

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



**IMÁGENES ATÍPICAS PERSISTENTES
COLPOSCÓPICAS EN GESTANTES PERIODO
MARZO 2017 A MARZO 2018 HOPSITAL DISTRITAL
LAMBARE**

DRA: CINTHIA BARBOTTE

DRA: THELMA AVALOS

Coronel Oviedo, Paraguay

Julio, 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



IMÁGENES ATÍPICAS COLPOSCÓPICAS PERSISTENTES
EN GESTANTES PERIODO MARZO 2017 A MARZO 2018
HOSPITAL DISTRITAL DE LAMBARE

Trabajo de investigación presentado para optar por el
título de Diplomado y/o Especialista en Patología Cervical

Autor/a: Cinthia Barbotte

Thelma Avalos

Tutor/a: Dra. Maria Gloria Velazquez

Coronel Oviedo, Paraguay

Julio, 2018

DEDICATORIA

Este Proyecto está dedicado a las personas que más nos han influenciado en nuestras vidas, dándonos los mejores consejos, guiándonos y haciéndonos unas personas de bien con todo nuestro amor y afecto se los dedicamos a nuestra familia.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres que gracias a sus consejos y palabras de aliento nos han ayudado a crecer como personas y a luchar por lo que queremos, gracias por enseñarnos valores que nos han llevado a alcanzar una gran meta.

INDICE

HOJA DE APROBACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Pregunta de investigación	9
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos	10
2.3. Justificación	10
2.4. Antecedentes.....	11
3. MARCO TEORICO	13
3.1. Cuello uterino	13
3.2. Virus de papiloma humano	14
3.3. Clasificación del virus del papiloma humano	15
3.4. Virus del papiloma humano y cáncer cervical.....	15
3.5. Factores de riesgo para la infección.....	16
3.6. Colposcopia.....	18
4. MARCO METODOLOGICO	24

4.1.	Tipo de estudio.....	24
4.2.	Delimitación del espacio- temporal.....	24
4.3.	Población, muestra y muestreo.....	24
4.4.	Criterios de inclusión.....	24
4.5.	Variables	25
4.6.	Técnica e instrumento de recolección de datos	26
4.7.	Análisis estadístico	26
4.8.	Asuntos éticos	27
5.	RESULTADOS.....	28
6.	DISCUSION Y COMENTARIOS.....	39
7.	CONCLUSIONES.....	42
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
	ANEXO.....	47

RESUMEN

Durante el embarazo puede haber algunos problemas para establecer el diagnóstico correcto de las lesiones cervicales y el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino debido a la existencia de alteraciones morfológicas y a las modificaciones características que el embarazo imprime a las estructuras histológicas del cérvix. Determinar la frecuencia de casos con imagen colposcópica atípica en gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré durante el periodo comprendido de marzo de 2017 a marzo de 2018. Los hallazgos colposcópicos determinaron que el 83% presento lesión de bajo grado, seguido del 17% en lesiones de alto grado. Los hallazgos histopatológicos determinaron 72% NIC1 y con el 28% NIC2. Como conclusión se llego a los siguientes resultados: Se hallo una mayor frecuencia de gestantes con edades comprendidas entre los 20 y 35 años. El estado civil de mayor presentación fueron las gestantes solteras. Las mismas se encontraban cursando el III trimestre de embarazo. Los signos y síntomas más frecuentes fueron en primer lugar el flujo transvaginal, seguido de prurito. Con relación a los factores de riesgo, la promiscuidad resulto ser la más característica. Los hallazgos colposcópicos determinaron en un mayor porcentaje de lesión de bajo grado. Como resultado de la persistencia de imágenes sospechosas en el puerperio, correspondió a un menor porcentaje.

Los hallazgos histopatológicos fueron NIC1 y NIC2. No se presentaron complicaciones obstétricas durante el periodo de estudio.

Palabras clave: Lesiones cervicales, imagen, colposcopia.

1. INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo puede haber algunos problemas para establecer el diagnóstico correcto de las lesiones cervicales y el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino debido a la existencia de alteraciones morfológicas y a las modificaciones características que el embarazo imprime a las estructuras histológicas del cérvix. Estas modificaciones adquieren su máximo interés por su parecido con las lesiones consideradas como carcinoma in situ (1,2).

La colposcopia es aún un medio poco empleado durante el embarazo. La colposcopia y la colpocitología pueden efectuarse durante el embarazo con absoluta confianza, si se efectúa con cuidado, delicadeza, atención y experiencia práctica (2).

1.1. Planteamiento del problema

El inicio de una vida sexual activa en edades tempranas, y el tener múltiples parejas sexuales incrementa el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino. El cambio en la moda de edad de presentación de las lesiones epiteliales de alto grado, está determinando una mayor necesidad de estudiar colposcópicamente a las mujeres en gestación.

La colposcopia durante el embarazo supone un reto para el médico especialista por los cambios fisiológicos que hacen más difícil la técnica y la interpretación del examen así como la decisión de tomar o no biopsias dirigidas.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de imágenes colposcópicas atípicas en las gestantes que acudieron al Hospital de Lambaré durante el periodo de marzo de 2017 a marzo de 2018?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la frecuencia de casos con imagen colposcópica atípica en gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré durante el periodo comprendido de marzo de 2017 a marzo de 2018

2.1.1. Objetivos específicos

- Identificar la edad cronológica.
- Identificar el estado civil.
- Determinar las semanas de gestación
- Evaluar los factores de riesgo más frecuente
- Determinar los hallazgos colposcópicos.
- Determinar la persistencia de imágenes sospechosas.
- Determinar los resultados histopatológicos.
- Identificar si existió complicación obstétrica durante el embarazo.

2.2. Justificación

Durante la gestación puede tenerse problemas en la interpretación de los estudios citológicos y colposcópicos por los cambios que ocurren en el cérvix durante la gestación, siendo entonces necesario su seguimiento posparto.

Muchas de las lesiones pueden regresar, persistir o realmente progresar a enfermedad invasiva, por lo que la colposcopia juega un rol importante para determinar dichos cambios.

2.3. Antecedentes

Liu-Wang diagnosticaron la malignidad durante el primer trimestre en más de la mitad de los casos y 43 % en el segundo trimestre, ningún caso en el tercer trimestre y 71 % terminaron la gestación. En este caso la mitad se diagnosticaron en el primer trimestre y la otra mitad en el segundo trimestre, lo que ha permitido tomar conductas precoces como la conización en los casos necesarios y brindar la opción de la interrupción voluntaria de la gestación en dos de los seis casos (3).

En su serie de 20 casos, *Terán Porcayocita* que 70 % constituían carcinoma epidermoide en estadios IB o mayor, 10 % tipo adenocarcinoma cervical y 20 % eran carcinoma *in situ* (4).

En un estudio descriptivo - prospectivo, que se realizó en el Hospital de Apoyo III – Sullana, Noviembre de 2000 a Febrero de 2001, se describió los factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasia intraepitelial cervical en gestantes que acudieron al consultorio externo de Control Pre Natal. Se estudió 302 gestantes de un universo de 1404 gestantes; por Muestreo Aleatorio Simple. Se aplicó una encuesta y Cédula sociológica y Cultural para determinar el nivel socioeconómico de las gestantes en estudio, los datos recogidos fueron analizados, concluyendo que la población motivo de estudio presentó los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de NIC: Edad temprana del primer coito (antes de los 19 años), paridad, uso de método anticonceptivo hormonal y nivel socioeconómico bajo. Recomendando PAP rutinario a todas las gestantes en su primer control Pre Natal. Pero el estudio no menciona confirmación colposcópica del NIC en el postparto (5).

