diagnóstico y clasificación de la neoplasia intraepitelial cervical por histopatología	14
III.	OBJETIVOS	
	3.1 Objetivo general	16
	3.2 Objetivos específicos	16
IV.	MATERIAL Y METODOS	17
	4.1 Tipo de investigación	17
	4.2 Población	17
	4.3 Selección y tamaño de la muestra	17
	4.4 Unidad de análisis	17
	4.5 Criterios de inclusión	17
	4.6 Criterios de exclusión	18
	4.7 Definición y operacionalización de variables	19
	4.8 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de la información	21
	4.9 Aspectos éticos de la investigación	22
	4.10 Procesamiento y análisis de datos	22
	4.11 Alcances y límites de la investigación	23
V.	RESULTADOS	24
	Cuadro 1	24
	Cuadro 2	25
	Cuadro 3	26
	Cuadro 4	27

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	28
6.1 Conclusiones	30
6.2 Recomendaciones	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
VIII. ANEXOS	35

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CUADROS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	16
IV. MATERIALES Y METODOS	17
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
VIII. ANEXOS	35

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	24
CUADRO No. 2	25
CUADRO No.3	26
CUADRO No. 4	27

RESUMEN

Estudio descriptivo realizado en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. El objetivo principal fue determinar la correlación del diagnóstico colposcópico con el diagnóstico histológico durante el periodo de enero a diciembre del 2011. Se estudiaron un total de 226 pacientes las cuales asistieron a la unidad de colposcopia del hospital y se les realizo biopsia de cérvix para confirmar por medio de histología el diagnóstico presuntivo de colposcopia el cual fue otorgado según la calificación del índice colposcópico de Reid. Este índice correlaciona la impresión colposcópica e histológica, el objetivo de la graduación colposcópica es proporcionar una guía objetiva, reproducible, acerca de la gravedad histológica y del potencial neoplásico.

Para la recolección de la información se utilizó una boleta en la cual se incluyó información sobre los datos generales de las personas objeto de estudio así como el índice de Reid, las impresiones clínicas y diagnósticos histológicos.

Destaca en el estudio que por medio de la histología se diagnosticaron 163 casos de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix lo que corresponde a un 72% de la población en estudio lo que demuestra la utilidad de la colposcopia y la importancia de confirmar el diagnóstico colposcópico por medio del análisis histológico. Ambos diagnósticos se correlacionaron en un 54% de la población estudiada (226 pacientes).

I. INTRODUCCIÓN

El carcinoma del cuello uterino es el segundo en frecuencia en mujeres en todo el mundo, después del cáncer de mama. El cáncer de cuello uterino es la tercera neoplasia ginecológica malignas más frecuente en Estados Unidos (1,2,4, 21,).

En Guatemala el cáncer del cuello uterino es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres, y es la primera causa de muerte entre los 35 y 64 años. La probabilidad de morir por cáncer de cuello uterino en los 5 años siguientes al diagnóstico es del 40% debido a que la mayoría de los casos se detectan en estados avanzados. (5)

Esta alta incidencia y mortalidad ha dado lugar a la implementación de nuevos métodos diagnósticos. La colposcopia se introdujo en Guatemala en la década de los años ochenta tomando auge una década después. Es un método útil para el diagnóstico y evaluación de la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer preinvasor preclínico. Permite observar el sitio donde se produce la carcinogénesis del cuello uterino y así mismo permite la realización de biopsias dirigidas, fundamentales para la detección oportuna de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix. (5, 13, 16).

Por medio de la calificación del índice de Reid se realizan impresiones colposcópicas cuya finalidad es la de identificar anomalías epiteliales y proveer a quien examina una guía para la realización de una biopsia dirigida. Según estudios realizados el diagnóstico colposcópico puede predecir hasta en un 90% el histológico, siendo el examen patológico el método por excelencia para diagnosticar la enfermedad cervical

En el hospital de Cuilapa no se cuenta con estudios realizados sobre cáncer de cérvix, ni sobre el uso y beneficio de la colposcopia en la detección de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix, es por eso que se consideró necesario realizar un estudio que no solo mostrará la incidencia de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix diagnosticadas por colposcopia y confirmadas mediante histología sino que además se evaluará que tan efectivas son las colposcopias realizadas en el hospital regional de Cuilapa.

II. ANTECEDENTES

2.1 EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE CUELLO DEL UTERO

El cáncer del cuello del útero se considera una enfermedad prevenible puesto que tiene un largo estadio preinvasor, existen programas de detección con citologías cervicales, y el tratamiento de las lesiones preinvasoras es efectivo. Sin embargo, a pesar de su naturaleza prevenible, se esperan más de 9,710 nuevos casos de cáncer cervical invasor, que provocaran 3,700 muertes, en Estados Unidos. (4) La probabilidad a lo largo de la vida, en toda la nación de desarrollar cáncer de cuello del útero es de 1:128 y, aunque están suficientemente establecidos los programas de detección en Estados Unidos, se estima que el 30% de los casos de cáncer del cuello del útero aparecerán en mujeres que nunca se han hecho una citología. En los países en vía de desarrollo, este porcentaje se aproxima al 60% (4). A pesar de estas estadísticas, está disminuyendo la incidencia mundial de enfermedad invasiva y el cáncer de cuello del útero se diagnostica más precozmente, generándose mejores tasas de supervivencia (1,4). La media de edad de detección de cáncer del cuello del útero en Estados Unidos es de 47 años, y la distribución de los casos es bimodal, con un pico entre los 35 y 39 años, y otro entre los 60 y 64 años (4,7.8).

Existen muchos factores de riesgo de cáncer de cuello del útero, el inicio precoz de las relaciones sexuales (<16 años), las múltiples parejas sexuales, el tabaquismo, la raza, la multiparidad y el consumo de cigarrillos. Se ha descrito una relación con los anticonceptivos orales, y algunos investigadores han propuesto que el consumo de éstos pueden incrementar la incidencia de alteraciones cervicales glandulares pero esta hipótesis no se ha demostrado fehacientemente. Muchos de estos factores de riesgo están relacionados con la actividad sexual y la exposición a las enfermedades de transmisión sexual. Inicialmente se pensó que la infección del virus del herpes era el acontecimiento desencadenante de cáncer de cuello del útero, sin embargo actualmente se ha demostrado que el agente causal del desarrollo del cáncer de cuello del útero es el virus del papiloma humano y probablemente actuando como cofactores, el virus del herpes y chlamyatrachomatis. (4,6,9,10)

El suceso desencadenante de la displasia cervical y de la carcinogénesis es la infección por el VPH. Ésta se ha detectado hasta en el 99% de las mujeres con carcinoma cervical escamoso (7). Hay más de 100 tipos distintos de VPH y más de 30 de ellos pueden afectar al aparato genital inferior. Hay 14 subtipos de VPH de alto riesgo, y dos de éstos, el 16 y el 18, se encuentran hasta en el 62% de los cánceres de cuello del útero. (1,7,24)

2.2 NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL:

Los tres grados de lesión precursora son el CIN I (displasia leve que afecta el tercio inferior del epitelio), CIN II (displasia moderada que afecta hasta dos terceras partes del epitelio) y CIN III (displasia grave, que afecta hasta el tercio superior del epitelio, también llamado carcinoma in situ). Las alteraciones microscópicas en las displasias consisten en trastornos de la maduración, hiper cromatismo nuclear, aumento de la relación núcleo/citoplasma, pleomorfismo, presencia de mitosis y disqueratosis. (4,12,14)

El sistema Bethesda divide las lesiones cervicales en estas categorías: células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS), lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL), lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) y células glandulares atípicas de significado incierto (AGUS). Las LSIL tienen los cambios celulares por HPV semejantes a los que aparecen en el CIN I. Las HSIL incluyen las displasias moderadas (CIN II) y la displasia grave o carcinoma in situ (CIN III). (4,13)

2.3 ESTUDIO DIAGNOSTICO

El síntoma más frecuente en las pacientes con cáncer de cuello del útero es la hemorragia vaginal. El más habitual es el sangrado poscoital, pero también puede aparecer como un sangrado irregular o posmenopáusico. Las pacientes con enfermedad avanzada pueden debutar con secreción vaginal maloliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva. En las mujeres asintomáticas, el cáncer de cuello del útero habitualmente se encuentran mediante el estudio posterior de una citología anormal. (1, 11, 25)

En principio, a toda mujer con sospecha de cáncer de cuello del útero se le debe realizar una exploración física general, incluye los ganglios supraclaviculares, axilares e inguinofemorales para descartar la presencia de enfermedad metastásica. La exploración de

la pelvis se realiza con un espéculo vaginal y se inspecciona el cuello del útero en busca de áreas sospechosas. También se deben inspeccionar cuidadosamente los fórmices vaginales. En el cáncer invasor, el cuello del útero habitualmente está fijo y aumentado de tamaño, y se deben confirmar estos hallazgos mediante exploración bimanual. También es importante la exploración rectal para ayudar a establecer la consistencia y el tamaño cervical, sobre todo en pacientes con carcinomas endocervicales. Además, la exploración rectal es la única forma de determinar el tamaño del útero si los fórmices vaginales están obliterados por los cambios menopáusicos o por la extensión de la enfermedad. La extensión parametrial de la enfermedad se determina mejor al encontrar, en la exploración rectal, una nodularidad más allá del cuello del útero. (4,11,22)

Cuando hay crecimiento tumoral obvio, normalmente una biopsia cervical será suficiente para establecer el diagnóstico. Si no hay enfermedad macroscópica, está justificado el estudio colposcópico con biopsias cervicales y legrado endocervical. Si con la colposcopia y las biopsias dirigidas no se puede establecer el diagnóstico de forma concluyente, será necesario realizar una conización cervical. (4,15,16)

2.4 COLPOSCOPIA

La colposcopia consiste en un medio de investigación mediante el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocérnix, la vagina y los genitales externos. (2,16,19,20)

Historia de la colposcopia

La colposcopia nació por obra de Hans Hiselman en el año de 1925. Hiselman estaba convencido que la observación a simple vista y la palpación eran insuficientes para diagnosticar el cáncer de cérvix en su estadio inicial; insatisfecho por el diagnóstico tardío del cáncer de cérvix, inventa un aparato con una lente binocular de 10 aumentos y buena iluminación, para ello partió del razonamiento de que aumentando la potencia de la luz y con la utilización de un instrumento óptico de aumento, se vería mejor la porción vaginal del cérvix y la vagina, solo hacía el año 1934 los patólogos alemanes le dan crédito a este invento y se acuña el término de leucoplasia como entidad precancerosa. En el año 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 Shiller positivo). (2,16,20)

El mérito de Hiselman aparte de la invención del colposcopio, es el de haber reconocido y descrito una serie de lesiones asociadas con el carcinoma invasor, que luego fueron reconocidas como lesiones precancerosas, permitiendo un diagnóstico oportuno y una mejor calidad de vida para las pacientes. (2,16,19)

Objetivo de la colposcopia

Observar bajo aumento las superficies epiteliales de la porción inferior del aparato reproductivo masculino y femenino (cervix, vagina, vulva, región perianal y pene).(2,25)

Indicaciones para colposcopia

Toda paciente que va a ser sometida a una colposcopia debe de reunir las siguientes características:

- Evaluación del estado del cervix sospechoso.
- NIC II o NIC III en citología cervical.
- Anomalías de bajo grado NIC 1 que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología.
- Calidad insatisfactoria en la citología.
- Acetopositividad en inspección visual con ácido acético (IVAA).
- Resultados positivos en la inspección visual con solución yodoyodurada de lugol (IVL).
- Lesiones traumáticas.
- Sangrado transvaginal de etiología a determinar.
- Control del NIC durante el embarazo.
- Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas conservadoramente.

En la mayoría de lugares en los que se cuenta con colposcopia la indicación más común es un resultado positivo en las pruebas de tamizaje cervical o sea un resultado anormal en la citología cervical. (2,23)

Instrumentos

1. Colposcopio
2. Espéculos (“graves”).
3. Pinzas de biopsia cervical.
4. Gancho para tracción cervical (hook).
5. Cureta de kevorkian para legrado endocervical.
6. Solución salina isotónica.
7. Solución de ácido acético al 5%.
8. Solución yodoyodurada de lugol.
9. Solución de Monsel.
10. Frascos de formol al 10%.
11. Jeringa para anestesia local. (2,23)

Técnica colposcópica

Dar información acerca de lo que significa una citología anormal y la colposcopia, al momento del procedimiento la enfermera o el colposcopista deben tranquilizar a la paciente, posteriormente se debe obtener el consentimiento informado. Se debe realizar una anamnesis detallada, conocer los antecedentes obstétricos y ginecológicos. (19)

El procedimiento se lleva a cabo en el consultorio o en sala de operaciones con o sin anestesia regional. Se coloca a la paciente en posición ginecológica, se hace aseo vulvoperineal y se introduce el espejo vaginal de Graves.(19)

Posteriormente se realiza una exploración del canal vaginal, del cérvix en sentido de las manecillas del reloj, se toman muestras para estudio citológico y se hace un aseo con solución de ácido acético al 2% como mucolítico para obtener una imagen muy precisa de la zona escamocolumnar. (19)

Técnica de Schiller: consiste en aplicar la solución de lugol para teñir el cérvix de una forma muy delicada para no dañar el tejido. El epitelio sano absorbe adecuadamente el lugol por su gran afinidad con el contenido de glucógeno del epitelio estratificado mientras que el tejido anormal no se "tiñe" y delimita perfectamente bien el sitio a biopsiar.(19)

2.5 RESULTADOS COLPOSCOPICOS NORMALES

Epitelio plano estratificado original.

El epitelio plano estratificado original (natural) es una estructura suave, rosada, uniforme, sin lesiones, originalmente establecida en el cuello y la vagina durante etapas tempranas del desarrollo fetal. Histológicamente se trata de un epitelio plano estratificado, bien diferenciado, que se tiñe positivamente con una solución yodada (test de Schiller). (5,16,19)

Epitelio cilíndrico.

El epitelio cilíndrico está formado por una sola capa de células altas productoras de moco, que se extienden desde el endometrio hasta el epitelio plano estratificado original del orificio externo del cérvix. La zona cubierta con epitelio cilíndrico tiene superficie irregular, con abundantes papilas y hendiduras profundas. Es de color rojo oscuro, por los vasos subyacentes en el estroma.(5,16,19)

Zona de transformación normal.

En la zona de transformación normal, situada entre el epitelio plano estratificado original y el cilíndrico, se encuentra el epitelio metaplásico que ha reemplazado al cilíndrico preexistente. Este epitelio se encuentra en diversos grados de madurez: las zonas más maduras en localización periférica, en la unión con el epitelio plano estratificado original y las menos maduras en dirección cefálica. (5,16,19)

Colposcopia satisfactoria.

Ocurre cuando se observan los límites de la zona de transformación en toda su extensión. (5,16,19).

2.6 RESULTADOS COLPOSCOPICOS ANORMALES

Dentro de la zona de transformación.

Dentro de esta zona (anteriormente denominada zona de transformación atípica), los datos colposcópicos anormales son sugerentes de neoplasia cervicouterina. Sin embargo, es muy poco específica, por lo que las imágenes colposcópicas anormales no siempre corresponden a lesiones intraepiteliales. La colposcopia nos informa del patrón arquitectural del epitelio, y para cada imagen anormal existen grados que van desde cambios mínimos hasta alteraciones muy importantes. (5,16,19)

Patrones colposcópicos anormales

Semiológicamente tras la aplicación de ácido acético podemos distinguir imágenes colposcópicas anormales denominadas imágenes acetoblanas. Cuando además de la reacción acetoblanca se manifiesta el patrón vascular se clasifican como imágenes de mosaico, punteado y vasos atípicos.

Un diagnóstico diferencial que siempre debe tener en mente el colposcopista son los procesos inflamatorios agudos y / o crónicos del cuello uterino (cervicitis), donde la paraclínica es de alto valor para diferenciar lesiones que distorsionan al cuello dando patrones muchas veces confusos sino se tiene el debido cuidado al realizar los pasos de la colposcopia.(5,16,19)

Anormalidades fuera de la zona de transformación

Fuera de esta zona que está constituida por: ectocervix, vagina y vulva, se encuentran las siguientes anomalías: epitelio acetoblancos, plano o micropapilar, puntillado, mosaico, leucoplasia, epitelio yodo negativo y vasos atípicos. (5,16,19)

Colposcopia insatisfactoria.

Ocurre cuando la unión plano-cilíndrica no es visible, por inflamación o atrofia intensa y el cuello uterino no es visible. (5,16,19)

2.7 INDICE COLPOSCOPICO DE REID

Los signos colposcópicos (márgenes, color, patrones vasculares y tinción de yodo) se clasifican en dos categorías objetivas: CIN de grado bajo o CIN 2 a CIN 3 de grado alto. Combinados en un índice ponderado llamado Índice colposcópico de Reid (Reid's Colposcopic Index, RCI), estas características colposcópicas tienen una precisión mayor de 90% para pronosticar resultados histológicos, (2,4)

El principal objetivo del colposcopista es identificar la lesión más grave en el cuello uterino y llevar a cabo una biopsia con guía colposcópica. Es de importancia crucial que el colposcopista aprenda a diferenciar entre patrones colposcópicos normales, de anomalías mínimas y significativamente anormales. (2,4)

Los colposcopistas de mayor experiencia reconocen que la metaplasia escamosa normal, los grados diversos de CIN y ciertos cánceres cervicales muestran grados variables de cambios acetoblancos, con patrones vasculares anormales o sin ellos. Sin embargo los colposcopistas menos experimentados tienden más a considerar (incorrectamente) como foco de enfermedad preinvasora o invasora cualquier zona que muestre cambio acetoblancos o vasos anormales en la superficie. Las impresiones colposcópicas basadas en evaluaciones caprichosas del "grado de acetoblancura" o la "intensidad" de cualquier atipia vascular, no son seguras. (2,4)

El examen histológico es el método por excelencia para el diagnóstico de enfermedad cervical. Los especímenes histológicos se obtienen mediante biopsia con guía colposcópica,

un procedimiento excisional, como conización o excisión en asa. Por desgracia, las zonas destacadas de cambios colposcópicos no necesariamente coinciden con las zonas de mayor gravedad histológica. A menudo se interpreta en exceso zonas grandes de lesiones de grado menor o de metaplasia escamosa, y se pasan por alto con facilidad placas avasculares sutiles de CIN 3. La colposcopia aporta información de valor diagnóstico, pronóstico, terapéutico y científico acerca de una lesión cervical. (2,4)

Algunos autores sugieren que la respuesta a una citología cervical anormal debe ser la identificación colposcópica de la lesión acetoblanca, seguida de excisión electroquirúrgica de la lesión completa. Por consiguiente, la histología de la muestra extirpada proporciona el diagnóstico final. (2,4)

Para evitar el tratamiento excesivo de lesiones de grado bajo motivado por la aplicación de un criterio de “ver y tratar” resulta esencial la valoración colposcópica precisa del grado histológico de la lesión antes de extirpar la zona de transformación.

El objetivo de la graduación colposcópica es proporcionar una guía objetiva, reproducible e importante, acerca de la gravedad histológica y el potencial de avance neoplásico. El RCI es un sistema de calificación que correlaciona la impresión colposcópica con la gravedad histológica. (2,4)

Desde el punto de vista práctico, el RCI proporciona una medición calificada y menos subjetiva de la gravedad de la lesión, basada en los signos colposcópicos y provee a quien examina una guía para la biopsia dirigida. En este sistema de calificación, desarrollado por Reid y colaboradores en 1984, se utilizan cuatro signos colposcópicos para diferenciar anomalías cervicales de menor grado de zonas de cambios colposcópicos de alto grado. Este índice correlaciona la impresión colposcópica y la gravedad histológica. (2,4)

2. 8 DEFINICIONES DE CRITERIOS COLPOSCOPICOS.

Con el RCI , los signos colposc6picos se califican en las categorías siguientes:

1. Precisi6n de los m6rgenes.
2. Color epitelial
3. Patrones vasculares
4. Tinci6n de yodo.

Con excepci6n de la tinci6n de yodo, todos los signos colposc6picos se califican despu6s de aplicar cantidades abundantes de 6cido ac6tico al 3 a 5%. Una vez que aparece una zona de cambio acetoblanco, se valora la lesi6n y a continuaci6n se califica. En seguida, se aplica escasamente yodo de lugol a un cuarto de concentraci6n con torunda de algod6n humedecida, y se valora y califica la reacci6n a la tinci6n con yodo. (2,4)

Para cada criterio hay una categoría t6pica de cambios intraepiteliales de grado bajo (HPV o CIN 1, displasia leve) y una categoría que implica cambios intraepiteliales de alto grado (CIN 2 a CIN 3, displasia moderada a grave).

INDICE COLPOSCOPICO DE REID (2)

SIGNO COLPOSCOPICO	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
Margen	Condilomatos Micropapilar Plumoso Lesiones satélite	Liso Recto	Enrollados Descamados Borde interno
Color acetoblanco	Brillante Niveo Translúcido Transitorio	Blanco mate	Blanco mate gris
Vasos	Patrones finos. Calibre y patrones uniformes	Ausentes	Patrones gruesos. Dilatados con calibre y distancias intercapilares variables
Tinción con yodo	Positiva	Parcial	Negativa
Calificación	0 a 2=CIN I (enfermedad de grado bajo)	3 a 4= CIN 2 (enfermedad de grado intermedio)	5 a 8= CIN 3 (enfermedad de alto grado)

2.9 BIOPSIA GUIADA POR COLPOSCOPIA

Una biopsia consiste en obtener una muestra de tejido de aproximadamente 2.5 mm. de exocérnix para realizar diagnóstico histológico de lesiones sospechosas. (2, 16,) Una biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de una lesión visible, comporta el riesgo de un diagnóstico histológico falso negativo en el 12 al 26% de los casos. (5,25)

2.10 DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical requiere conocer y saber reconocer sus cuatro características principales: la tonalidad e intensidad del acetoblanco, los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblanco, el patrón vascular y la tinción de yodo. La colposcopia con biopsia dirigida se describe como el método de referencia o el patrón de oro para el diagnóstico de las lesiones cervicouterinas precancerosas. La sensibilidad de la colposcopia para diagnosticar la neoplasia cervical varía de un 87% a un 99%, pero su especificidad es inferior, se halla entre un 23% y un 87%. (2,16,17,19)

En Estados Unidos, la American Academy of Family Practitioners indica que la relación entre impresión colposcópica e histología es de 85 a 90%; mientras que la American Academy of Family Physicians indica de 85.0 a 91.7%. (2,16,17,19)

Los niveles de la habilidad más alta son necesarios para los colposcopistas que se especializan en el uso de las técnicas destructivas para el tratamiento de CIN. La exactitud de la colposcopia en un nivel mínimo esencial de la habilidad de 90% debe formar la base para determinar la capacidad perceptiva especializada, y por lo tanto, determinar la capacidad colposcópica. (17, 19)

2.11 DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL POR HISTOPATOLOGIA

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas.(16,18)

Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiper cromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales.(16,18)

NIC III O CARCINOMA IN SITU O DISPLASIA SEVERA.

Son lesiones intraepiteliales constituidas por células con caracteres morfológicos de malignidad en todo el espesor del epitelio, pero que no invaden al estroma. Es precursora de cáncer infiltrante. El epitelio está constituido en todo su espesor por una población uniforme de células escamosas con muy escaso citoplasma (aumento de la relación núcleo-citoplasmática), dispuestas apretadamente por lo cual no se observan con facilidad los límites intercelulares y los núcleos adquieren una disposición vertical (pérdida de la polaridad). Los núcleos son grandes, hiper cromáticos, pleomórficos, sin nucleolos y presentan abundantes mitosis en los tres tercios del epitelio. El estroma subyacente a la NIC III presenta abundantes capilares de neoformación y mayor celularidad que el estroma normal. (16,18)

NIC IIO DISPLASIA MODERADA:

Son lesiones intraepiteliales con los caracteres morfológicos de desdiferenciación de maduración celular descritos para el NIC III, pero que predominan en los dos tercios inferiores del epitelio, con conservación de la madurez celular en el tercio superior epitelial.(16,18)

Tanto el **NIC II** como el **NIC III** tienen una alta probabilidad de evolucionar espontáneamente hacia un carcinoma escamoso infiltrante, y por eso se las ha agrupado bajo el concepto de LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO. (16,18)

NIC I

Es una lesión intraepitelial en que hay alteración morfológica similar al de la infección por virus papiloma humano (HPV), con acantosis (aumento de grosor epitelial), papilomatosis (profundización de papilas estromales), hiperplasia de células basales y parabasales epitelial, hiperqueratosis y paraqueratosis. Por la infección del HPV hay efecto alopatóico celular epitelial que se manifiesta con la presencia de coilocitos en las capas superficiales epitelial, que son células epiteliales cuyo citoplasma es claro y bien delimitado a expensas de una gran vacuola degenerativa citoplasmática perinuclear. Este conjunto de alteraciones corresponde a una infección producida por virus HPV tanto de bajo grado (HPV 6, 11) como de alto grado (HPV 16, 18, 31, 33, 35 etc.). No existe ninguna manera de predecir por la morfología si éste es causado por virus de alto o de bajo grado.(16,18)

Se les considera al NIC I y a la infección por virus papiloma humano (HPV) una LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO, ya que tienen baja predisposición a desarrollar cáncer cervicouterino invasor.(16,18)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación entre el diagnóstico colposcópico e histológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Determinar la incidencia de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix.
- 3.2.2 Determinar las edades más frecuentes de las pacientes con diagnóstico colposcópico de lesiones preinvasoras cervicales.
- 3.2.3 Clasificar los diagnósticos colposcópicos de las pacientes a las que se les realizó biopsia del cérvix y análisis de la misma por histología.
- 3.2.4 Clasificar los diagnósticos realizados por histología de las pacientes a las que se les realizó biopsia de cérvix.

IV MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de investigación:

Descriptivo.

4.2 Población:

Pacientes con diagnósticos colposcópicos de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix calificada mediante el índice colposcópico de Reid, a las cuales se les realizo biopsia de cérvix más análisis histológico de la misma, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2011.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se tomaron los expedientes clínicos de 226 pacientes evaluadas en la unidad de colposcopia del Hospital Regional de Cuilapa a las cuales se les diagnóstico lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix mediante el Índice colposcópico de Reid, más realización de biopsia dirigida por colposcopia y análisis histológico de la misma.

4.4 Unidad de análisis:

Registros clínicos de pacientes a las cuales se les realizo biopsia dirigida por colposcopia y análisis histológico de la misma, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2011.

4.5 Criterios de inclusión:

Pacientes que asistieron a la clínica de colposcopia del Hospital Regional de Cuilapa y cuya impresión clínica fue de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix, calificadas mediante el índice de Reid, y además se les realizo biopsia dirigida por colposcopia más análisis histológico de la misma.

4.6 Criterios de exclusión:

Pacientes a las que no se les realizó biopsia dirigida por colposcopia.

Pacientes que no presentaban en el registro clínico resultado de patología.

Pacientes con diagnósticos histológicos de cáncer de cérvix.

4.7 Definición y Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
Diagnóstico colposcópico	Diagnóstico realizado por medio de la observación visual con aumento del epitelio exocervical y vaginal.	Impresión clínica del médico al realizar un examen colposcópico.	Cualitativa	Nominal	Índice de Reid 0 a 2=CIN I (enfermedad de grado bajo) 3 a 4= CIN 2 (enfermedad de grado intermedio) 5 a 8= CIN 3 (enfermedad de alto grado)
Diagnóstico histológico	Información escrita de los hallazgos microscópicos de una porción de tejido cervical	Resultado de la biopsia según interpretación y clasificación.	Cualitativa	Nominal	*Cervicitis y metaplasia. *CIN I *CIN II *CIN III
Correlación	Conexión, correspondencia de algo con otra cosa.	Correspondencia, entre el diagnóstico colposcópico y el diagnóstico histológico, desde el análisis propio de cada materia.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje
Edad	Número de años de una persona contados a partir de su nacimiento	Tiempo en años de vida de una persona al realizarle los métodos diagnósticos	Cuantitativa	Razón	En años

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Incidencia	La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Numero de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix diagnosticadas por histología	Cuantitativa	Razón	Porcentaje

4.8 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de la información.

4.8.1 Técnicas:

Las técnicas utilizadas en el trabajo de campo para la recolección de datos fueron la revisión sistemática de expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la unidad de colposcopia del Hospital Regional de Cuilapa, que se obtuvieron por medio de la boleta de recolección de datos estructurada.

4.8.2 Procedimientos:

Se solicitó lo a las autoridades respectivas del Hospital regional de Cuilapa el aval para recolectar los datos con la boleta, previamente validada y posteriormente se revisó los registros clínicos de las pacientes que asistieron a la clínica de colposcopia y cuya impresión clínica fue de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix, calificadas mediante el índice de Reid, y que además se les hubiera realizado biopsia dirigida por colposcopia más análisis histológico de la misma. Por último se ejecutó el procesamiento de la información, determinando si las impresiones clínicas de los colposcopistas guardan relación con los diagnósticos histológicos.

4.8.3 Instrumento para la recolección de la información:

Se utilizó como instrumento una boleta en la cual se incluyó información sobre datos generales, impresiones clínicas por colposcopia otorgadas por el índice colposcópico de Reid y diagnósticos histológicos de las pacientes objeto de estudio.

La boleta de recolección de datos fue validada previamente utilizando un proyecto piloto en el cual se evaluaron expedientes con el fin garantizar la validez y confiabilidad del instrumento y realizarle correcciones. (ver anexo 1)

4.9 Aspectos éticos de la investigación

El estudio que se realizó es de tipo descriptivo se le considera sin ningún riesgo, ya que se utilizó la técnica de revisión de expedientes clínicos de las pacientes que asistieron a la unidad de colposcopia. La identidad de las personas se conservó en anonimato, la información fue privada, confidencial y exclusiva de los investigadores, por tanto, este estudio según las pautas internacionales para evaluación ética de los estudios epidemiológicos fue considerado categoría I (sin riesgo).

4.10 Procesamiento y análisis de datos

4.10.1 Procesamiento

A las boletas de recolección de datos se les asignó una numeración lógica según el orden en el que se obtuvo la información de cada registro clínico, luego se realizó un recuento de los casos, posteriormente se procesó la información de manera manual y mecánica y de esta manera se le asignó a las variables sus respectivas frecuencias (tabulación de datos), por último se almacenó la información en el programa Microsoft Word (Microsoft 2007) y por medio de este se construyeron cuadros, los que fueron útiles para el análisis, interpretación y presentación de los resultados obtenidos en esta investigación.

4.10.2 Análisis de datos

Para las variables cuantitativas (edad e incidencia) se construyeron cuadros de serie simple con frecuencias y porcentajes y para las variables diagnóstico histológico, colposcópico y su correlación se elaboró un cuadro de análisis de doble entrada y así poder evaluar la relación entre ambos diagnósticos (la relación fue expresada en porcentajes).

4.11 Alcances y limitaciones de la investigación

4.11.1 Alcances

Se incluyeron los registros clínicos de las pacientes que asistieron a la clínica de colposcopia del Hospital Regional de Cuilapa y cuya impresión clínica fue de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix, calificadas mediante el índice de Reid, y además se les realizó biopsia dirigida por colposcopia más análisis histológico de la misma.

4.11.2 Limites

No fue posible determinar la sensibilidad y especificidad de la colposcopia debido a que en el Hospital Regional de Cuilapa no se realizan biopsias a las pacientes que se consideran sanas.

Registros clínicos que no presentaban información completa.

V. RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS 226 PACIENTES CON DIAGNOSTICOS COLPOSCÓPICOS DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX, ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011.

INTERVALOS DE EDAD	FRECUENCIA	%
15-24	42	18.58
25-34	75	33.18
35 -44	44	19.46
45 -54	40	17.70
55 -64	10	4.42
65 -74	9	3.98
75 -84	6	2.65
TOTAL	226	100

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICOS COLPOSCOPICOS DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX REALIZADOS A 226 PACIENTES EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DE AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2011.

DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO	FRECUENCIA	%
NIC I RCI (0 a 2)	137	60.6
NIC II RCI (3 a 4)	47	20.8
NIC III RCI (5 a 8)	42	18.6
TOTAL	226	100

NIC, neoplasia intraepitelial cervical.

RCI, índice colposcópico de Reid.

CUADRO No. 3

**DIAGNOSTICOS HISTOLOGICOS REALIZADOS A 226 PACIENTES CON
DIAGNOSTICOS COLPOSCOPICOS DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE
CERVIX, EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011.**

DIAGNOSTICOS HISTOLOGICOS	FRECUENCIA	%
NIC I	82	36
NIC II	46	20
NIC III	35	16
Cervicitis	33	15
Metaplasia	30	13
TOTAL	226	100

CUADRO No. 4
RELACION ENTRE LOS DIAGNOSTICOS COLPOSCOPICOS DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX E HISTOLOGICOS
REALIZADOS EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2011

		DIAGNOSTICO HISTOLOGICO						
		FRECUENCIAS/PORCENTAJES	NIC I	NIC II	NIC III	CERVICITIS	METAPLASIA	TOTALES
DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO	NIC I	FRECUENCIA	71	18	2	21	25	137
		PORCENTAJE	31	8	1	9	11	60
	NIC II	FRECUENCIA	8	23	05	8	3	47
		PORCENTAJE	4	10	2	4	1	21
	NIC III	FRECUENCIA	3	5	28	4	2	42
		PORCENTAJE	1	2	12	2	1	19
		TOTAL FRECUENCIA	82	46	35	33	30	226
		TOTAL PORCENTAJE	36	20	16	15	13	100

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

El cuadro número 1 muestra la frecuencia y porcentajes según edad de las 226 pacientes evaluadas en la unidad de colposcopia del Hospital Regional de Cuilapa y con diagnósticos de lesiones preinvasoras de cáncer de cervix; se observa que el 71.22% de la población a estudio se encontraba comprendida entre la edad de 15 a 44 años, siendo este el periodo reproductivo de la mujer, resaltando el rango de edad de 25 a 34 años con un 33.18%, rangos de edad en los cuales es más frecuente la presencia de patologías cervicales ya que como lo establece la literatura el cáncer de cervix está íntimamente relacionado con la actividad sexual.

En el cuadro 2 se observa la distribución según diagnósticos colposcópicos, para realizar los mismos se utilizó la calificación colposcópica otorgada por el índice colposcópico de Reid. Se clasificaron en tres categorías siendo estas las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) en sus tres grados ya que esto permite estandarizar las impresiones clínicas lo que facilita su correlación posterior con los diagnósticos histológicos, se encontró que el 60.6% fue el de NIC I lo que corresponde a 137 pacientes, 20.8% de NIC II y 18.6% de NIC III de un total de 226 pacientes en estudio.

El diagnóstico histológico más frecuente (cuadro 3) fue el de NIC I con 36 %, (82 casos), este valor se relaciona con el diagnóstico colposcópico más frecuente que es también el de NIC I. Se obtuvo un total de 72% de lesiones preinvasoras diagnosticadas por histología correspondiendo a 163 pacientes de las 226 pacientes en estudio. Esto supera el 50% de los casos estudiados lo que justifica la realización de colposcopia y confirmación de las impresiones clínicas por histología para realizar diagnósticos tempranos y así tratamientos oportunos que puedan brindarles un mejor pronóstico a las pacientes.

En el cuadro 4 se observa que el informe histológico estuvo de acuerdo con el diagnóstico colposcópico en el 54 %, lo cual deja un 36 % para alcanzar el indicador estándar de relación aceptado, ya que se estima que mediante el índice colposcópico de Reid las características colposcópicas tienen una precisión del 90% de pronosticar resultados histológicos. Por lo que se considera que se ha tenido un diagnóstico colposcópico acertado en aproximadamente la mitad de la población estudiada.

Clasificando las lesiones en dos categorías objetivas: NIC de bajo grado o NIC 2 a NIC 3 de alto grado , la relación entre lesiones de bajo grado e histología se determinó que es del 52 % lo que muestra un aproximado del 50% de relación entre dichos métodos diagnósticos, entre el diagnóstico de lesiones de alto grado e histología se obtiene una relación del 57%, faltando 33 % para alcanzar el estándar mínimo, revelando estos datos una dificultad para pronosticar resultados histológicos mediante colposcopia . Además se puede observar que 27.87% de los casos no correspondía a lesiones preinvasoras ya que el reporte de patología los clasifico como cervicitis y metaplasia.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Se estableció que las edades más frecuentes de las pacientes en estudio son de 15 a 44 años (71.23%) con una frecuencia máxima de 25 a 34 años con un 33.18% de la población en estudio (226 pacientes).
- 6.1.2 Se determinó que el diagnóstico colposcópico más frecuente fue el de NIC I o lesiones de bajo grado con un 60.6 % (137 casos). Con las lesiones de alto grado NIC 2 a NIC 3 se obtuvo una frecuencia de 89 casos lo que corresponde al 39% de la población en estudio
- 6.1.3 El diagnóstico histológico más frecuente fue el de NIC I con el 36% de la población (82 pacientes), se obtuvo un 20% para NIC II (46 pacientes) y un 16% para NIC III (35 pacientes).
- 6.1.4 El diagnóstico colposcópico tuvo una relación con el diagnóstico histológico en un 54 % del total de la población en estudio (226 casos).
- 6.1.5 La incidencia de lesiones preinvasoras de cáncer de cérvix diagnosticadas con histología fue del 72% lo que corresponde a 163 pacientes de un total de 226.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Fortalecer la atención primaria en salud capacitando al personal para la detección de pacientes con factores de riesgo, para que sean referidas a un centro de mayor complejidad para realización de colposcopia y de ser necesario biopsias dirigidas para diagnósticos y tratamientos oportunos, así mismo brindar plan educacional a las pacientes que asistan a dichos niveles de salud, sobre la importancia de realizarse métodos de tamizaje de cáncer de cérvix con la finalidad de disminuir la incidencia de esta patología.

- 6.2.2 Tomando en cuenta la incidencia de los diagnósticos histológicos, encontrados en el estudio, se considera necesario fortalecer en relación a equipo e insumos a la clínica de colposcopia del Hospital para poder ofrecer tratamientos como crioterapia y cononización.

- 6.2.3 Promover la capacitación continúa de los médicos residentes con respecto a la realización adecuada de la colposcopia con el fin de alcanzar el estándar mínimo de relación entre la colposcopía e histología y así realizar diagnósticos y tratamientos oportunos y de esta manera crearle mayor beneficio a la paciente.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrade A, Zamudio R, Ferris D, Matenux E. Evaluación del papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del Papiloma Humano. [Monografía en línea]. México: Academia Mexicana de Cirugía; 2001 [accesado 22 el de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php>
2. Apgar, BS; Spitzer, M; Brotzman, GL. 2004. Colposcopia: principios y práctica. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana. 467 p.
3. ArgimonPallás J, Jiménez J. Análisis de la concordancia. En: Métodos de investigación clínica y epidemiología. 3 ed España: Elsevier; 2,004 p. 321-325.
4. Berek J. S. "Cancer de cuello del útero" Bidus M. A., Elkas J. C. Ginecología de Novak, Editorial Lippincott Williams y wilkins, 14va edición, España, 2010, 1460-1506.
5. Curso de inspección visual con ácido acético para la detección temprana de cáncer de Cérvix MSPAS 26-27/08/2007. Área de Salud El Progreso: Programa Nacionalde Salud Reproductiva 2007.
6. De Cherney, AH; Pernoll, AL. 1997. Diagnóstico y tratamiento gíneco-obstétrico. 7 ed. México, Editorial Manual El Moderno, S. A. de C. V.1. p. 169-1,188.
7. Disaia, P; Creasman. W. 1994. Oncología ginecológica clínica. 13 ed. México. Editorial Mosby / Doyma Libros. p. 1 – 36.
8. Eifel P, Berek J, Tate J. Cancer of the cervix, vagina and vulva. En: Devita V, Hellman S, Rosenberg S. Cancer Principles and Practice of Oncology. 5 ed. New York: Philadelphia: Lippicott-Raven, 1997: p. 1433-1455.
9. Ferlay, J; Bray, P; Pizani, P; Parkin, DM. 2002. Cáncer incidence, mortality and prevalence worldwide (en línea).Word no. 1898. Consultado 10 mayo 2010. Disponible en: <http://www.iarc.fr>

10. Frederickson H. Carcinoma de Cuello Uterino. En: Frederickson h, Wilkins-Haug L. Secretos de la Ginecoobstetricia. 2 ed. México: McGraw-Hill Interamericana,1999: p. 142-145.
11. González-Merlo J, González J, González E. Ginecología. 8 ed Barcelona: Masson, 2003
12. Hopkins J. et al. "Neoplasia Intraepitelial Cervical" JulieHuh, Robert Bristow, Ginecología y Obstetricia, Editorial Marbán, 2da edición, España, 2005. 443 p.
13. García-Parlazza C, Amaya-Guio J, Naranjo E, Ambrosi M. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnostico citológico de atíпия escamosa de significado indeterminado (ASCUS), en una institución de complejidad media en Bogota, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [revista en línea] 2010 [accesado 06 de mayo de 2010]; 58 (2): [1 pantalla]. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php
14. Holschneider C. Trastornos premalignos y malignos del cérvix uterino. En: Holscheneide C. Diagnósticos y tratamiento ginecoobstétricos. 8 ed. México: Manual Moderno, 2003: p. 991-1012.
15. John, A; Rock, D; Thompson, TL. 1998. Ginecología quirúrgica. 8 ed. México, Editorial Médica Panamericana. p.1, 409-1,437.
16. Lucas, E. 2004. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes (en linea). Lyon, FR, OPS/OMS. Consultado 15 mayo 2010. Disponible en <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=1>
17. Mc Cord ML. Discrepancia entre la citología y la biopsia dirigida por colposcopia. 4 ed Maryland: ObstetricsGynecology, 2002: v.1 p. 45-77.
18. Merlo J G. Histopatología de lesiones del cérvix. En: Diagnóstico precoz del Cáncer genital femenino. Merlo J. 3 ed México: Salvat, 2001: v.1 p. 31-62

19. Montenegro, AG. 2004. Exploración colposcópica: curso de colposcopía. Guatemala, Editorial Interamericana. 203 p.
20. Palo, G . 1997. Colposcopía y patología del tracto genital inferior. 2 ed. Buenos Aires, AR, Editorial Medica Panamericana S.A. 524 p.
21. Roble, S; Whele, F; Perruga, A. 1996. Tendencia de la mortalidad por cáncer del cuello del útero en las Américas. Panamá, Editorial BoOf Sanit. p. 478-89.
22. Shingleton, HM; Fowler, Jr; Jordan, L. 1998. Oncología ginecológica: diagnóstico y tratamiento. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana. p.1-7.
23. Thomas, MJ. 2000. Manual de colposcopia clínica. España, Editorial T.G. Hostench, S.A. 203 p.
24. Salazar R E. Detección del virus de papiloma humano en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de cuello uterino. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [revista en Internet] 2007 [accesado el 25 de mayo de 2010]; 67 (1): [1 pantalla] Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php
25. Shorge J. "Lesiones preinvasoras del aparato genital inferior", Ginecología de Williams, Mc Graw Hill, primera edición, Mexico, 2009, 622-635.

VI. ANEXOS

ANEXO 1

CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO Y EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO EN LA DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX.

REALIZADAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA

POSTGRADO DE GINECOOBSTETRICIA

No. De boleta

No Reg. Clínico

DATOS GENERALES:

Nombre de la paciente. _____

Edad:

DATOS REFERENTES A LA COLPOSCOPIA E HISTOLOGIA

Fecha de realización de la colposcopia y toma de biopsia:

Índice colposcópico de Reid.

0 a 2 puntos (enfermedad de grado bajo, NIC I)

3 a 4 (enfermedad de grado intermedio, NIC II)

5 a 8 (enfermedad de alto grado, NIC III)

Impresión clínica colposcópica: _____

DATOS REFERENTES A LA HISTOLOGIA

No. De registro de patología:

Resultado de la Biopsia:

Cervicitis y metaplasia. CIN I

CIN II CIN III

Relación entre diagnóstico colposcópico e histológico

SI

NO

Observaciones:

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO Y EL HISTOLOGICO EN DETECCIÓN DE LESIONES PREINVASORAS DE CANCER DE CERVIX”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.