

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
RESIDENCIA MEDICA

MED
FOSIS
R 173 m
2003

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO
Caja de Inventario
23/01/03
CHA 29M 110

Pag.

RESUMEN 1

CAPITULO I 2

1. INTRODUCCION 3

2. OBJETIVOS 5

3. MARCO **MANEJO DE LESIONES** 6

INTRAEPITELIALES DE BAJO Y ALTO 23

GRADO EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO 24

5. **NACIONAL - CAJA PETROLERA DE** 24

SALUD 25

CAPITULO II 25

DISEÑO Y METODOLOGIA 25

CAPITULO III 28

RESULTADOS Y ANALISIS 28

2003 28

CAPITULO IV 37

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 37

AUTOR : DR. GIOVANNI OLIVER RAMÍREZ TERÁN
RI ONCOLOGÍA

TUTOR : DR. ALFONSO CASTELLANOS MOSTAJO

Alfonso Castellanos M.
Dr. Alfonso Castellanos M.
 GINECOLOGO - ONCOLOGO
 INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
 CAJA PETROLERA DE SALUD
 C - 139 / C - 852

Gonzalo Rojas del Pozo
Dr. Gonzalo Rojas del Pozo
 ONCOLOGO - RADIOTERAPEUTA
 INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
 CAJA PETROLERA DE SALUD
 R - 389

INDICE

	Pag.
RESUMEN	1
CAPITULO I	
1. INTRODUCCION	3
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEORICO	6
4. HIPOTESIS	23
5. VARIABLES	24
CAPITULO II	
DISEÑO Y METOLOGIA	25
CAPITULO III	
RESULTADOS Y ANALISIS	28
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
ANEXO	40
BIBLIOGRAFIA	41

RESUMEN

Las lesiones intraepiteliales son un trastorno en el que la paciente esta asintomática, sin presencia de lesión macroscópica cervical y asociada a factores de riesgo como ser el inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años, promiscuidad sexual, infecciones por HPV y el herpes (VHS), tabaco, promiscuidad sexual de la pareja, que predisponen a la aparición de estas lesiones.

Se determino el manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado en pacientes del servicio de Oncología Ginecológica en el I.O.N-C.P.S en el periodo comprendido entre Noviembre de 1999 a Noviembre del 2003.

Para el efecto se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo en 108 pacientes con diagnostico confirmado de Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado por diagnostico Clínico respaldado por PAP y/o histopatología por procedimiento biopsico.

Cincuenta y seis pacientes presentaron Lesión intraepitelial de Alto grado, de estas 42 correspondieron a NIC II y 14 pacientes presentaron NIC III. Cincuenta y dos pacientes presentaron Lesión intraepitelial de Bajo Grado.

De todas las pacientes con Lesión Intraepitelial de Bajo y Alto Grado el 66% presentaron lesión intraepitelial confirmada por histopatología.

1.- INTRODUCCION

El manejo de las lesiones intraepiteliales en un 64% fue la Histerectomía total abdominal tomando en cuenta distintos factores, como la edad y la paridad satisfecha y en el 36% se realizó Cono Quirúrgico como diagnóstico y tratamiento.

tanto es razonable escoger con interés cualquier camino que suponga una lucha contra los tumores malignos.

El cáncer de cervix uterino constituye un problema de salud a nivel mundial y su frecuencia solo es sobrepasada por el cáncer de mama en países desarrollados. La mortalidad por este tumor en Bolivia no ha cambiado en los últimos 10 años.

En la actualidad, casi todos quienes estamos inmersos en esta problemática buscamos el diagnóstico precoz que constituye la prevención secundaria, debido a que la prevención primaria que depende de medidas legales tales como la legislación son difíciles de ponerlas en práctica.

Somos conocedores de los múltiples factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, tales como el inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años, promiscuidad sexual, infecciones por virus, especialmente el HPV y el herpes (VHS), tabaco, antecedentes de CIN, promiscuidad sexual del

CAPITULO I

1.- INTRODUCCION

La lucha contra el cáncer constituye desde hace muchos años uno de los problemas fundamentales de la Medicina, que atañe no solo a los oncólogos, investigadores y médicos generales, sino también a toda la población; por lo tanto es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una En 1973 Richart introdujo el concepto de Neoplasia intraepitelial Cervical, lucha contra los tumores malignos .