Munk planteo que de no ser posible que la toma de una biopsia se correlacione con la regresión de las displasias cervicales, la presencia de NIC II, III en los márgenes de las biopsias debería asociarse con mayor persistencia de NIC. Si existe un componente inmunológico relacionado debería incrementarse con la ampliación del intervalo de la realización de una biopsia de control. Revisó 61 biopsias por punción de NIC 3, con dos patólogos independientes, se evaluaron los márgenes y la duración del intervalo para la toma de la biopsia de control. 10 de las 61 (16%) de las pacientes con NIC 3 mostraron NIC 1 o menos en la biopsia de seguimiento, NIC 3 o no en los márgenes de resección, el tamaño de la lesión en la biopsia, y presencia o ausencia de NIC 2, 3 en la misma biopsia no se correlacionó con regresión o no. Sin embargo el número de muestras libres de NIC 2, 3 incrementó con aumento del intervalo de la biopsia de control., 5% en pacientes con intervalo de 9 semanas y 38% en mayores de 9 semanas ($p < 0.001$). Estos resultados favorecen la hipótesis de que el NIC III puede regresar y que ello no se debe a la teoría de la biopsia curativa (6).

3. MARCO TEORICO

3.1. Cuello uterino

El cuello uterino (Cérvix del útero) abarca la tercera parte del útero, es relativamente estrecho y de forma cilíndrica, mide aproximadamente 2,5cm en la no gestante. Se divide de forma didáctica en dos partes: una parte supravaginal, que se encuentra entre el itsmo y la vagina, y una parte vaginal que protruye dentro de la vagina. La parte vaginal redondeada envuelve el orificio externo del útero y está rodeada por el fórnix vaginal. La parte supravaginal se separa de la vejiga en su parte anterior por tejido conectivo laxo y del recto en su parte posterior por el fondo de saco recto uterino (7).

El cuello uterino, así como la vagina, están tapizados por dos tipos de epitelio: El primero, el exocervical, es plano pavimentoso no queratinizado, y el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor. El sitio donde se unen ambos tipos de epitelios es muy variable, pues está en relación a la edad de la mujer, y es dependiente de la acción hormonal de los ovarios, de la edad de presentación de la menarquía, del coito y del embarazo (7).

El sitio de unión de estos dos tipos de epitelio se llama zona de unión escamocolumnar, que es dinámica, influenciada por fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en un epitelio de tipo pavimentoso. El cambio de epitelio se denomina metaplasia (8).

El epitelio escamoso que tapiza el exocérvix y la vagina está conformado por tres capas celulares que comparten características citomorfológicas semejantes. Dentro de ellas encontramos una capa basal y parabasal, un estrato intermedio y un estrato superficial (8).

El estrato más profundo se caracteriza por presentar constantes cambios regenerativos. Este estrato se constituye de células basales que representan la capa germinativa, que por su alta actividad mitótica contribuyen al crecimiento e integridad del epitelio. Se ha observado que cuando las células más profundas de esta capa maduran hacia la superficie, aumenta el citoplasma, y el núcleo se va reduciendo progresivamente y se vuelve picnótico en las células superficiales. Este proceso dura aproximadamente cuatro días que puede verse disminuido por efecto de los estrógenos y alargarse por la progesterona. Esta hormona puede inhibir la maduración del estrato intermedio provocando un aumento de esta zona (8,9).

El epitelio se separa del estroma por la membrana basal, que es una banda acidófila que se continúa a lo largo del epitelio endocervical y endometrial. La membrana se compone de una gran variedad de proteínas complejas, como por ejemplo, la laminina, el colágeno tipo IV y V, fibronectina y proteoglicanos (9).

La mucosa de la región endocervical está revestida por una hilera de células cilíndricas mucosecretoras. La mucosecreción tiene funciones específicas, está regulada por efecto de estrógenos y la progesterona. Este proceso forma un tapón mucoso que tiene efecto de barrera y se cristaliza en la ovulación para que se pueda dar el paso de espermatozoides. Las células de reserva se localizan por debajo del epitelio columnar, éstas tiene la capacidad de multiplicarse y diferenciarse produciendo la metaplasia escamosa (9).

3.2. Virus de papiloma humano

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos

sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. De estos el grupo de tipos considerados de alto riesgo de producir cáncer está constituido por al menos 15 tipos. El virus del papiloma humano es un virus pequeño (45 a 55 nm) carente de envoltura, termoestables, resistentes al éter este virus afecta la piel y membranas mucosa. Se han identificado más de 100 diferentes tipos de virus del papiloma humano (10).

3.3. Clasificación del virus del papiloma humano

Aunque la mayoría de los casos el virus del papiloma humano produce lesiones benignas algunas pueden llevar al desarrollo de cáncer. En función de estos se clasifican en virus de alto riesgo, bajo riesgo y riesgo indeterminado (11).

Virus de alto riesgo: De estos tipos los más importantes son el 16 y 18 siendo responsables de un 70% de los cánceres cervicales los tipos de alto riesgo causan la mayoría de los cánceres de vagina y ano (70% a 90%), un 40% de los cánceres de vulva y pene un 20% de los cánceres oro faríngeos y un 10% de los cánceres de cavidad oral. Dentro de los virus de alto riesgo encontramos los subtipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 (11).

Virus de bajo riesgo: Los tipos de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales, mientras que otros pueden infectar y no causar signos apreciables. El 90% de las verrugas se deben a los tipos 6 y 11. Dentro de los virus de bajo riesgo encontramos los subtipos: 6, 11, 40, 42, 43 entre otros (11).

3.4. Virus del papiloma humano y cáncer cervical

El papel oncogénico del virus del papiloma humano fue sugerido por primera vez a principios del 1976 y el primer virus del papiloma humano genital fue identificado en 1978 (12).

El virus del papiloma humano generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales anales y vaginales) otros tipos de contactos genital sin penetración (contacto oral-genital, manual –genital, genital-genital) pueden causar una infección por el virus del papiloma humano, pero esas vías de transmisión son mucho menos frecuentes que la relación sexual con penetración. Se admite un pequeño porcentaje de transmisión por fómites (12).

3.5. Factores de riesgo para la infección

No se reconoce exactamente los factores de riesgo específico en la adquisición de la infección por virus del papiloma humano desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo es importante discutir aquellos factores, asociados al virus del papiloma humano y que influyen en el desarrollo de enfermedad cervical. Se considera que los factores de riesgo en la adquisición del virus del papiloma humano son similares a aquellos para neoplasia cervical (13).

- Promiscuidad: Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del virus del papiloma humano ,se observa con mayor frecuencia la infección por el virus en mujeres que han tenido más de 3 parejas sexuales o que practican sexo de forma casual. -Número de partos: Durante la adolescencia como en el primer embarazo el epitelio escamoso reemplaza al epitelio columnar, formándose una unión escamocolumnar progresivamente más cerca al orificio cervical

externo. Esta nueva unión llamada zona de transformación es susceptible al efecto carcinogénico de los agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el virus del papiloma humano (13).

- Actividad sexual a temprana edad: El periodo de metaplasia escamosa, que existe en el cuello uterino de las adolescentes, es el momento más crítico para el riesgo potencial de la transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical. Las mujeres que inician la actividad sexual a temprana edad, cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarían una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásico y activarían la transformación de esas células (13).
- Enfermedades transmitidas sexualmente: La presencia de infecciones de transmisión sexual particularmente aquellas asociadas con cervicitis agudas como Chlamydia Trachomatis, virus de herpes simple, gonorrea o tricomonas vaginales pueden aumentar la susceptibilidad para la infección del virus del papiloma humano (13).
- Edad: La prevalencia de la infección por virus del papiloma humano es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (15 a 25 años) relacionado con el patrón de comportamiento de la comunidad en poblaciones liberales donde el número de compañeros sexuales distintos y ocasionales es elevado la prevalencia puede ser del 30-40% para este grupo de edad posteriormente se produce una disminución muy marcada entre los 25 a 40 años (detección viral llega a ser del 3 al 10%)

estabilizándose a partir de esta edad . En algunas poblaciones se ha observado un segundo pico de prevalencia en las mujeres postmenopáusicas cuya interpretación es todavía objeto de investigación (14).

- **Factor hormonal:** Los estrógenos podrían ser los responsables provocando una proliferación del epitelio y tejido conjuntivo; esta hipótesis se basa en que casi siempre se da en mujeres multíparas, teniendo en cuenta que, durante el embarazo, el cuello estaría sometido de forma continua al estímulo hormonal. La relación con el hiperestrogenismo parece convincente, ya que los pólipos suelen asociarse con hiperplasia endometrial (14).
- **Hábito de fumar:** Productos del cigarrillo puede ser encontrado en cantidades concentradas en el moco cervical de las fumadoras, estudios indican que el cigarrillo pueden influenciar la inmunidad intra epitelial al disminuir el número de células de Langerhans en el epitelio genital, el cigarrillo es un factor de riesgo para la persistencia de enfermedad genital inducida por virus del papiloma humano (14).

3.6. Colposcopía

La colposcopía es un método de tamizaje que consiste en la observación directa del cuello uterino mediante un instrumento óptico llamado colposcopio. El colposcopio es un instrumento que permite proveer de iluminación y magnificación adecuadas. Este instrumento consiste básicamente en un par de binoculares o serie de lentes fijados a algún tipo de sistema de soporte (15).

La colposcopia por sí sola no constituye una herramienta suficiente, ya que tiene una baja sensibilidad y un valor predictivo bajo. Sin embargo, es esencial en un programa de detección de citología cervical para la valoración de los resultados anormales de la citología, con el fin de hacer un diagnóstico de neoplasia cervical pre invasiva o invasiva. Cuando se presenta un resultado anormal de la citología cervical, las directrices sobre cuándo realizar la colposcopia en caso de anomalías mínimas o de significancia indeterminada, varían entre los países. Sin embargo, para una anomalía de alto grado, la colposcopia es indicada (16).

La técnica de realización no difiere de la empleada en la mujer no gestante, ni necesita instrumental especial (17).

Identifica las mismas categorías de clasificación; los cuadros aislados aparecen modificados, con aspectos peculiares y característicos. No es fácil distinguir lo fisiológico de lo patológico. La biopsia no constituye un problema importante si se efectúa taponamiento inmediato con algodón, sustituido más adelante por nitrato de plata (17)

El cuello uterino aparece modificado por completo en sus dimensiones y color; la hipertrofia es progresiva, sigue la evolución del embarazo, pudiendo llegar a duplicar o casi triplicar sus dimensiones al término (18).

El color se modifica con acentuaciones progresivas, congestión o cambios (aspecto rojo-azulado) (17,18).

Hay aparición de fenómenos conectivos vasculares: aumento cuantitativo de los componentes cervicales y de aporte sanguíneo, notable edema estromal e hipervascularización, con aumento de la cantidad y el calibre de los vasos, ectasias y aspecto pseudoangiomatoso ocasional (19).

Todos los cambios morfológicos y estructurales propios del embarazo experimentan regresión en el puerperio, incluyendo a la cianosis, el edema estromal y la decíduosis. El ectropión pierde su aspecto hipertrófico y exuberante. La zona de transformación anormal adopta un aspecto más regular que facilita su revaloración (20).

La regresión de las lesiones depende de la inestabilidad de las mismas, característica propia del embarazo; dichas lesiones son variables tanto en el tipo de imagen como en su extensión (20).

La distrofia cervicovaginal profusa es un cuadro típico del puerperio, caracterizada colposcópicamente por petequias y fragilidad epitelial con yodo captación débil. Estos hallazgos son frecuentes sobre todo un mes antes del parto, persistiendo más si hay lactancia al seno materno. La valoración colposcópica postgravídica debe efectuarse en condiciones de estabilidad hormonal, cuando se haya restablecido la menstruación regular (21).

Las imágenes colposcópicas anormales dependen de los siguientes factores: (22)

- Mayor densidad nuclear
- Cambios en la maduración epitelial que comporta modificaciones en el contenido de glucógeno y proteínas, con precipitación transitoria de las mismas al aplicar ácido acético.
- Cambios en el grosor epitelial
- Cambios en la morfología de la vascularización del tejido conectivo.

Los parámetros colposcópicos más importantes que nos permiten valorar dichas anomalías son: (22)

- Superficie: lisa o rugosa en cuyo caso suele ser indicativo de mayor gravedad lesional
- Reacción al acético: los epitelios inmaduros o anormales contienen mayor proporción de proteínas celulares y menor cantidad de glucógeno citoplasmático por lo que se convierten en más opacos o blanquecinos tras aplicar ácido acético. En general, a mayor reacción aceto-blanca, mayor gravedad lesional.
- Reacción al Lugol: la tinción se relaciona con la cantidad de glucógeno. Las lesiones más atípicas, poseen poco glucógeno, y por tanto son Lugol negativas.
- Bordes lesionales: en general, los bordes irregulares y difusos sugieren lesión mayor y los bien definidos lesión menor.
- Patrón vascular: en general las imágenes de punteado, mosaico y vasos atípicos sugieren displasia.

Los hallazgos encontrados durante la exploración colposcópica deben ser registrados de forma clara y precisa en formularios y gráficos estandarizados. Además es preciso aportar iconografía de la exploración, ya sea mediante un diagrama o una fotografía (23).

Ha habido varias clasificaciones del examen colposcópico, siendo la más actual la presentada en Barcelona en el X Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) (25,26).

La combinación de diferentes patrones es frecuente, pero cuanto más heterogéneas son las características colposcópicas, más probable es la gravedad del grado de displasia. Aunque tradicionalmente se ha considerado

que la histología es el factor definitivo en el diagnóstico de las lesiones pre cancerosas del cuello uterino, pueden plantearse dificultades diagnósticas significativas debido a aspectos técnicos y falta de acuerdo en la interpretación (26).

Por ello el diagnóstico final debe establecerse con la correlación entre colposcopia, citología e histología en condiciones ideales evaluadas por profesionales con experiencia (27).

Clasificación colposcópica, Federación Internacional para la Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC)

Normal

- Epitelio escamoso original
- Epitelio columnar
- Zona de transformación normal

Anormal

- Epitelio acetoblancos fino
- Epitelio acetoblancos grueso*
- Mosaico fino - Mosaico grosero*
- Punteado fino
- Punteado grosero
- Parcialmente positivo al Yodo
- Yodo negativo*
- Vasos atípicos*

Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo

Colposcopia insatisfactoria (27).

- Unión escamoso columnar no visible

- Asociación con inflamación o atrofias severas, trauma
- Cuello no visible

Hallazgos misceláneos

- Condilomas
- Queratosis
- Erosión
- Inflamación
- Atrofia
- Deciduosis
- Pólipos

*** *Cambios mayores***

4. MARCO METODOLOGICO

4.1. Tipo de estudio

Estudio retrospectivo de tipo observacional

4.2. Delimitación del espacio- temporal

La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Patología Cervical del Hospital Lambaré en el periodo comprendido de marzo de 2017 a marzo de 2018

4.3. Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 131 Historias clínicas de las pacientes gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del Hospital de Lambaré durante el periodo comprendido de marzo de 2017 a marzo de 2018

Se incluyeron en el estudio como muestra 58 pacientes con imagen colposcópica atípica. El muestreo fue tipo censo.

4.4. Criterios de inclusión

Se incluyeron

- Historias clínicas de embarazadas en cualquier trimestre
- Historias clínicas completas de gestantes que se han realizado por lo menos una colposcopia

Se excluyeron

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas que demuestren un seguimiento inadecuado

4.5. Variables

Variables	Tipo	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	La edad al momento del diagnóstico	Menores a 60 años Mayores a 60 años
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de la persona según estado civil	Soltera Unión estable Casada
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar de residencia del paciente.	Asunción, Luque, San Lorenzo, F de la Mora. Mariano R Alonso.
Grado de instrucción	Cualitativa nominal	Grado de nivel intelectual.	Primaria, secundaria, universitaria, ninguna
Antecedentes gineco- obstétricos	Cualitativa nominal	La historia clínica gineco-obstétrica, sobre los aspectos, pasados y presentes, relacionados con la salud de la mujer y las circunstancias de su entorno.	Número de partos, Presencia de infecciones vaginales y Uso de anticonceptivos hormonales
Tabaquismo	Cualitativa dicotómica	Consumo de tabaco en algún momento de su vida.	Si - No
Gestación	Cualitativa nominal	Semanas de gestación	Ficha clínica

Diagnostico Colposcopicos	Cualitativa nominal	Rasgo colposcopicos que evidencia el diagnostico	Sospecha LSIL HSIL
Diagnostico Histopatologico	Cualitativa Nominal	Estudio de diagnóstico definitivo	NIC I NICII NICIII

4.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental. Para la recolección se diseñó una ficha tipo lista de cotejo, que recogía el conjunto de informaciones necesarias respecto a las variables a medir.

Los recursos utilizados fueron recursos económicos propios de la investigada y recursos materiales como impresión y carpeta para presentación, Fotocopias de fichas para la toma de muestras, impresión y encuadernado de la monografía, notebook, pen drive, etc.

4.7. Análisis estadístico

La información obtenida de las historias clínicas, y de imágenes fue volcada en una base de datos del programa Excel 2007 y se procesaron con el Programa estadístico de EPI-INFOTM.

4.8. Asuntos éticos

Se siguieron las normas éticas según la declaración de Helsinki de 1975 en la versión revisada de 1983 (28).

Por su diseño descriptivo, de observación, retrospectivo, no se influyó en los estudios ni tratamientos aplicados a los pacientes.

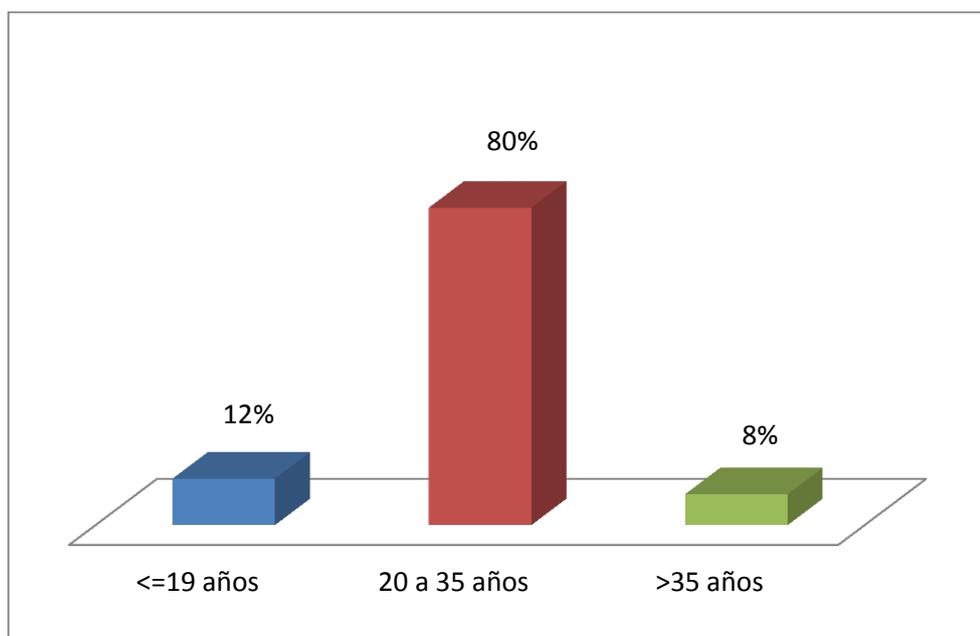
Por otra parte, el registro de los datos obtenidos de la historia clínica, se efectuó previa autorización del Jefe de Servicio de Patología Cervical del Hospital Lambaré.

Se mantendrán en forma confidencial los datos personales de todos los pacientes para respetar la privacidad de los mismos.

5. RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución numérica y porcentual según edad de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

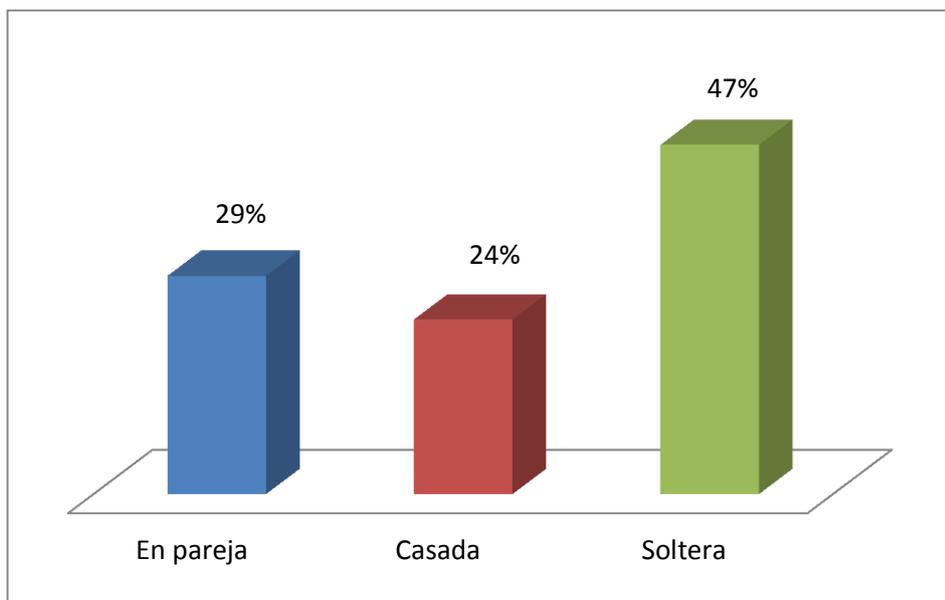
Gráfico 1: Edad



Del total de historias clínicas analizadas se halló una mayor frecuencia de gestantes con edades comprendidas entre los 20 y 35 años en 46(80%) casos.

Gráfico 2. Distribución numérica y porcentual según estado civil de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

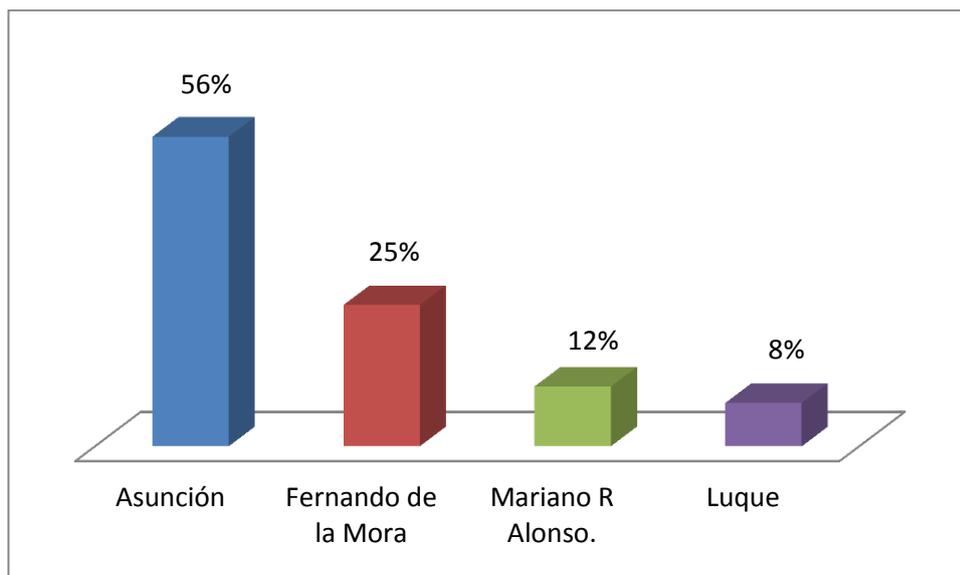
Gráfico 2: Estado civil



Con relación al estado civil se registró 47% gestantes solteras, en el 29% se encontraban en pareja y por ultimo casadas en el 24%.

Gráfico 3. Distribución numérica y porcentual según procedencia de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

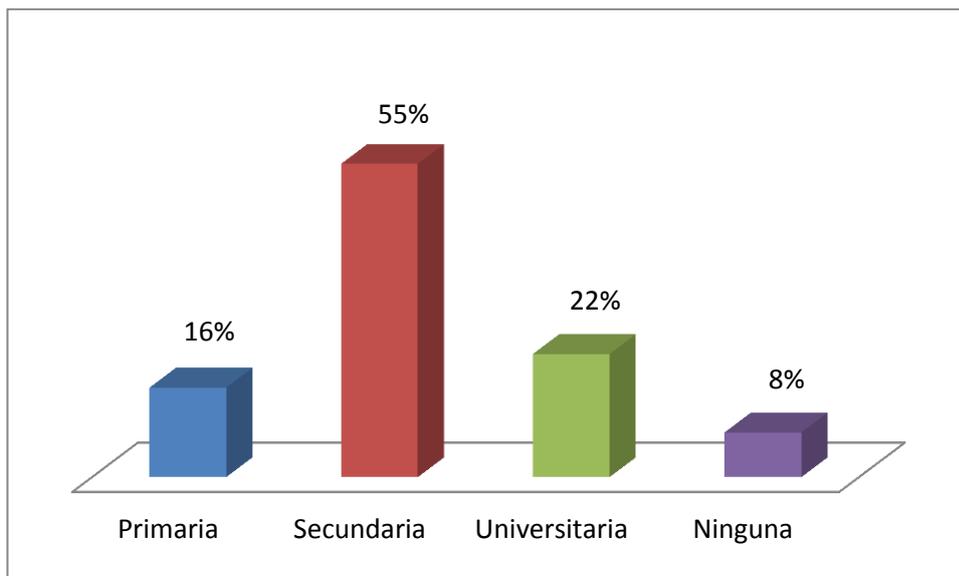
Gráfico 3: Procedencia



El lugar de procedencia del 32 (56%) de las historias clínicas fue de la Ciudad de Asunción, seguido de la ciudad de Fernando de la Mora un 14 (25%) casos.

Gráfico 4. Distribución numérica y porcentual según grado de instrucción de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

Gráfico 4: Nivel Educativo



22 pacientes (55%) posee un nivel de educación secundaria, 12 pacientes (22%) universitario y el 16% primario.

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual según antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

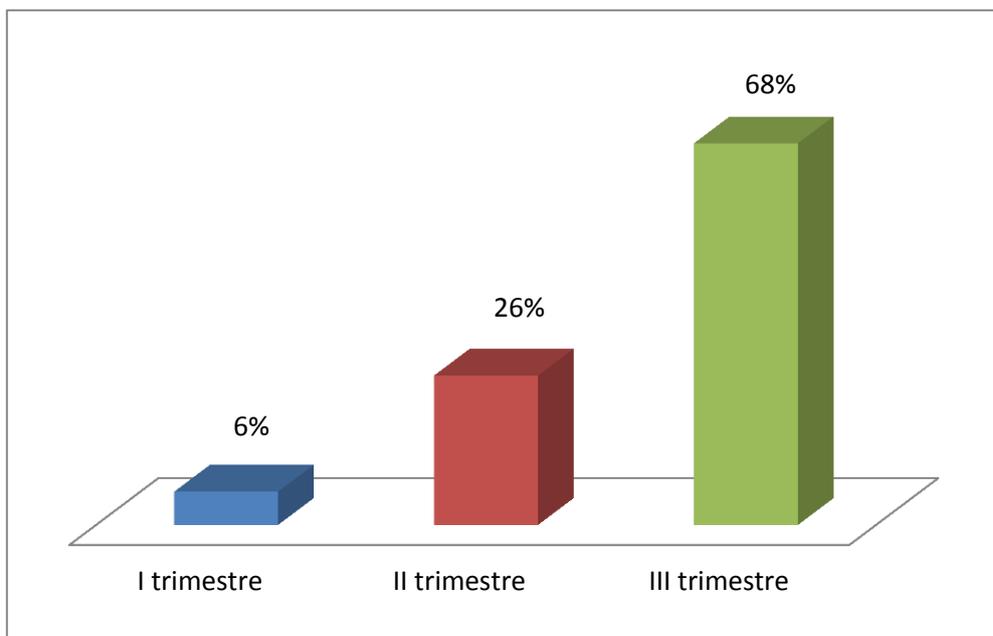
Tabla 1: Antecedentes gineco-obstétricos

Gestación	N	%
Primera gestación	26	45%
Segunda gestación	13	22%
Multi gestaciones	19	33%
Método de cuidado		
No uso método	33	57%
Preservativo	19	33%
Diu	4	7%
Otros	2	3%
Inicio de relación sexual		
<= 17 años	23	40%
>17 años	35	60%
Parejas sexuales		
1 pareja sexual	13	23%
Más de 1 pareja sexual	45	77%

En la Tabla N°1 se observan los antecedentes gineco-obstetricos de las historias clínicas, donde el 45% se encuentra en la primera gestación, el 22% en la segunda gestación y el 33% multigestaciones. Con relación al método de cuidado en el 57% de los registros no utiliza ningún método de cuidado, el 33% usa preservativo y solo el 7% utiliza DIU. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 60% de las participantes ha iniciado las relaciones sexuales con una edad mayor a los 17 años. Respecto al número de parejas sexuales, las historias clínicas ha determinado que el 77% ha tenido más de 1 pareja sexual.

Gráfico 5. Distribución numérica y porcentual según semana de gestación de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

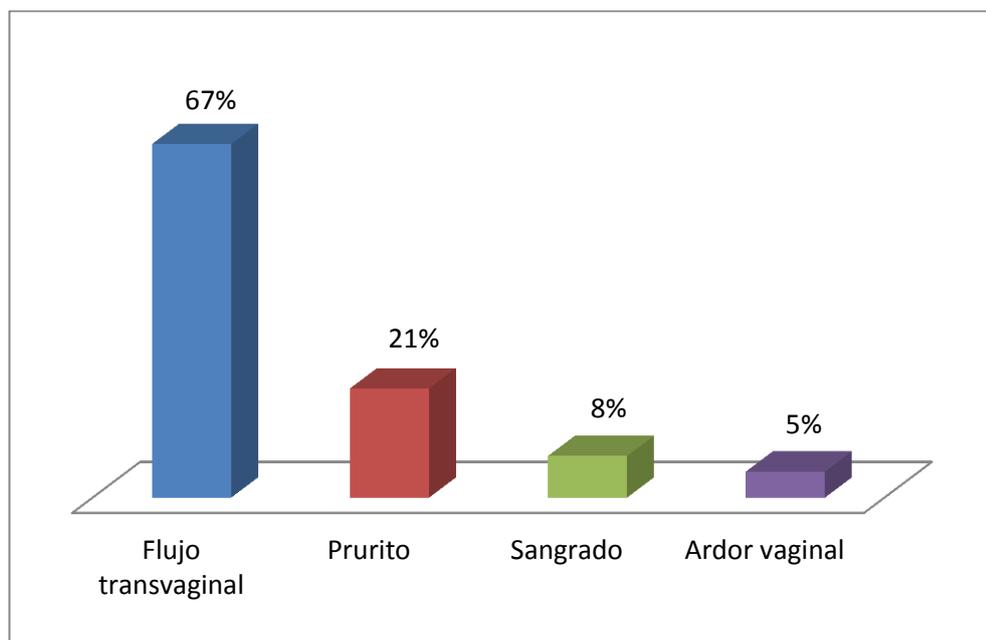
Gráfico 5: Semana de gestación



Se pudo registrar que el 39 de pacientes (68%) de las gestantes se encontraba cursando el III trimestre de embarazo, 15 (26%) el II trimestre y 4 (6%) el I trimestre.

Gráfico 6. Distribución numérica y porcentual según signos y síntomas de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

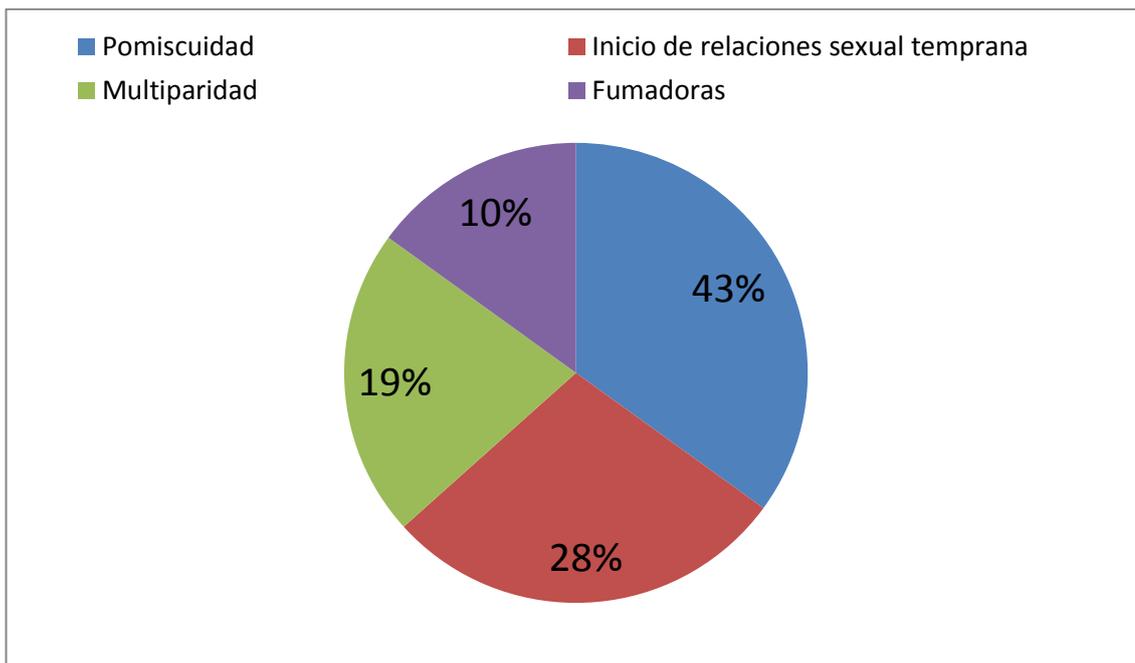
Gráfico 6: Signos y síntomas



Los signos y síntomas más frecuentes fueron en primer lugar en 39 pacientes (67%) el flujo transvaginal, 12 pacientes (21%) prurito, 5 pacientes (8%) sangrado y por último 2 pacientes (5%) ardor vaginal.

Gráfico 7. Distribución numérica y porcentual según factores de riesgo de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

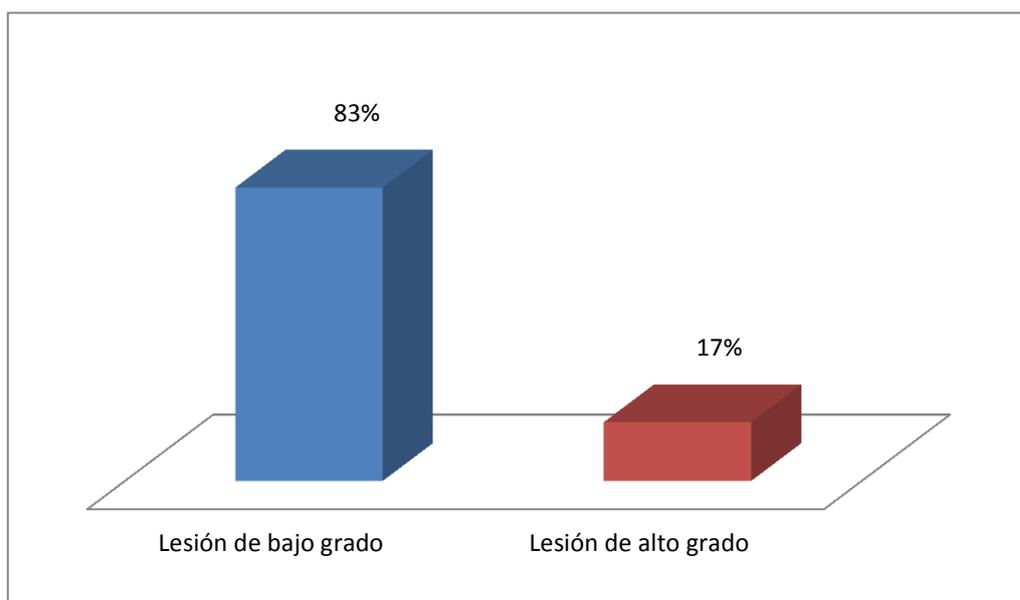
Gráfico 7: Factores de riesgo



Con relación a los factores de riesgo, la promiscuidad resulto 25 pacientes (43%), inicio de relaciones sexuales precoz 16 pacientes (28%), Multiparida 11 pacientes (19%) y fumadoras 6 pacientes (10%).