El cáncer de cervix uterino constituye un problema de salud a nivel mundial y su frecuencia solo es sobrepasada por el cáncer de mama en países desarrollados. La mortalidad por este tumor en Bolivia no ha cambiado en los últimos 10 años.

En la actualidad, casi todos quienes estamos inmersos en esta problemática buscamos el diagnostico precoz que constituye la prevención secundaria, debido a que la prevención primaria que depende de medidas legales tales como la legislación son difíciles de ponerlas en practica. do).

Somos conocedores de los múltiples factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, tales como el inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años, promiscuidad sexual, infecciones por virus, especialmente el HPV y el herpes (VHS), tabaco, antecedentes de CIN, promiscuidad sexual del preneoplásicas y neoplásicas como también el colpocitograma.

marido o compañero, etc. También se ha demostrado una fuerte asociación causal entre esta neoplasia y el virus del papiloma humano, en sus serotipos oncogénicos.

Uno de los adelantos más importantes en el diagnóstico precoz y el tratamiento del cáncer de cuello uterino ha sido conocer el continuo biológico y sus modificaciones ulteriores a partir de las lesiones precursoras.

En 1973 Richart introdujo el concepto de Neoplasia Intraepitelial Cervical, considerando que esta enfermedad es única desde sus comienzos y aunque un número de ellas puede regresar, persistir o progresar gradualmente hasta convertirse en un carcinoma invasor.

Las alteraciones tempranas de las lesiones neoplásicas desde el punto de vista citohistológico, están en relación a la pérdida de totipotensiabilidad de las células basales del epitelio plano pavimentoso poliestratificado no cornificado, permitiendo esta pérdida, la progresión como células basales en 1/3, 2/3 y la totalidad del epitelio, constituyéndose de esta manera en NIC I (LIE de bajo grado), NIC II, NIC III y CIS (LIE de alto grado).

En la actualidad la información citológica incluye varios puntos que no eran considerados por la clasificación antigua del Papanicolau. Nos referimos a la clasificación Bethesda que considera entre sus partes importantes: Calidad de la muestra, procesos inflamatorios sobre agregados, lesiones preneoplásicas y neoplásicas como también el colpocitograma.

"CABE REMARCAR QUE EL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA CERVICAL ES HISTOPATOLOGICO NO CITOLOGICO"

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

3.- MARCO TEORICO

Determinar el manejo de las lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado en pacientes del servicio de Oncología Ginecológica en el I.O.N - C.P.S en el periodo comprendido entre Noviembre de 1999 a Noviembre del 2003

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado
- 2.- Determinar la edad de mayor incidencia de las pacientes con lesiones de bajo y alto grado
- 3.- Relacionar la aparición de lesiones intraepiteliales con el numero de gestaciones
- 4.- Mostrar la distribución de las lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado de acuerdo a la procedencia.

5.- Relacionar la aparición de lesiones intraepiteliales con el estado civil, inicio de la vida sexual activa y el numero de parejas sexuales

6.- Relacionar las lesiones intraepiteliales con procesos infecciosos

3.- MARCO TEORICO

CONCEPTO

En 1961 en el I Congreso internacional de Citología, propuso englobar con el término displasia a una gran parte del grupo de lesiones premalignas. El término displasia, introducido por Reagan en 1953, fue definido en Viena como todo epitelio escamoso situado sobre a superficie o en las glándulas, que muestra alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza el carcinoma in situ.

Se definió el carcinoma in situ como aquellos casos en los que no hay invasión y que muestran un epitelio en la superficie en los que no existen signos de diferenciación. El epitelio señalado puede extenderse a las glándulas subyacentes.