Gráfico 8. Distribución numérica y porcentual según Hallazgos colposcópicos de las gestantes que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

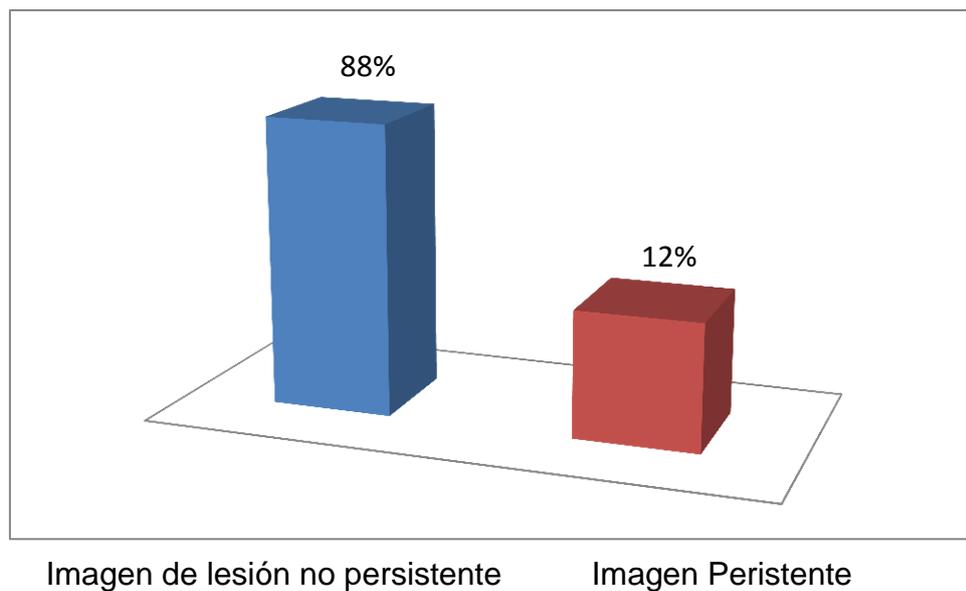
Gráfico 8: Hallazgos Colposcópicos en Gestantes



Los hallazgos colposcópicos determinaron 48 pacientes (83%) presento lesión de bajo grado, seguido de 10 pacientes (17%) en lesiones de alto grado.

Gráfico 9. Distribución numérica y porcentual según persistencia de imágenes sospechosas de lesión de alto o bajo grado en puerperio. Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. n.58

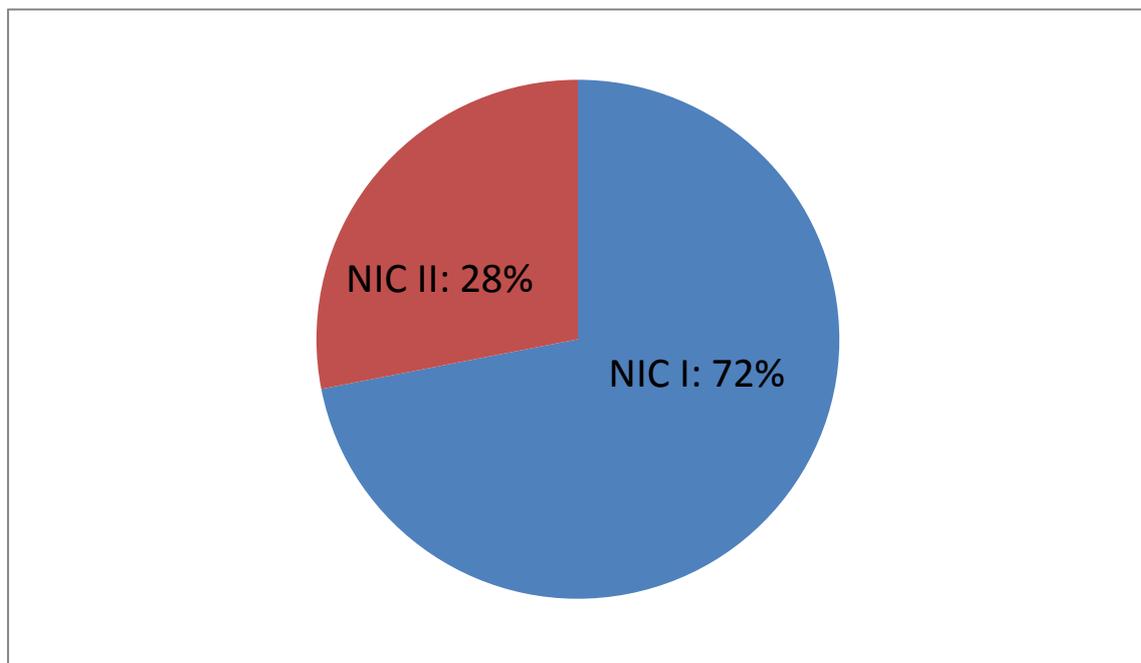
Gráfico 9: Persistencia de imágenes sospechosas en el Puerperio.



En cuanto a la persistencia de imágenes sospechosas en lesión de alto y bajo grado en puerperio, se determinó persistencia de imágenes 7 pacientes (12%) mientras 51 pacientes (88%) restante se obtuvo imagen de lesión no persistente.

Gráfico 10. Distribución numérica y porcentual según Hallazgos histopatológicos en puerperio que consultaron en el Servicio de Patología Cervical del hospital de Lambaré, años de 2017 al 2018. N. 7

Gráfico 10: Hallazgos histopatológicos en el Puerperio



Los hallazgos histopatológicos determinaron 5 pacientes (72%) V NIC1; 2 pacientes (28%) NIC2. Las biopsias fueron realizadas en el periodo de puerperio. No se presentó complicación obstétrica durante el periodo de estudio.

6. DISCUSION Y COMENTARIOS

En el presente estudio del total de historias clínicas analizadas se halló una mayor frecuencia de gestantes con edades comprendidas entre los 20 y 35 años en 46(80%) casos. Con relación al estado civil se registró 47% gestantes solteras, en el 29% se encontraban en pareja y por ultimo casadas en el 24%. El lugar de procedencia del 56% de las historias clínicas fue de la Ciudad de Asunción, seguido de la ciudad de Fernando de la Mora en 26(25%) casos. El 55% posee un nivel de educación secundaria, el 22% universitario y el 16% primario. Los antecedentes gineco-obstetricos de las historias clínicas, donde el 45% se encuentra en la primera gestación, el 22% en la segunda gestación y el 33% multigestaciones. Con relación al método de cuidado en el 57% de los registros no utiliza ningún método de cuidado, el 33% usa preservativo y solo el 7% utiliza DIU. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 60% de las participantes ha iniciado las relaciones sexuales con una edad mayor a los 17 años. Respecto al número de parejas sexuales, las historias clínicas ha determinado que el 77% ha tenido más de 1 pareja sexual.

Los signos y síntomas más frecuentes fueron en primer lugar con el 67% el flujo transvaginal, en el 21% prurito, con el 8% sangrado y por último con el 5% ardor vaginal.

En la investigación del autor Vázquez, se estudiaron 85 pacientes, con edad promedio de 26 a 30 años. De las cuales, 21% tenían edad materna avanzada. En relación con los trimestres, 11 pacientes cursaban el primer trimestre (12.9%), 35 el segundo trimestre (41.1%) y 39 el tercero (45.8%). La incidencia de virus del papiloma humano (VPH) en las embarazadas fue de 21.1%. La localización más frecuente fue cérvix 38%, vagina 38% y vulva 24%.

De éstas, 20% tenían antecedente de infección por virus del papiloma humano (IVPH), 14.1% con tratamiento antes del embarazo (58% alteraciones inflamatorias, 33% NIC y 9% IVPH en vagina), 5.8% sin tratamiento (60% NIC y 40% alteraciones inflamatorias).

Se pudo registrar que el 68% de las gestantes se encontraba cursando el III trimestre de embarazo, el 26% el II trimestre y el 6% el I trimestre

En tanto que en la literatura, el 60% presentó hallazgos combinados. El 50% con promiscuidad; 59% sin Papanicolaou previo; 35% tenían colposcopia. La mayoría (45.8%) se encontraba en el tercer trimestre (29).

En cuanto a la persistencia de imágenes sospechosas en lesión de alto o bajo grado en puerperio, se determinó persistencia de imágenes en el 12% mientras que en el 88% restante se obtuvo imagen sin lesión persistente. En esta investigación los hallazgos colposcópicos determinaron que el 83% presentó lesión de bajo grado, seguido del 17% en lesiones de alto grado.

Los hallazgos histopatológicos determinaron 72% NIC1 y con el 28% NIC2. Las biopsias fueron realizadas en el periodo de puerperio.

Un estudio en Craiova Rumania con 245 pacientes que presentan hallazgos malignos a colposcopia y biopsia. Hallazgos colposcópicos en el grupo de estudio: 28 (11.4%) NIC I, 50 (20.4%) casos, NIC II, 150 (61.2%), NIC III, 13 (5.3%) de carcinoma micro-invasivo y 4 (1.6%) de CIS. Los resultados histológicos en los 245 casos examinados 4 (1.6%) normales, 26 (10.6%) NIC I, 55 (22.4%), NIC II, 138 (56.3%) NIC III, 15 (6.1%) carcinoma micro-invasivo y 7 (2.8%) casos de CIS. Resultados: Correlación 78.5% en categoría NIC I, 84% en NIC II, 88.6% (133 de 150 pacientes) en NIC III, 46.1% en microcarcinoma invasivo y 50% en CIS. Mostró una alta precisión y correlación entre la

colposcopia y la histología, comparable con los resultados de estudios similares en la literatura. La sensibilidad fue menor, Se demostró la utilidad de estos dos procedimientos de diagnóstico como exámenes de detección en pre clínico del cuello uterino cáncer (30).

En la presente investigación las biopsias se realizaron en la etapa de puerperio no presentándose complicaciones en el 100%, mientras que lo registrado en la literatura, las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron el sangrado genital en el 62%, la amenaza de parto pre término en el 23% y en menor porcentaje la amenaza de aborto. Durante el puerperio las complicaciones más frecuentes fueron la anemia en el 55% a consecuencia del sangrado genital y fístula con lesión vesical en el 11% (31).

7. CONCLUSIONES

Podemos concluir una baja persistencias de imágenes atípicas colposcopias, en gestantes fueron de 58 pacientes, de las cuales 7 pacientes persistieron dicha imagen en el puerperio, lo que corresponde al 12%.

Se le realizaron biopsia dirigida a las 7 pacientes con imágenes persistentes cuyo resultados arrojaron NIC I 5 pacientes lo que representa el 72% y NCII 2 pacientes lo que representa el 28% . No se registraron complicación alguna en las gestantes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amant F. Gynecologic Cancers in Pregnancy. *IntJ GynecolCancer*.2014;24:395-403
2. Han SN. Cervical Cancer in pregnant women: treat, wait or interrupt? Assessment of current clinical guidelines, innovation sand controversies. *Ther Adv Med Oncol*. 2013;5(4):211-219
3. Liu Y, Wang Y, Chen X, Chen H, Zhang J. Malignancies associated with pregnancy: an analysis of 21 clinical cases. *Ir J Med Sci*. 2014;19(2):23-9.
4. Terán Porcayo MA, Gómez del Castillo Rangel O, Barrera López N, Zeichner Gancz I. Cancer during pregnancy: 10-year experience at a regional cáncer reference center in Mexico. *Med Oncol*. 2007;24:297-300.
5. Noblecilla Ordinola, Sandra; Ruiz Boulanger, Alison; Obst. Calle Cáceres, Amarilis. Factores de riesgo asociados al desarrollo de neoplasia Intraepitelial cervical en gestantes que acuden al hospital de apoyo III - Sullana en el período de noviembre de 2000 a Febrero de 2001. Tesis presentada para optar el título de licenciado en obstetricia. 2001
6. Munk AC; Kruse AJ; van Diermen B; Janssen EA; Skaland I; Gudlaugsson E; Nilsen ST; Baak JP Cervical intraepithelial neoplasias grade 3 lesions can regress. *APMIS : acta pathologica, microbiologica, et immunologica Scandinavica*. 2007; 115(12): 1409-14
7. Junceda A.E., Cuello Uterino, Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología. 2005:204-205

8. Usandizaga, J. A. y P. De La Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. España: Mc Graw-Hill. 2008;1: 623
9. Edouard Vinatier a, Benjamin Merlot a, Breast cancer during pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2009;147:9–14.
10. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of nonrandomized studies. Gynecol Oncol. 2007;104:232-246.
11. Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Koliopoulos G, Dillner J. Chapter 9: Clinical applications of HPV testing: a summary of meta-analyses. Vaccine. 2006;24 Suppl 3:S3/78-89.
12. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. J Natl Cancer Inst. 2005;97:1072-1079.
13. Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP. Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. J Infect Dis. 2005;191:731-738.
14. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X, Torné A, Ordi J, De Sanjosé S, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del Papiloma Humano. Prog Obstet Ginecol. 2006; 49 (Supl 2): 5-62.
15. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suiza: OMS, 2007.

16. FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). Guía global para la prevención y control del cáncer cervicouterino. 2009. Disponible en: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/gyneccancer/Spanish_version.pdf
17. Brown D, Berran P. Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy. *Clin Obstetr Gynecol* 2005; 48: 178-185. 11.
18. Creasman W. Cancer in pregnancy; *Operative Obstetrics*; 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. p. 424-426.
19. The International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2004; 8: 3-5. 2.
20. Walker P, Dexeus S. International terminology of colposcopy: An updated report from the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy;. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 175-177.
21. Tatsuo Y, Fujiyuki I. A study of abnormal cervical cytology in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 273: 274-277.
22. Apgar B. *Colposcopia. Principios y práctica*. McGraw-Hill; 2003. p. 413-433.
23. Dola C, Cheng J, Longo S. Are repeat colposcopic evaluations of abnormal pap smears necessary during pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1-2.
24. Baliga, B. Shakuntala, Terminología y aspecto del cuello uterino en la colposcopia, en: *Principios Y Práctica De La Colposcopia*, Mc Graw Hill 1ed, 2007, cap 5, pp:53-54

25. Duncan L, Jacob S, Hubbard E, Evaluation of p16INH4a as diagnostic tool in the triage of Pap smears demonstrating atypical squamous cells of undetermined significance. *Cancer*, 2008 feb 25; 114(1):34-48.
26. Hamou J, Montevechi L, Mioni S, Ojeda J, Castillo H. Simposio De Microcolpohisteroscopia En XII World Congress Cervical Pathology & Colposcopy, Cancún, México Junio 2005.
27. Palo G, Dexeus S, Chanen W, Cuello uterino, en: *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*, Elsevier Masson, 2^oed, 2007, cap1 pp:1-41.
28. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
29. Vázquez B. Hallazgos colposcópicos en embarazadas con sintomatología cervicovaginal. *An Med (Mex)* 2009; 54 (3): 148-155
30. Boicea A. Patrascu A. Surlin V. D Iliescu. Schenker M. Correlations between colposcopy and histologic results from colposcopically directed biopsy in cervical precancerous lesions. *Rom J Morphol Embryol*. 2012; 53 (3 Suppl):735-41.
31. Cortez, M. Incidence and management of cancer of cervix in the hospital German Urquidi 2004 – 2008. *Gaceta Médica Boliviana* 2010; 33 (1): 23-27.

ANEXO

Anexo 1: Nota de Autorización.

Hospital Lambaré

Lambaré , de del 2018

El que suscribe, **Dr.**, Jefe del Servicio dedel Hospital Lambaré, concede su visto bueno para la realización, en el Servicio a su cargo, de la Investigación, titulado:.....; cumpliendo con las actividades descritas en la investigación y cuyas investigadoras son: **Dra. Cinthia Barbotte y Dra. Thelma Avalos.**