1. Las alteraciones afectan solo el epitelio de superficie,

En 1967, Richart defendió el concepto de neoplasia cervical intraepitelial. Definimos a neoplasia cervical intraepitelial (CIN) como un espectro de epitelios escamosos, anormales, pero que están bien diferenciados, es decir,

que se corresponden con el concepto clásico de displasia leve, hasta epitelios con ausencia total de diferenciación, situados en la superficie, o relleno de glándulas, pero sin invasión, es decir, se corresponden con el concepto clásico de carcinoma in situ.

6. Aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales.

La introducción del término neoplasia intraepitelial se basa fundamentalmente en el concepto de que entre las displasias y el carcinoma in situ, existe suficiente semejanza para concluir que ambas constituyen dos estadios evolutivos de una misma entidad, a la que se ha denominado neoplasia intraepitelial.

Las anomalías afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor.

Las diferencias entre las displasias y el carcinoma in situ son fundamentalmente cuantitativas más que cualitativas. Por otra parte, se ha demostrado que un número importante de displasias si no se tratan adecuadamente se dejan a su evolución espontánea, se transforman en carcinoma in situ, el porcentaje que sufre esta transformación no se conoce con seguridad, oscilan entre el 30 y el 50 %.

Se introduce el concepto de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y el de lesión escamosa de alto grado.

Las anomalías que caracterizan a la CIN son:

1. Las alteraciones afectan solo el epitelio de superficie,

Se ha propuesto aunque pueden extenderse al que rellena las glándulas.

2. Pérdida de la estratificación y de la polaridad celular.

3. Ausencia de diferenciación y de maduración.

4. Las células escamosas tienen diferente tamaño y forma y está aumentada la relación núcleo citoplasma.
5. Alteraciones en el núcleo (hipercromatismo e irregular distribución de la cromatina nuclear).
6. Aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales.

Según la intensidad de estas anomalías, se distinguen tres grados:

- CIN grado I (displasia leve). Las anomalías afectan solo el tercio inferior del grosor total del epitelio
- CIN grado II (displasia moderada). Las anomalías afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor.
- CIN grado III (displasia grave y carcinoma in situ). Las alteraciones se extienden a todo el espesor del epitelio.

En 1985 el Instituto Nacional del Cáncer introdujo una nueva clasificación (llamada clasificación de Bethesda), en la que se descarta el sistema de graduación de Papanicolau y término CIN y se introduce el concepto de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y el de lesión escamosa de alto grado en base a datos citológicos.

Se ha propuesto una clasificación histológica (Richard, 1990), distinguiendo dos grupos:

1. Lesión intraepitelial bajo riesgo. relacionada a menudo con los tipos 6-11-16 de HPV. Clínicamente corresponden a condilomas exofíticos o planos. Su evolución a carcinoma no es obligada.

2. Lesión intraepitelial escamosa de alto riesgo. Contienen predominantemente HPV 16. Usualmente el DNA nuclear es aneuploide.

Factor aneuploide. probablemente guardan relación con la existencia de las lesiones premalignas y cáncer del cuello uterino.

La dificultad estriba, en la práctica, en la diferenciación de estos dos tipos de lesiones con los medios habituales de diagnóstico.

• ESTADO SOCIOECONOMICO

FRECUENCIA

• CONDUCTA SEXUAL

• INFECCIONES POR VIRUS

La frecuencia de la CIN publicada en la literatura varía ampliamente. Por otra parte, las cifras halladas dependerán también del método empleado para la detección. En las estadísticas clásicas se señala una prevalencia para el carcinoma in situ entre 431 y 391 por 100.000 (Fidler y Cols 1968; Christopherson 1966; kasper y cols, 1970; kashgarian y Dunn,1970). Las tasas de prevalencia de las displasias varían igualmente en las distintas estadísticas entre 29 y 380 por 100.000 según los datos recogidos por

Langley Compton (1973), que comprenden el análisis de un material importante recogido de la literatura. Las incidencias de las displasias varia cervical (CIN o cáncer invasivo), grupo que está definido por los siguientes entre 78 y 147 por 100.000 (christopherson y parker , 1964 ; Dunn y factores: