



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

“Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019”.

AUTORES:

**Jorge Luis Vélez Padilla
Lorena Paola Vélez Padilla**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIA A LA OBTENCION DEL GRADO DE
MEDICO**

TUTOR:

Dr. John Cristian de Jesús Garijo Robles

GUAYAQUIL, ECUADOR

3 de mayo del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el actual trabajo de titulación fue elaborado en su totalidad por **Vélez Padilla Jorge Luis y Vélez Padilla Lorena Paola**, como requisito para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

Dr. John Cristian de Jesús Garijo Robles

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

YO, VÉLEZ PADILLA LORENA PAOLA

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación: **“Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019”**, precedente a la obtención del Título de Médico, ha sido elaborado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se anexionan en las referencias bibliográficas. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

AUTORA

VÉLEZ PADILLA LORENA PAOLA

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

YO, VÉLEZ PADILLA JORGE LUIS

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación: **“Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019”**, precedente a la obtención del Título de Médico, ha sido elaborado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se anexionan en las referencias bibliográficas. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

AUTOR

VÉLEZ PADILLA JORGE LUIS

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

YO, VÉLEZ PADILLA LORENA PAOLA

AUTORIZO A:

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación de la institución en la biblioteca del Trabajo de Titulación, de **“Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

AUTORA

VÉLEZ PADILLA LORENA PAOLA

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

YO, VÉLEZ PADILLA JORGE LUIS

AUTORIZO A:

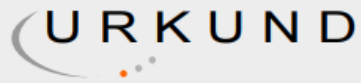
La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación de la institución en la biblioteca del Trabajo de Titulación, de **“Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

AUTOR

VÉLEZ PADILLA JORGE LUIS

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL CORREGIDA.docx (D67228043)
Submitted: 4/2/2020 2:13:00 AM
Submitted By: jorgeluisvelezpadilla@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://core.ac.uk/download/pdf/55519089.pdf>

Instances where selected sources appear:

1

Jorge Luis Vélez Padilla
Lorena Paola Vélez Padilla

AGRADECIMIENTO

Este presente trabajo se logró gracias a la participación y ayuda de muchas personas, pero sobre todo gracias a nuestra madre, Marjorie Padilla, que siempre estuvo pendiente de la realización y entrega oportuna de nuestro trabajo. También, le agradecemos a nuestra abuelita, Rosita Gutiérrez, que siempre está presente en cada momento de nuestras vidas, incluido este.

De igual forma, agradecemos a nuestro tutor, Dr. John Garijo, que nos ayudó en cada momento de elaboración del presente trabajo de titulación.

DEDICATORIA

Nosotros, **Jorge Luis Vélez Padilla y Lorena Paola Vélez Padilla**, queremos dedicar este trabajo para la obtención del Título de Médico a:

Principalmente a nuestra madre, Marjorie Padilla, por todo el apoyo que nos ha dado durante toda la carrera y por siempre haber creído en cada decisión que tomamos como estudiantes, y ahora como profesionales.

A nuestro padre, Jorge Luis Vélez, que siempre confió en nuestro potencial y que sabemos que desde el cielo está muy orgulloso de nosotros por este logro obtenido.

A nuestra abuelita, Rosita Juana Gutiérrez, por siempre estar presente en cada momento de nuestras vidas, de nuestra carrera, y pendiente de lo que necesitábamos para nuestra formación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Roberto Leonardo Briones Jiménez

DOCENTE

f. _____

Dr. Jorge Eliecer De Vera Alvarado

DOCENTE

f. _____

DR. Andrés Mauricio Ayón Geonkuong

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

RESUMEN	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACION	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
DEFINICIÓN.....	5
GRADOS DE LAS LESIONES A NIVEL DEL CUELLO UTERINO.....	5
ETIOLOGÍA	8
FISIOPATOLOGÍA.....	9
FACTORES DE RIESGO	10
CLÍNICA	11
DIAGNOSTICO	12
CITOLOGÍA CERVICAL.....	12
COLPOSCOPIA	13
BIOPSIA.....	16
TRATAMIENTO.....	17
PREVENCIÓN	17
MATERIALES Y METODOS	19
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	19
UNIVERSO Y MUESTRA	19
POBLACION.....	19
CRITERIOS DE INCLUSION	19
CRITERIOS DE EXCLUSION	20
VARIABLES	21
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Tabla del sistema de clasificación de las citologías.....	7
Tabla 2	Resumen de los cambios en el cribado y el tratamiento del cáncer de cuello uterino de acuerdo con las Guías Americana de la Sociedad de Colposcopia y Patología Cervical 2012	13
Tabla 3	Distribución del número de pacientes según la citología cervical	22
Tabla 4	Representación del número de pacientes por cada tipo de base que se utilizó para la toma de muestra para realizar la citología cervical	25
Tabla 5	Distribución del número de las pacientes según la edad y su porcentaje	26
Tabla 6	Representación de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de transmisión sexual que encontramos en los resultados	27
Tabla 7	Representación gráfica de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de transmisión sexual que encontramos en los resultados	27
Tabla 8	Representación de antecedentes personales de patología de cérvix en las pacientes, representados por sí o no en número y porcentaje, y el tipo de antecedente de cérvix de cada paciente.....	29
Tabla 9	Distribución en número de los resultados de la citología cervical según el rango de edad de las pacientes	31
Tabla 10	Distribución en número de los resultados de la biopsia según el rango de edad de las pacientes	32
Tabla 11	Correlación entre la edad y los resultados de la citología obtenido por PAP y los resultados obtenidos por biopsia, según la correlación de Pearson.....	34
Tabla 12	Correlación histopatológica de los resultados de la citología cervical con los resultados de la biopsia, según la correlación de Pearson.....	34

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Número de pacientes en citología cervical	23
Cuadro N° 2 Distribución del número de pacientes según la biopsia	23
Cuadro N° 3 Distribución del porcentaje de cada paciente según la biopsia.....	24
Cuadro N° 4 Representación del número de pacientes por cada tipo de base que se utilizó para la toma de muestra para realizar la citología cervical	25
Cuadro N° 5 Representación gráfica del número de pacientes por rango de edad entre todas las pacientes	26
Cuadro N° 6 Representación gráfica de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de transmisión sexual que encontramos en los resultados	28
Cuadro N° 7 Representación gráfica de antecedentes personales de patología de cérvix en las pacientes, representados por sí o no en número y porcentaje, y el tipo de antecedente de cérvix de cada paciente.....	30
Cuadro N° 8 Distribución gráfica de los resultados de la citología cervical según el rango de edad de las pacientes	32
Cuadro N° 9 Distribución grafica de los resultados de la biopsia según el rango de edad de las pacientes	33

RESUMEN

Introducción: Las lesiones intraepiteliales, por la anatomía del cuello uterino, es de fácil examinación de manera directa, y realizar el estudio citológico e histológico y de esta forma realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para las lesiones premalignas a nivel del cérvix. Las lesiones que se encuentran a nivel de cuello uterino tienen como características el presentar inmadurez y anomalías nucleares.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es demostrar si existe correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019.

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

Resultados: En las muestras tomadas por biopsia, los resultados dan un 76% para NIC 1, lo cual nos demuestra, según la teoría, que la biopsia es el método diagnóstico para confirmar una lesión a nivel de cérvix. Debido a que, en los datos recolectados en nuestro estudio, la mayor parte de las pacientes que tenían negativo para malignidad o ASCUS en el PAP, en la biopsia resultaron con NIC 1. Según la Correlación de Pearson entre los resultados de la citología y la biopsia, estos demuestran que hay una relación positiva, pero débil (0,46), porque se encuentra más cercano a 0 que a +1.

Conclusiones: Según los datos y resultados de este estudio expuestos en las gráficas a presentar, llegamos a mostrar que hay una correlación débil entre los resultados de la citología cervical y los resultados de la biopsia. Por tanto, no hay correlación histopatológica entre ambos resultados de los métodos diagnósticos descritos en las pacientes con lesiones intraepiteliales a nivel de cérvix.

ABSTRACT

Introduction: Intraepithelial lesions, due to the anatomy of the cervix, it is easy to directly examine them and carry out a cytological and histological study and thus make an early diagnosis and treatment for premalignant lesions at the cervix level. The lesions found at the level of the cervix have the characteristics of presenting immaturity and nuclear abnormalities.

Objective: The main objective of this study is to demonstrate if there is a histopathological correlation of cervical cytology with colposcopy-directed biopsy in patients with lesions at the level of the cervix who attended the Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos during the April period 2018 to April 2019.

Materials and methods: It is a retrospective, descriptive and cross-sectional study.

Results: In the samples taken by biopsy, the results give 76% for CIN 1, which shows us; according to the theory, that the biopsy is the diagnostic method to confirm a lesion at the cervix level, since in the data collected in our study, most of the patients who had a malignancy negative or ASCUS in the PAP, in the biopsy they turned out with CIN 1. According to the Pearson Correlation between the results of the cytology and the biopsy it shows that there is a positive relationship, but a weak one (0.46) because it is closer to 0 than to +1.

Conclusions: Based on the data and results of this study presented in tables and tables, we came to show that there is a weak correlation between the results of cervical cytology and the results of the biopsy. Therefore, there is no histopathological correlation between both results of the diagnostic methods described in patients with intraepithelial lesions at the cervix level.

INTRODUCCIÓN

Por la ubicación anatómica del cuello uterino, es fácil su examinación de manera directa y realizar el estudio citológico e histológico y de esta manera realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para las lesiones premalignas a nivel del cérvix.

Las lesiones que se encuentran a nivel de cuello uterino tienen como características de presentar inmadurez y anomalías nucleares. Se han diferenciado tres grados de lesiones según su grado y extensión. Si la lesión se encuentra a nivel del tercio inferior del epitelio del cuello uterino es una lesión intraepitelial de bajo grado o grado 1; si la lesión afecta a los dos tercios inferiores del epitelio es una lesión de grado 2 y si la lesión se encuentra en más de dos tercios del epitelio es una lesión de grado 3. Estas dos últimas, también son conocidas como lesión intraepitelial de alto grado. (1)

La citología cervical es un estudio con alta especificidad en el diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales a nivel del cuello uterino y de una variedad de patógenos que afectan a este. Por lo cual, es considerada una gran prueba de tamizaje que ayuda a identificar cambios histológicos del epitelio que recubre el cuello uterino. Este estudio es de gran utilidad para detectar de manera precoz infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino, lo cual reduce la mortalidad de este último. Se lo debe asociar con los factores de riesgo de las pacientes que se realizan este tipo de prueba, ya que esto influye mucho en los resultados de la prueba y de esta manera conseguir un manejo eficaz y óptimo para las mujeres y sus parejas. (2)

La colposcopia es el estudio más específico, mediante el colposcopista, dado a que visualiza y evalúa en tiempo real el cuello uterino para poder descartar lesiones y servir como instrumento para un diagnóstico precoz. Específicamente, en la zona de transformación (TZ), para la confirmación de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que son las lesiones intraepiteliales (SIL) y cáncer invasivo. La colposcopia se desempeña como un papel fundamental en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en los últimos 50 años (3).

Una biopsia cervical es un procedimiento que permite la toma de un tejido del cuello uterino para realizar un diagnóstico y tratamiento. Ésta prueba, junto con la colposcopia se utilizan para la evaluación de detección de lesiones intraepiteliales del cuello uterino y determinar el grado de magnitud de las lesiones. La cual a su vez, ayuda al diagnóstico de neoplásicas a nivel de cérvix que se puedan tratar, y permite un seguimiento conservador de alteraciones poco probables y que no progresen a neoplasia intraepitelial. Este método de diagnóstico está valorado como uno de los métodos más precisos para detectar las lesiones intraepiteliales y neoplásicas. (4)(1)

JUSTIFICACION

La importancia de este estudio radica en demostrar que, diagnosticar de manera precoz mediante la citología cervical y la biopsia dirigida por colposcopia; los cambios histopatológicos que se presentan a nivel de cuello uterino en pacientes con o sin factores de riesgos asociados y con o sin antecedentes tanto personales como familiares, lleva a un mejor control de las patologías de cérvix. Además, permite por la recolección de tejido para su evaluación histológica, la tipificación celular del cáncer en el caso que estuviera presente.

OBJETIVO GENERAL

- Demostrar si existe correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la toma de decisiones para el diagnóstico de lesiones a nivel del cuello uterino por biopsia dirigido por colposcopia.
- Describir los cambios histopatológicos más importantes de cérvix encontradas en la citología cervical y en la biopsia dirigida por colposcopia.
- Mencionar los factores de riesgo que llevan a las pacientes a padecer patologías a nivel del cuello uterino.
- Demostrar que la realización precoz de la citología cervical y la biopsia de cérvix lleva a una prevención adecuada en las patologías relacionadas a nivel del cuello uterino.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

Son aquellas lesiones que se localizan en el epitelio de revestimiento de la zona de transformación cervical alterando su morfofisiología de las células exo y endo cervicales. Las lesiones pueden ser causadas por una variedad de virus del Papiloma Humano. Si estas lesiones persisten pueden llegar a convertirse en cáncer cervical si no se diagnostican de manera precoz mediante distintos métodos, como la citología cervical, la colposcopia y la biopsia. (1)(2)

GRADOS DE LAS LESIONES A NIVEL DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino es la parte inferior y más estrecha del útero, formado por tejido fibromuscular, se diferencia del cuerpo uterino por el orificio cervical interno. Este está cubierto por una mucosa que se encuentra prolongada hasta la vagina y recibe el nombre de ectocérvix que contiene epitelio escamoso no queratinizado, en el cual se encuentran las células escamosas del exocérvix. Por otro lado, la mucosa que cubre el canal cervical que se extiende hasta el cuerpo uterino y se denomina endocérvix que contiene epitelio cilíndrico, secretor de moco, en el que se encuentran las células glandulares. La mayoría de lesiones aparecen en la unión del exocérvix y endocérvix, la cual se denomina la zona de transformación o transición, que habitualmente se ubicada en el orificio cervical externo y que cambia de posición por los partos, el envejecimiento, cambios hormonales, ciclo menstrual. En la zona de transformación, especialmente en la unión escamo-columnar, existe la replicación celular de manera permanente. Los cambios a nivel del cérvix se van a producir en la membrana basal por la infección persistente que genera el virus, perdiéndose el equilibrio del sistema inmunológico. (5)(6)(7)(24)

Las lesiones intraepiteliales a nivel cervical, también llamadas lesiones precursoras o premalignas, se caracterizan por la alteración de la maduración y anomalías nucleares de las células a nivel de la zona de metaplasia escamosa, las cuales se pueden deber a

infección por el virus del Papiloma Humano o directamente alteraciones de alto grado de las células a nivel del cuello uterino. (7)

Las lesiones intraepiteliales se dividen en:

- 1. Lesión intraepitelial de bajo grado o de grado 1:** se la considera lesión de grado 1 cuando está presente en el tercio inferior del epitelio del cérvix. Este grado de lesión también se lo considera como displasia leve. (8)
- 2. Lesión intraepitelial de alto grado o de grado 2:** comprende a los dos tercios inferiores del epitelio del cérvix. Se la denomina también como displasia moderada. (8)
- 3. Lesión intraepitelial de alto grado o de grado 3:** las alteraciones van a afectar más de los dos tercios del epitelio cervical. Esta lesión se la considera también como displasia severa o carcinoma in situ. (8)

El grado de la displasia se conoce por el grosor de las células alteradas que forman parte de la pared cervical. Las lesiones de bajo grado van a crecer de manera lenta y pueden resolverse sin tratamiento, por otro lado, las lesiones de alto grado tienen un crecimiento más rápido progresando a cáncer de cuello uterino en un 30% a 50% de los casos, ya que se encuentran en el epitelio escamoso cervical. (21)

Los hallazgos más frecuentes a nivel de cérvix son las células atípicas escamosas de significado incierto (ASCUS) por los cambios que existen a nivel celular que no se los consideran como displasia celular, pero tampoco son signos de normalidad en el cuello uterino. Por otro lado, si los cambios en las células tienen muchas anomalías pero de manera cuantitativa no tienen mayor significado se denominan células atípicas escamosas de alto grado (ASC-H). (9)

La mayoría de las lesiones de bajo grado pueden revertirse de manera espontánea; solo un pequeño porcentaje de ellas se convierten en lesiones de alto grado, esto será en un 20 a 40%, aunque no es necesario que exista el avance de lesión de bajo a alto grado porque el 20% de las lesiones de alto grado se presentan por primera vez en las mujeres afectadas. (8)

Durante todos los años se ha establecido diferentes maneras para determinar el tipo de lesión a nivel del cuello uterino. Comenzando con el Papanicolaou, el cual establece los grados de severidad, desde el I al V. Hoy en día, se acepta la propuesta de Richard, la cual clasifica a las lesiones en neoplasias intraepiteliales cervical y por grados de severidad (I-III). El más utilizado internacionalmente es el Sistema Bethesda. Este sistema incorpora la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, que incluye la neoplasia intraepitelial de bajo grado (I) y alteraciones que se dan por el virus del papiloma humano; y la lesión intraepitelial escamosa de alto grado, la cual se divide en neoplasia intraepitelial de alto grado (II-III) y carcinoma in situ. (21)

Tabla 1
Tabla del sistema de clasificación de las citologías

GRADO	Displasia	NIC	Sistema Bethesda
I	Benigno	Benigno	Normal
II	Benigno con inflamación	Benigno con inflamación	Normal, Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)
III	Displasia leve	NIC I	Lesiones intraepiteliales de bajo grado
IIIA	Displasia moderada	NIC II	Lesiones intraepiteliales de alto grado de malignidad
IIIB	Displasia severa	NIC III	
IV	Carcinoma in Situ		
V	Carcinoma Invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fuente: Brito M, Sánchez C, José C. Endocervicoscopia: una herramienta precisa para el diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales del endocérvix. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [Internet]. 2019 [cited 14 December 2019];77(1). Available from: <http://rogvjournal.com/index.php/path/article/view/307>

El Sistema Bethesda también clasifica a las células glandulares:

1. Células glandulares
 - 1.1. Células glandulares atípicas (AGC)

1.2. Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)

1.3. Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino o no especificado
(24)

La lesión ASCUS es la que se encuentra con más frecuencia en los resultados del Papanicolau. Las células escamosas atípicas no descartan una lesión intraepitelial de alto grado; esto quiere decir que la lesión intraepitelial de bajo grado está presente, así como células que indican posibilidad de lesión de alto grado y para estas interpretaciones se utiliza la colposcopia y biopsia. En pacientes jóvenes que se difiere entre lesión de bajo grado y ASC-H, la interpretación se da mediante colposcopia. (25)

ETIOLOGÍA

La causa principal que produce lesiones a nivel del cuello uterino es la infección del virus del Papiloma Humano (HPV) y su persistencia en el epitelio, el cual es el factor más importante. No obstante, solo un pequeño porcentaje de mujeres en etapa sexual activa que presentan el virus, han progresado a lesiones intraepiteliales de alto y grado y carcinoma in situ. (10)(5)

A la población que con más frecuencia se afecta por este virus son las que tienen vida sexual activa, que comprenden entre 20 a 29 años de edad y se llega a contraer a través de las relaciones sexuales. (11)

La mayoría de los usuarios sexualmente activos estarán infectados por HPV en cualquier momento de sus vidas, y algunos pacientes se pueden afectar de manera repita por el virus. El 90 al 95% de las infecciones van a curarse espontáneamente por el sistema inmunológico del paciente. Solo un 5% de ellos van a tener la infección de manera persistente, y así progresar a células pre malignas para luego convertirse en cáncer a nivel del cuello uterino. Es importante tener en cuenta que después de la lesión generada por el virus, el cáncer puede aparecer a los 10 o 20 años de adquirida la infección; también se tiene que destacar que los factores ambientales y conductuales ayudan a progresar la lesión intraepitelial a cáncer de cérvix. (23)

FISIOPATOLOGÍA

El HPV es un ADN virus epiteliotrofo, de doble hebra circular, sin envoltura y tiene alrededor de 8000 pares de bases y 8 genes. El hospedero del virus del Papiloma Humano es el queratinocito, que es una célula que se caracteriza por el crecimiento estratificado y esto lo necesita el virus para poder madurar y reproducirse. El HPV va a ingresar a las células suprabasales del epitelio del cérvix, en la zona de transformación; en este momento, si el huésped presenta un sistema inmune alterado, el virus va a comenzar la infección dentro del mismo. (12) (11) (7)

Cuando el virus ya invadió la célula, deja su ADN en forma de episoma; es decir que no se une al genoma del huésped, o unirse al genoma del huésped y así el virus va a comenzar a hacer que la celular produzca más y se inicien las replicaciones del virus. Cuando esto ya ocurre, se generan proteínas E, principalmente la E7, que van a unirse a proteínas supresoras de tumores como p53 y así iniciar la evolución de las lesiones malignas. (7)

Hay un estadio de tiempo desde que ocurre la infección por el virus y la aparición de las lesiones precursoras o malignas, este es alrededor de 15 años, es por este motivo que la mayoría de los casos se hacen evidentes en mujeres a partir de los 40 años, pero es importante aclarar que los cambios en el epitelio del cérvix pueden estar presentes 10 años antes de que se manifiesten las lesiones de alto grado o malignas. (6)

La vía de propagación de esta infección es de manera directa, es decir, que va a comenzar por vagina, luego útero, parametrios, vejiga, recto y termina en cavidad peritoneal. La afectación hacia los ovarios es rara, pero si se puede propagar por vía hematogena y linfática, llegando a afectar a los hígado, pulmones y hueso. (6)

Los tipos de oncógenos del virus del Papiloma Humano que generan las lesiones de persistencia son 31, 16, 58 y 52 y las que generan lesiones premalignas o precursoras y cáncer a nivel del cuello uterino son 16, 17, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68. A pesar de ello, los que más afectan a las mujeres son el tipo 16 y el 18; que producen las células malignas. La cepa 16 está más relacionada con el cáncer cervical de tipo escamoso y la cepa 18 se relaciona con el adenocarcinoma del cuello uterino y tiene más potencia oncogénica. Existen también tipos no oncogénicos que producen

lesiones benignas, que son el 6 y 11 y van a producir condilomas acuminados. (7) (8) (11) (12) (23)

FACTORES DE RIESGO

Hay una variedad de factores de riesgo que ocasionan lesiones que alteran el cuello uterino, que no actúan de la misma forma en los diferentes grupos de mujeres afectadas. Dentro de los factores de riesgo están:

- La edad temprana de la primera relación sexual.
- El número de parejas sexuales.
- Promiscuidad.
- Multiparidad.
- Inmunosupresión.
- Pareja masculina no circuncidada
- Exposición intra útero de dietilestilbestrol, el cual está asociado al adenocarcinoma endocervical.
- Se ha demostrado que las mujeres con infección por VIH tienen alta incidencia de tener cepas de HPV oncogénicas.
- Infección de transmisión sexual, Chlamydia trachomatis, herpes virus tipo2, trichomonas, Gardnerella vaginalis, HPV. Las lesiones van a ser originadas por la inflamación crónica de las infecciones. (13) (14) (21)

Entre otros factores de riesgo también están el hábito de tabaco, alteraciones genéticas, el nivel de educación, social, económico de la afectada y el difícil acceso a una unidad de salud, tiempo prolongado del uso de hormonas, fracaso del uso del condón y el no uso del mismo y la mala nutrición. (14) (15).

El tema de la nutrición es importante, ya que una alimentación adecuada y con todo los micronutrientes puede disminuir el riesgo de desarrollar lesiones en el cérvix. (15)

El déficit del retinol puede ocasionar alteraciones en los procesos celulares de proliferación, diferenciación y apoptosis. A su vez, el zinc es elemental para la síntesis de la proteína de unión al retinol, es decir, que un déficit del mismo va a ocasionar una limitación de las acciones del retinol y no va a producir el efecto anticancerígeno que lo caracteriza. También, el déficit de ácido fólico puede ocasionar lesiones en cérvix ya que este actúa en la síntesis del ADN, regeneración y reutilización de la metionina.

Es importante que haya buena ingesta de vitamina B12 junto al ácido fólico para que cumpla bien sus funciones. (15)

La deficiencia de vitamina C y E también incrementa el riesgo de lesiones a nivel del cuello uterino, ya que estas vitaminas inhiben la carcinogénesis por un incremento en la respuesta del sistema inmune en el momento de la infección y por disminución de radicales libres y oxidación en el momento que está ocurriendo estrés tisular en el cuerpo. Otras vitaminas que también pueden influir en el funcionamiento del ADN son complejo B como tiamina, niacina y riboflavina. (15)

CLÍNICA

Respecto a la clínica de las lesiones a nivel del cuello uterino no dan alguna sintomatología hasta cuando estas mismas han crecido lo suficiente para producir cambios en el cuello. Unos de los síntomas que se puede presentar cuando la lesión ha crecido lo suficiente es el sangrado ero este no es frecuente no patognomónico y este se presenta en periodos intermenstrual, como pintas, después del ejercicio o postcoital. El flujo que produce estas lesiones al principio es escaso y se puede confundir con el flujo normal de la paciente. Si esa la pérdida de sangre activa podemos encontrar anemia en la paciente. (16)

DIAGNOSTICO

CITOLOGÍA CERVICAL

La citología cérvico vaginal, test de Papanicolaou (Pap) es el método de diagnóstico que se lo usa para tamizaje de detección de lesiones del cuello uterino. Este tipo de método de diagnóstico se debe tomar cuidadosamente y nos permite observar el cuello y ver si tiene alguna alteración. Para realizar correctamente este método de diagnóstico se debe realizar con un cito-cepillo apropiado en el canal endocervical. Y la segunda muestra se toma de la unión escamocolumnar con una espátula de madera humedecida con solución salina. Esta prueba se basa en la observación meticulosa de la muestra tomada mediante microscopio, en el cual se describe las características citológicas de las células escamosas y glandulares normales del cuello uterino, y la detección de células que se encuentran en etapas intermedias entre normal y maligno. También es una opción realizar una citología basada en líquidos, que es una buena alternativa ya que tiene varias ventajas como: distribución celular uniforme, mejor prevención morfológica y visualización, fondo más limpio, se puede captar casi todo el material celular y se observa un patrón celular más representativo. (17)(26)

La citología tiene una gran especificidad, pero su sensibilidad es muy baja y esto da como resultado que los porcentajes de los falsos positivos y falsos negativos sea muy variable. El buen uso de este método de diagnóstico ha sido efectivo para disminuir de manera importante la mortalidad provocado por el cáncer de cuello uterino, este método de diagnóstico es bien aplicado en programas sistemáticas de detención en la población femenina de forma oportuna. (17)(18)

Con los errores de muestra, la mayoría de los falsos negativos se da por errores de cómo se toma la muestra. Para disminuir estos errores debemos conocer el sistema Bethesda que el sistema considera que la muestra es adecuada cuando contiene células endocervicales y/o metaplásicas. Se debe tener por lo menos 10 células de algunos de los dos tipos ya mencionados, ya sea sola o agrupada de la zona de transformación. (18)

Las razones porque puede haber un falso positivo en este método de diagnóstico son: lesión de bajo grado que se encuentre durante la muestra de la citología per durante la

toma de la biopsia desaparezca. Como nota muy importante para reducir los falsos negativos se ha desarrollado nuevas técnicas y una de ellas es la citología líquida. (17)(18)

Tabla 2

Resumen de los cambios en el cribado y el tratamiento del cáncer de cuello uterino de acuerdo con las Guías Americana de la Sociedad de Colposcopia y Patología Cervical 2012

1. La detección del cáncer del cuello uterino debe comenzar a los 21 años de edad, independiente del inicio de la vida sexual.
2. Prueba de Papanicolaou “sola” en edades de 21 a 29 años cada 3 años, la prueba del VPH no se utiliza como prueba de pantalla.
3. Se recomienda un intervalo de detección para mujeres de 30 a 64 años de edad cada 5 años con una prueba conjunta o con PAP solo cada 3 años.
4. Las mujeres con células escamosas atípicas negativas para el VPH de importancia indeterminada deben continuar el cribado de acuerdo a la edad.
5. Las mujeres con VPH positivo y PAP negativo deben ser seguidas con una prueba conjunta a los 12 meses, o referida a colposcopia si el genotipo del VPH 16/18 es positivo.
6. La detección debe detenerse a los 65 años para las mujeres con una evaluación negativa previa adecuada y sin antecedentes de NIC2 o peor en los últimos 20 años.
7. La detección debe detenerse después de una histerectomía total, si no hay antecedentes de NIC2 o peor.
8. Las recomendaciones de detección son las mismas en la población vacunada contra el VPH.
9. Las mujeres con citología negativa pero que carecen de células endocervicales pueden manejarse sin repetición temprana.
10. La citología reportada como insatisfactoria requiere repetir incluso si el VPH es negativo.

Fuente: Roe C, Hanley K. Updates in Cervical Cytology. Surgical Pathology Clinics [Internet]. 2018 [cited 25 January 2020];11(3):589-599.

COLPOSCOPIA

Se la define como el uso de dispositivo, el colposcopio para visualizar y evaluar en tiempo real al cérvix, siendo específicos, la zona de transformación. Este método de diagnóstico se usa en gran parte de programas de detección para el cáncer cervical y pre cáncer, y su papel principal es la prevención. El objetivo principal de este método de diagnóstico es la detención de enfermedad de alto grado que se la conoce como

neoplasia intraepitelial cervical grado 2. La colposcopia es el método de diagnóstico gold standard para las patologías cervicales. (19)(27)

Esta es la técnica que debe implementarse a nivel global pero tiene una limitación su alto costo, por requerir equipo especializado y personal médico entrenado y una evaluación por patólogo, falta de terminología estandarizada, falta de recomendaciones para su práctica y falta de garantía de calidad. Este método de diagnóstico es el único capaz de evaluar el cérvix con patologías pre malignas avanzadas. La especificidad de la colposcopia con toma de biopsia es de 90 – 98% con una sensibilidad del 20% - 84%. (19)(20)(27)

La indicación principal para este examen en mujeres con factores de riesgo es:

- Pruebas de detección de cáncer cervical anormales o no concluyentes.
- Signos o síntomas, sospecha de anormalidad del cuello uterino, sangrado anormal o secreción cervicovaginal.
- Anormalidades del tracto anogenitales.(27)

Desde hace mucho tiempo se ha ido mejorando este método de diagnóstico, la utilización del ácido acético al 5% y visión colposcopia que se observa por medio del microscopio estereoscópico y el índice de Reid, este método nos permite ver lesiones que se categorizaron como negativas y positivas y no satisfactorias. Otro uso de la colposcopia es de la inspección visual con ácido acético. Es útil también para cuando se dan resultados no útiles de la citología y ara realizar biopsia dirigida. (19)(20)

Los cambios que se buscan en la colposcopia son cuando se aplica el yodo y se verán áreas que no toma esta sustancia, ver la presencia y características de un patrón vascular en la superficie del epitelio, los cambios de color aceto blanquecino que toma el epitelio al aplicarle ácido acético al 5%, características de los bordes de la lesión, contornos de la superficie, tamaño de la lesión y grado de absorción del yodo. Para realizar este método de diagnóstico se requiere personal capacitado ya que la evaluación del canal endocervical a veces es difícil, y más aún cuando son postmenopáusicas. Un dato importante la unión de la citología y la colposcopia de un personal bien entrenado su especificidad es del 86%. (16)(20)(27)

La biopsia dirigida por colposcopia da una identificación más concreta y precisa de las lesiones cervicales y da garantía de ausencia de enfermedad en algunos casos sin riesgos, ni complicaciones que puede presentar la conización. Actualmente es el gold estándar para diagnosticar lesiones a nivel de cuello uterino. (27)(28)

La colposcopia es un método importante para el diagnóstico de manera precoz y permite la detección de cáncer de cérvix invasivos y a la vez tratarlo, sin tener que realizar escisión. Cuando se diagnostica una lesión precancerosa, la colposcopia permite individualizar el tratamiento por tamaño de la lesión, la ubicación y la gravedad. Es por esta razón que este método diagnóstico tiene el enfoque de ver y tratar las lesiones de alto grado a nivel del cuello uterino. (27)

Crterios completos para informar hallazgos de colposcopia:

1. Visibilidad del cuello uterino (totalmente visualizado/ no totalmente visualizado)
2. Visibilidad unión escamocolumnar (totalmente visualizado/ no totalmente visualizado)
3. Aceto blanqueamiento (si/no)
4. Lesión presente (aceto blanco u otro) (si/no)
5. Lesión visualizada (totalmente visualizada/ no totalmente visualizada)
6. Ubicación de la lesión
7. Tamaño de la lesión
8. Cambios vasculares
9. Otras características (color/contorno/bordes/absorción de Lugol/etc)
10. Impresión colposcópica (normal/benigna; bajo grado; alto grado, cáncer) (27)

Crterios básicos o mínimos para informar hallazgos de colposcopia:

1. Visibilidad unión escamocolumnar (totalmente visualizado/ no totalmente visualizado)
2. Aceto blanqueamiento (si/no)
3. Lesión presente (aceto blanco u otro) (si/no)
4. Impresión colposcópica (normal/benigna; bajo grado; alto grado, cáncer) (27)

BIOPSIA

Este método de diagnóstico es obligatorio para llegar al diagnóstico definitivo. Para realizar una biopsia se debe tener conocimientos y raramente produce mucho dolor y sangrado severo. Se pueden utilizar varios tipos de biopsias para diagnosticar los cánceres y los pre cánceres de cérvix. (16)

Una vez ya obtenido el resultado histopatológico se puede revisar la clasificación de la IARC (2007). Un uso importante que el resultado de la biopsia también nos permite evaluar los resultados de la citología y la colposcopia. Para obtener un diagnóstico debe realizarse el examen histopatológico del tejido que es obtenido por biopsia, la cual se puede obtener por colposcopia guiada. (19)

TRATAMIENTO

El tratamiento que se maneja en las NIC tiene como base en la escisión de la lesión, la observación y el seguimiento adecuado al paciente especialmente si padecen de lesiones de bajo grado. Cuando la lesión es de alto grado se puede usar la escisión o la ablación, o si tenemos una preocupación de que la paciente se pierda del seguimiento. (21)

Con referente a la escisión esta la podemos realizar por medio de la conización, por medio de cuchilla fría, asa diatérmica o aguja, o láser. Al realizar estas técnicas debemos considerar el sangrado. La terapia ablativa esta la debemos realizar mediante una colposcopia satisfactoria, legrado endocervical negativo y ninguna sospecha de cáncer. Se la realiza mediante láser, electrocauterio o crioterapia. (21)

Encontramos que se pueden dar algunos medicamentos pero ninguno tiene evidencia sobre la regresión de las NIC. Tenemos al interferón beta intramuscular, o intralesional o en ambas el problema de este medicamento tiene muchos efectos secundarios. También encontramos a los retinoides que no tienen efecto algunos, betacarotenos orales durante 2 años a la vitamina c, no tiene algún efecto en mujeres con atipia meno o NIC 1, el ácido fólico, la difluorometilornitina por 28 días. (21)

PREVENCIÓN

Se dice que la virginidad protege del riesgo de lesiones de cuello uterino, lo que esto demuestra es que las enfermedades de transmisión sexual son unos de los factores de riesgo. En las mujeres homosexuales se deben someter a detención de la misma manera que la población heterosexual. (21)

Una de las medidas preventivas de que se habla es el uso permanente de métodos de barrera que disminuyen el riesgo de contagio por VPH, aunque basar la prevención primaria en solo en la utilización en métodos de barrera es muy difícil por el seguimiento a los pacientes. (21)(22)

La prevención real es impedir que las células de la capa basal del epitelio se afecten por el VPH oncogenos, por eso debe haber un cumplimiento de detección y desarrollo concomitante y consistencia de las pautas para el diagnóstico apropiado. En la prevención, se incluyen pruebas de VPH y la citología cervical, junto con el desarrollo de las vacunas anti-VPH profilácticas, que estas demuestran eficacia, entre las cuales esta Cervarix que protege contra los tipos 16 y 18, Gardasil contra los tipos 6,11,16,18 y Gardasil 9 que protege contra tipos adicionales. (21)(22)(26)

La prevención terciaria, no todas las displasias evolucionan hacia el estado de cáncer invasivo, el tratamiento de estas disminuye su incidencia. Encontramos dos principales terapéuticas que son: destruir el área afectada con láser, y la segunda consiste en hacer exéresis. (22)

MATERIALES Y METODOS

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de estudio de este trabajo es retrospectivo, descriptivo y transversal, aplicado en 120 pacientes de 30 a 60 años con lesiones intraepiteliales a nivel del cuello de útero y negativo para malignidad en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Pacientes con lesiones a nivel del cuello uterino en el Servicio de Ginecología en el Hospital del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo de abril 2018 hasta abril 2019.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 120 pacientes que cumplieron con las variables de estudio.

POBLACION

CRITERIOS DE INCLUSION

En pacientes con lesiones celulares a nivel de cuello uterino.

En pacientes que hayan sido atendidas en el área de ginecología del HGNGC.

En pacientes que se han realizado citología cervical.

En pacientes sometidas a biopsia dirigida por colposcopia.

En pacientes que se hayan realizado el procedimiento de abril 2018 hasta abril 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSION

En pacientes sin lesiones celulares a nivel de cuello uterino.

En pacientes que no hayan sido atendidas en el área del ginecología del HGNGC.

En paciente que no se hayan realizado citología cervical.

En pacientes que no hayan sido sometidas a biopsia dirigida por colposcopia.

En pacientes que no se hayan realizado el procedimiento abril de 2018 hasta abril 2019.

VARIABLES

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Edad	Edad en años.	Numérica Politómica.	1,2,10,20,40 años.
Tamaño de la lesión	Diámetro.	Numérica Politómica.	cm, mm.
Ubicación de la lesión	Cérvix.	E - E	Endocérvix – exocérvix.
Técnica diagnóstica empleada	Biopsia PAP	Nominal Dicotómica.	Cambios histopatológicos.
Lesiones intraepiteliales	Cuáles son las lesiones intraepiteliales.	Cualitativa Politómica.	LIEBJ, LIEAG, Carcinoma invasivo.
Antecedentes personales de patologías de cérvix	Si existen antecedentes personales de patología de cérvix.	Cualitativa Dicotómica.	Si o no
Antecedentes familiares de patologías de cérvix	Si existen antecedentes familiares de patologías de cérvix.	Cualitativa Politómica.	Que familiares presentan patologías de cérvix.
Infecciones de transmisión sexual	VPH.	Cualitativa Politómica.	Si o no

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

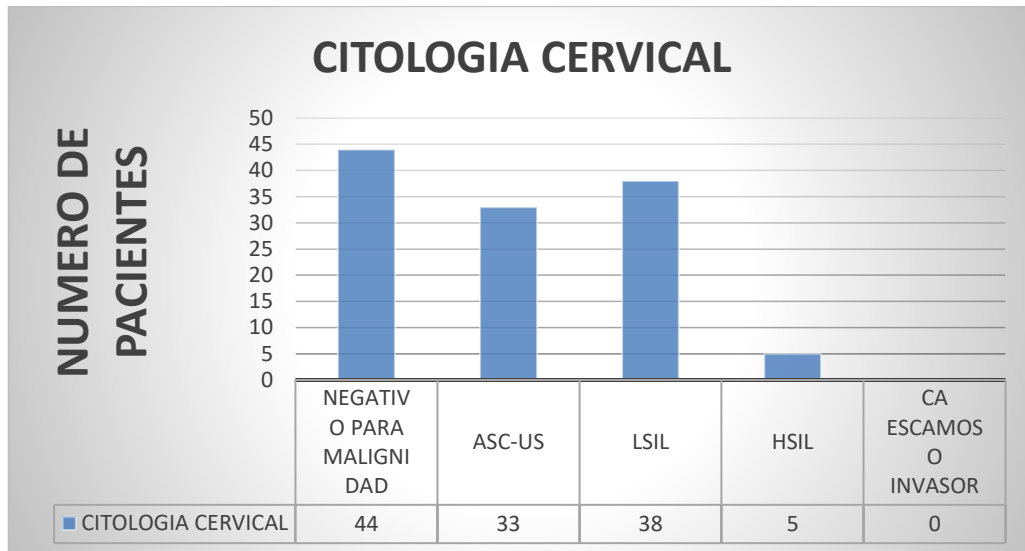
TABLA N°3 Distribución del número de las pacientes según los hallazgos encontrado por PAP y su porcentaje de acuerdo a la población.

La tabla N°3 muestra la distribución de las 120 pacientes según los hallazgos por PAP y su porcentaje, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados normales según la citología cervical, le sigue la lesión intraepitelial de bajo grado y luego ASC-US. También, muestra la distribución de las 120 pacientes según la muestra de biopsia y su porcentaje, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados para NIC 1 según la biopsia de cérvix.

Tabla 3
Distribución del número de pacientes según la citología cervical

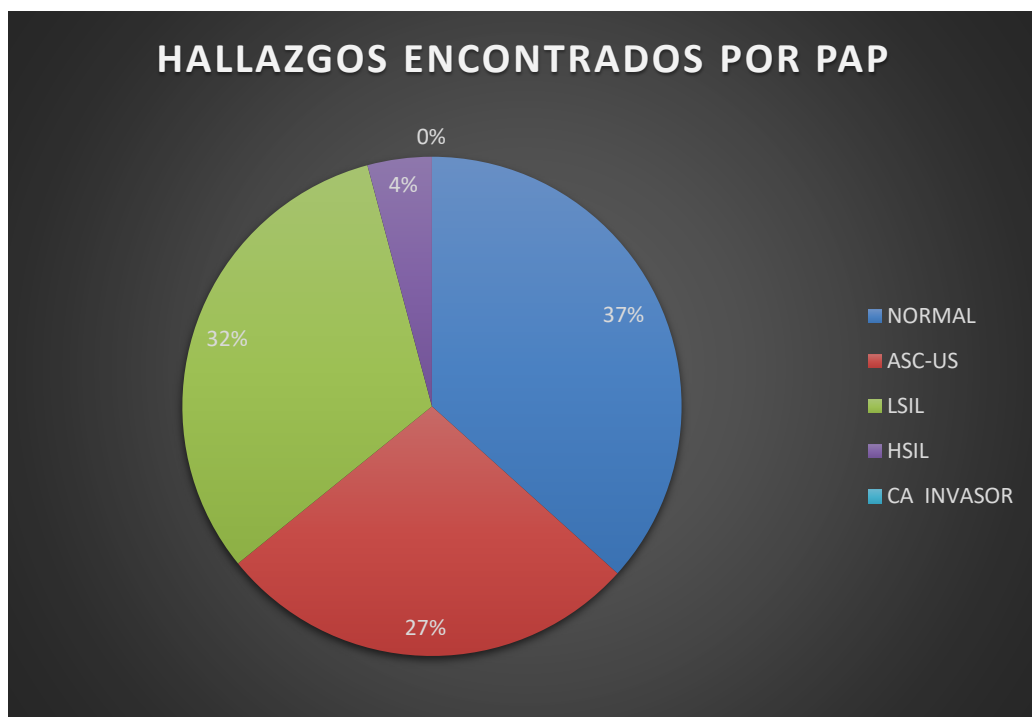
CITOLOGIA CERVICAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	44	37%
ASC-US	33	28%
LSIL	38	32%
HSIL	5	4%
CA INVASOR	0	0%
TOTAL	120	100%
BIOPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	4	3%
ATIPIA ESCAMOSA REACTIVA	11	9%
NIC 1	91	76%
NIC 2	7	6%
NIC 3	4	3%
CARCINOMA IN SITU	3	3%
CA INVASOR	0	0%
TOTAL	120	100%

El cuadro N°1 muestra la distribución gráfica del número de pacientes que hay según la muestra de citología cervical, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados normales según la citología cervical, le sigue la lesión intraepitelial de bajo grado y luego ASC-US.



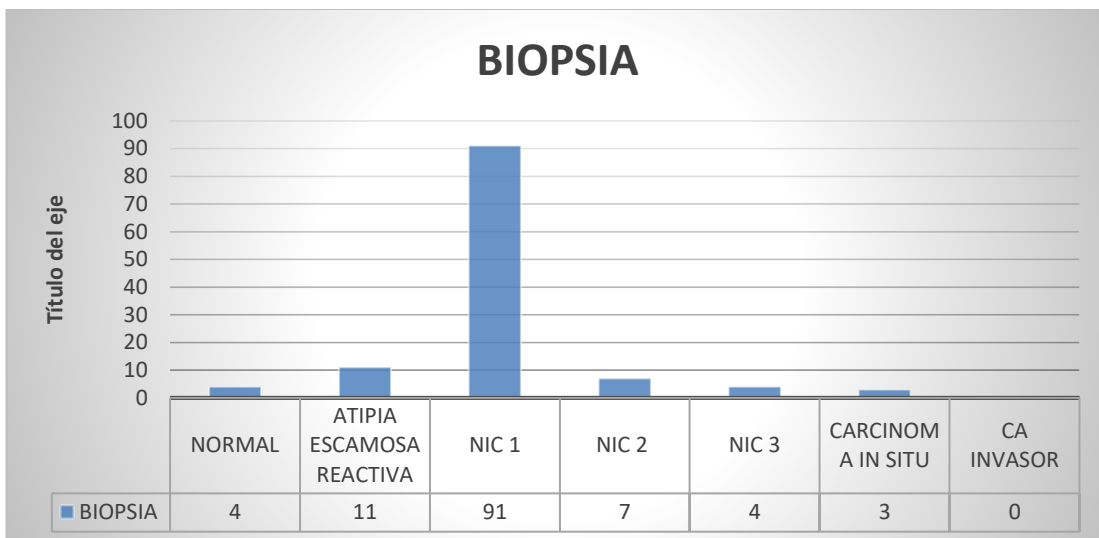
Cuadro N° 1 Número de pacientes en citología cervical

El cuadro N°2 muestra la distribución grafica de las 120 pacientes en porcentajes, según la citología cervical, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados normales según la citología cervical, le sigue la lesión intraepitelial de bajo grado y luego ASC-US.



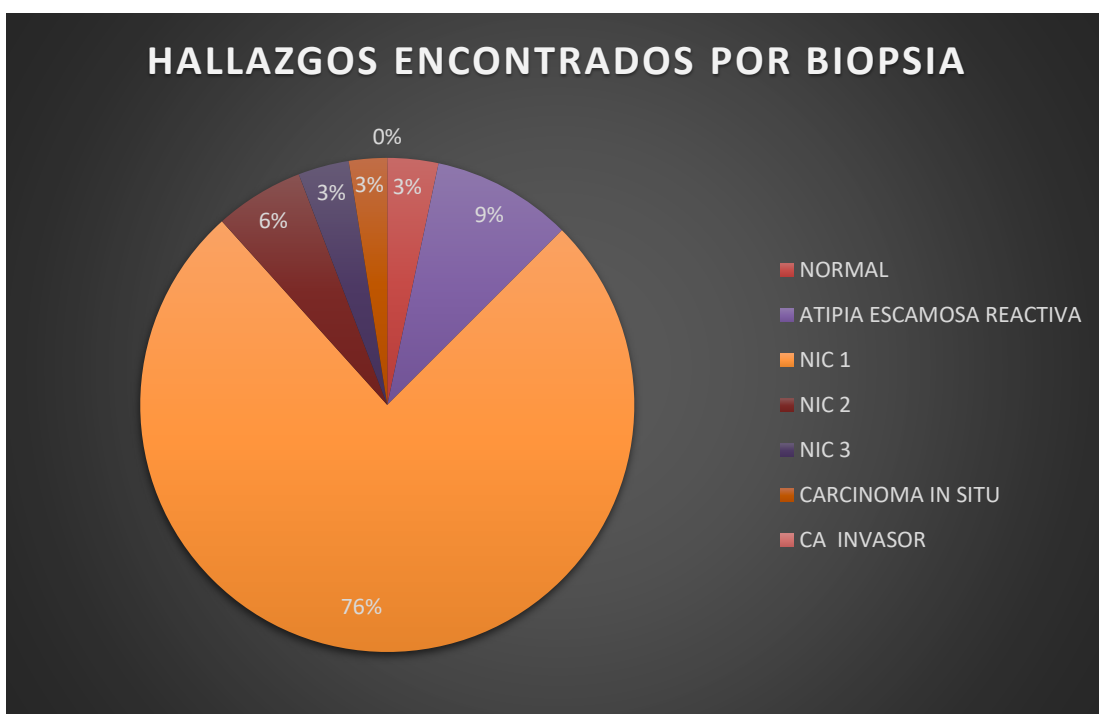
Cuadro N° 2 Distribución del número de pacientes según la biopsia

El cuadro N°3 muestra la distribución gráfica del número de pacientes que hay según la muestra de biopsia, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados para NIC 1 según la biopsia de cérvix.



Cuadro N° 3 Distribución del porcentaje de cada paciente según la biopsia

El cuadro N°3 muestra la distribución grafica de las 120 pacientes en porcentajes, según la muestra de biopsia, en la cual se encuentra que hay un mayor número de pacientes con resultados para NIC 1 según la biopsia de cérvix.



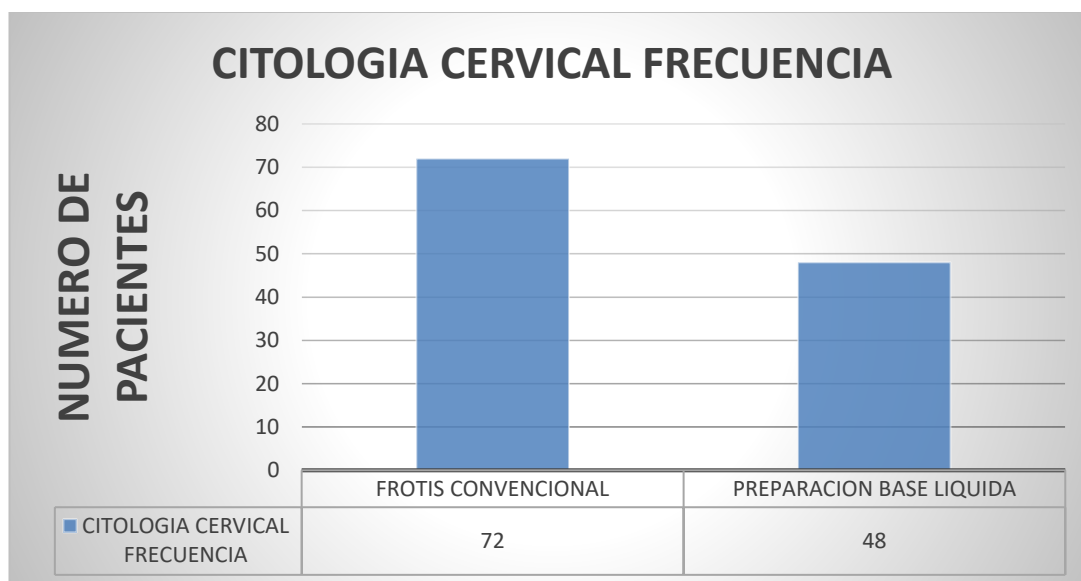
La tabla N°4 representa el número de pacientes por cada tipo de base que se realizó al momento de la toma de muestra para la citología cervical, demostrando que hay un mayor número de pacientes que se realizaron la citología por frotis convencional, ya

que, según la teoría es un método que se utiliza con mayor frecuencia, y que con una adecuada toma se puede hacer un diagnóstico precoz y disminuir la mortalidad en estas pacientes.

Tabla 4
Representación del número de pacientes por cada tipo de base que se utilizó para la toma de muestra para realizar la citología cervical

CITOLOGIA CERVICAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FROTIS CONVENCIONAL	72	60%
PREPARACION BASE LIQUIDA	48	40%
TOTAL	120	100%

El cuadro N°4 representa el número de pacientes de manera gráfica por cada tipo de base que se realizó al momento de la toma de muestra para la citología cervical, demostrando que hay un mayor número de pacientes que se realizaron la citología por frotis convencional, ya que, según la teoría es un método que se utiliza con mayor frecuencia, y que con una adecuada toma se puede hacer un diagnóstico precoz y disminuir la mortalidad en estas pacientes.



Cuadro N° 4 Representación del número de pacientes por cada tipo de base que se utilizó para la toma de muestra para realizar la citología cervical

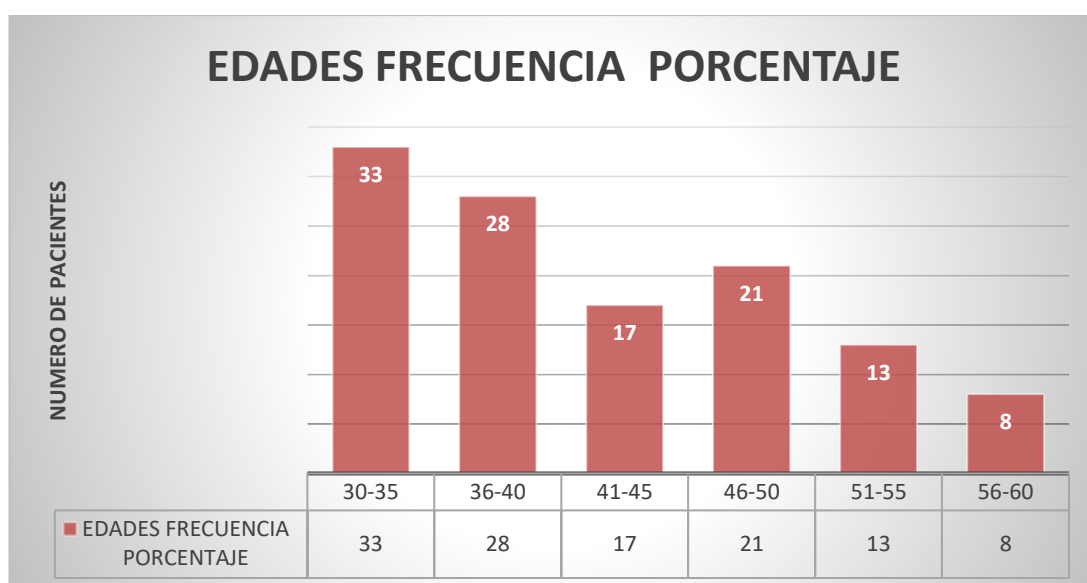
La tabla N°5 representa la distribución del número de pacientes según la edad, en la cual se demuestra que la mayoría de pacientes están en un rango de 30 a 35 años de

edad; confirmando en la teoría, que las lesiones intraepiteliales a nivel de cérvix son más frecuentes en edad reproductiva.

Tabla 5
Distribución del número de las pacientes según la edad y su porcentaje

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30-35	33	28%
36-40	28	23%
41-45	17	14%
46-50	21	18%
51-55	13	11%
56-60	8	7%
TOTAL	120	100%

E cuadro N°5 representa la distribución gráfica del número de pacientes según la edad, en la cual se demuestra que la mayoría de las pacientes tienen se encuentran en el rango de 30 a 35 años de edad; confirmando en la teoría, que las lesiones intraepiteliales a nivel de cérvix son más frecuentes en edad reproductiva.



Cuadro N° 5 Representación gráfica del número de pacientes por rango de edad entre todas las pacientes

La tabla 6 representa la distribución de número de pacientes según el antecedente de enfermedad de transmisión sexual, representado por **sí** o **no** en número y porcentaje, al observar esta tabla nos damos cuenta que de toda la población el 53 % (63) de las

pacientes no tienen un antecedente de alguna enfermedad de transmisión sexual. En la tabla 4,2 según los datos la ETS que se encuentra en estos pacientes, la más frecuente es el VPH, esto confirma que es uno de los factores de riesgo para lesión intraepitelial en cérvix.

Tabla 6
Representación de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de transmisión sexual que encontramos en los resultados

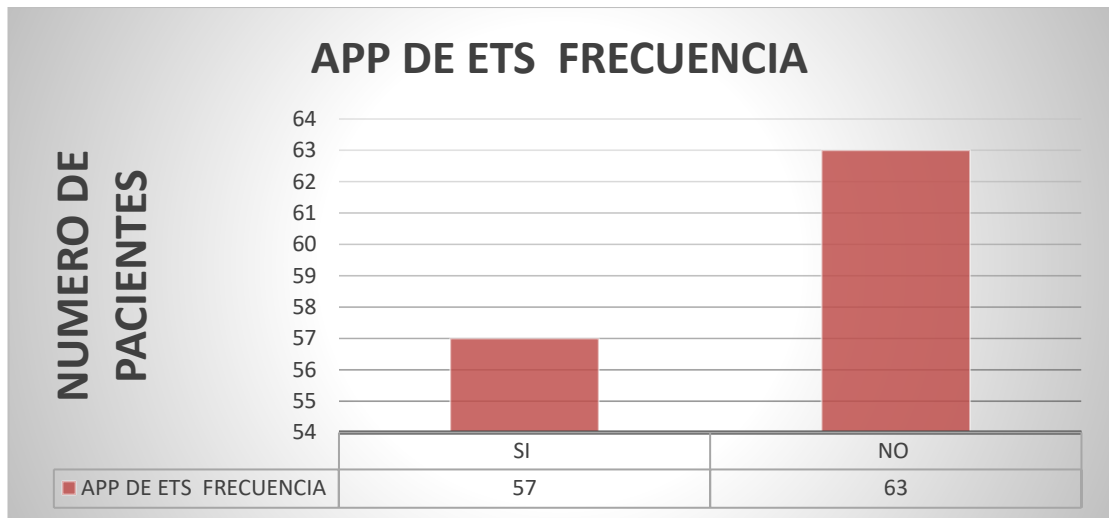
APP DE ETS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	48%
NO	63	53%
TOTAL	120	100%

Tabla 7
Representación gráfica de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de transmisión sexual que encontramos en los resultados

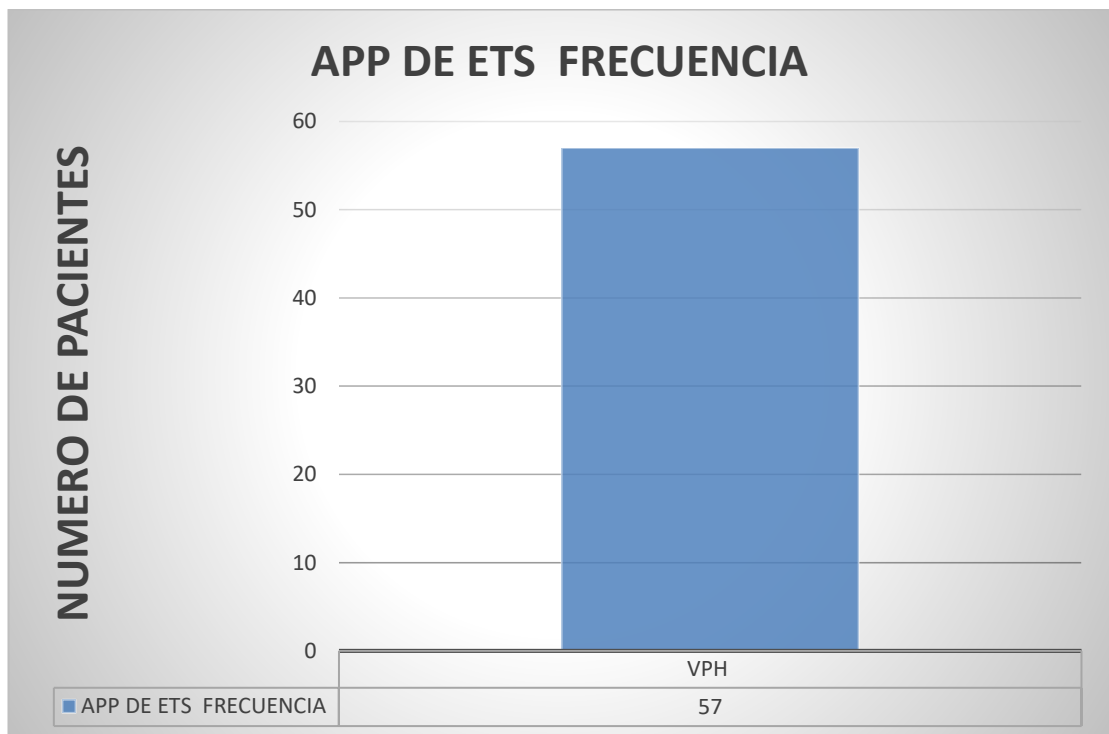
APP DE ETS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VPH	57	48%
TOTAL	120	100%

El cuadro 7.1 representa la distribución de número de pacientes según el antecedente de enfermedad de transmisión sexual representado por **sí** o **no** en número y porcentaje, al observar esta tabla nos damos cuenta que de toda la población el 53 % (63) de las pacientes no tienen un antecedente de alguna enfermedad de transmisión sexual. En el cuadro 7,2 según los datos la ETS que se encuentra en estos pacientes, la más frecuente es el VPH, esto confirma que es uno de los factores de riesgo para lesión intraepitelial en cérvix.

Cuadro 7.1



Cuadro N° 6 Representación gráfica de antecedentes de enfermedades de trasmisión sexual en las pacientes, representado por sí o no en número y porcentaje, y la representación de la enfermedad de trasmisión sexual que encontramos en los resultados



La tabla 8 representa la distribución de número de pacientes según el antecedentes personales de patología de cérvix representado por **sí** o **no** en número y porcentaje, al observar esta tabla nos damos cuenta que de toda la población el 53 % (63) de las

pacientes no tienen un antecedente personal de patología de cérvix. En la tabla 5,2 se representa el tipo de APP de cérvix que tienen las pacientes y observamos que el LSIL se encuentra con mayor distribución en las pacientes que es un 25%, esta tabla debe estar relacionada con la tabla N 5 porque son pacientes que han tenido como APP VPH.

Tabla 8

Representación de antecedentes personales de patología de cérvix en las pacientes, representados por sí o no en número y porcentaje, y el tipo de antecedente de cérvix de cada paciente

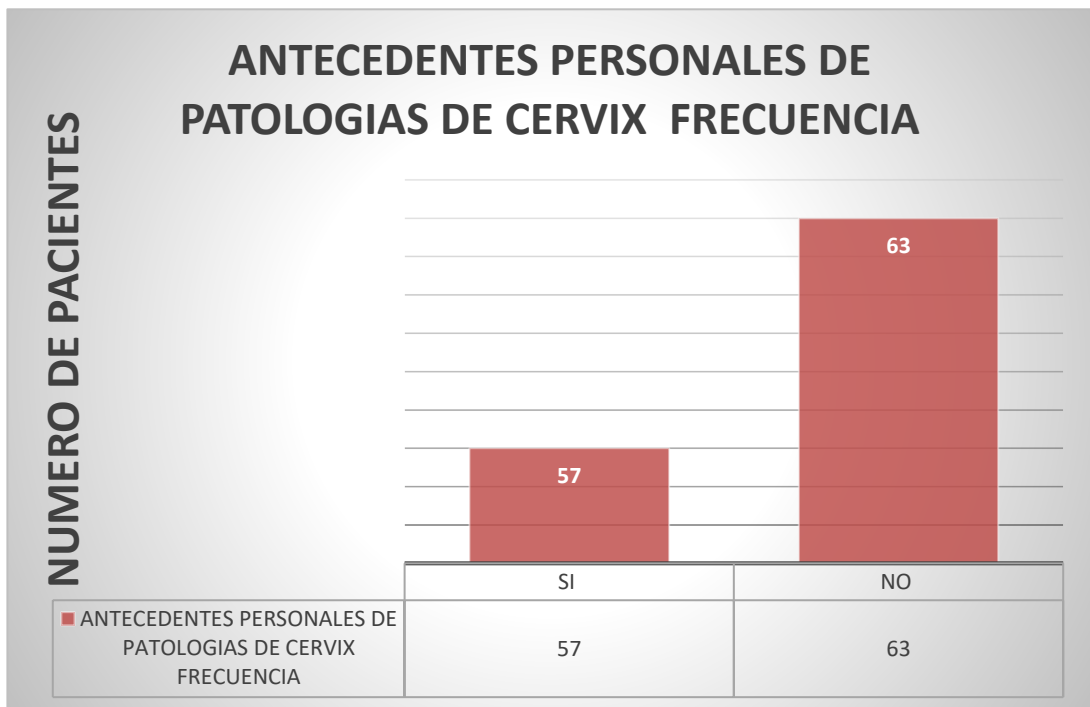
ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGIAS DE CERVIX	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	48%
NO	63	53%
TOTAL	120	100%

Tabla 5.2

APP DE PATOLOGIA DE CERVIX	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASC-US	27	47%
LSIL	30	53%
TOTAL	57	100%

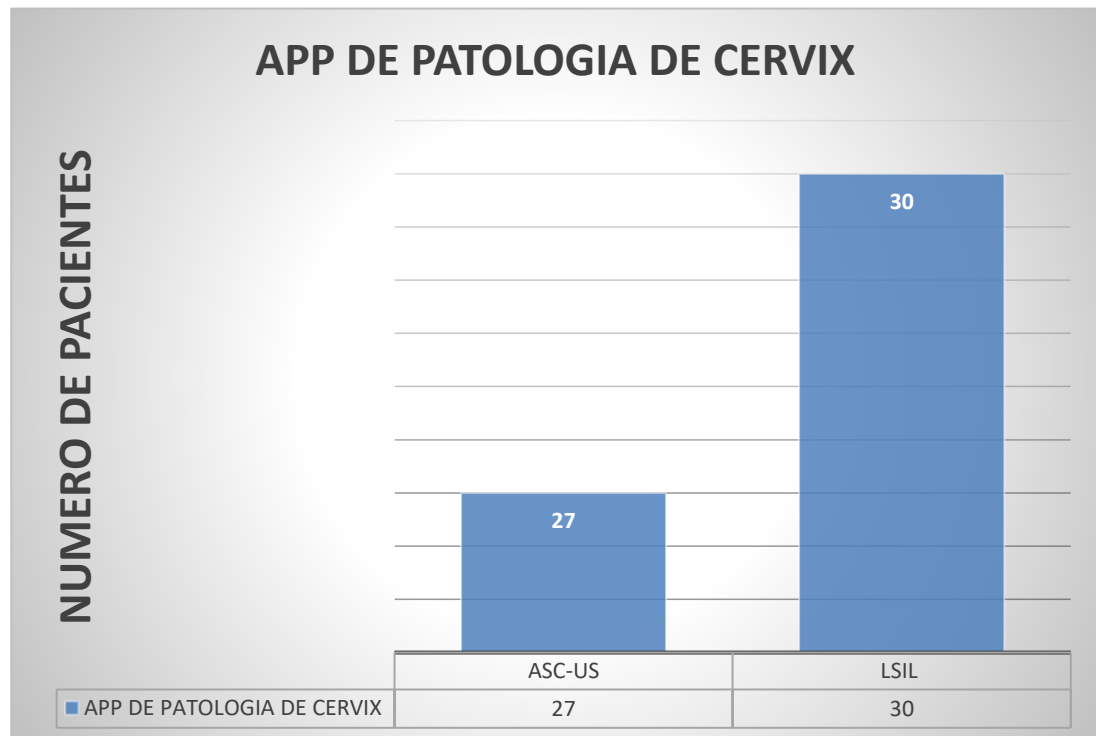
La tabla 8.1 representa la distribución de número de pacientes según los antecedentes personales de patología de cérvix representado por **sí** o **no** en número y porcentaje, al observar esta tabla nos damos cuenta que de toda la población el 53 % (63) de las pacientes no tienen un antecedente personal de patología de cérvix. En la tabla 6,2 se representa el tipo de APP de cérvix que tienen las pacientes y observamos que el LSIL se encuentra con mayor distribución en las pacientes que es un 25%, esta tabla debe estar relacionada con el cuadro 7.2 porque son pacientes que han tenido como APP VPH.

Cuadro 7.1



Cuadro N° 7 Representación gráfica de antecedentes personales de patología de cérvix en las pacientes, representados por sí o no en número y porcentaje, y el tipo de antecedente de cérvix de cada paciente

Cuadro 7.2

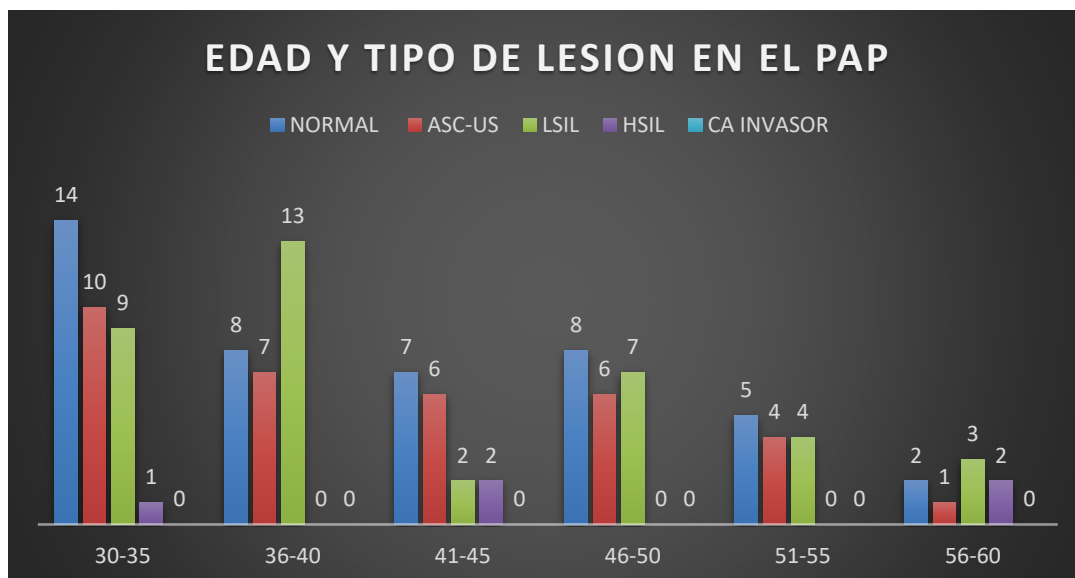


En la tabla N°9 podemos observar la distribución en número de las pacientes con sus resultados por citología cervical relacionado con la edad, en la cual, pacientes que tienen ASCUS se encuentran con más frecuencia en el rango de edad de 30 a 35 años en 9 pacientes que representa el 8% y las que tiene LSIL se encuentran con más frecuencia en el rango de edad de 36 a 40 años en 13 pacientes que representa el 11%. Por lo tanto, confirmamos en la teoría que la lesión ASCUS es la que tiene más frecuencia entre las pacientes en edad reproductiva.

Tabla 9
Distribución en número de los resultados de la citología cervical según el rango de edad de las pacientes

DISTRIBUCION DE LOS RESULTADOS DEL PAP SEGÚN LA EDADES											
GRUPO DE EDADES	TIPO DE LESION EN EL PAP										
	NORMAL		ASC-US		LSIL		HSIL		CA ESCAMOSO INVASOR		TOTAL
30-35	14	12%	9	8%	9	8%	1	1%	0	0%	33
36-40	8	7%	7	6%	13	11%	0	0%	0	0%	28
41-45	7	6%	6	5%	2	2%	2	2%	0	0%	17
46-50	8	7%	6	5%	7	6%	0	0%	0	0%	21
51-55	5	4%	4	3%	4	3%	0	0%	0	0%	13
56-60	2	2%	1	1%	3	3%	2	2%	0	0%	8
TOTAL	44	37%	33	28%	38	32%	5	4%	0	0%	120

En el cuadro N°8 podemos observar la distribución gráfica de las pacientes con sus resultados por citología cervical relacionado con la edad, en la cual, pacientes que tienen ASCUS se encuentran con más frecuencia en el rango de edad de 30 a 35 años en 9 pacientes que representan el 8% y las que tiene LSIL se encuentran con más frecuencia en el rango de edad de 36 a 40 años en 13 pacientes que representa el 11%. Por lo tanto, confirmamos en la teoría que la lesión ASCUS es la que tiene más frecuencia entre las pacientes en edad reproductiva.



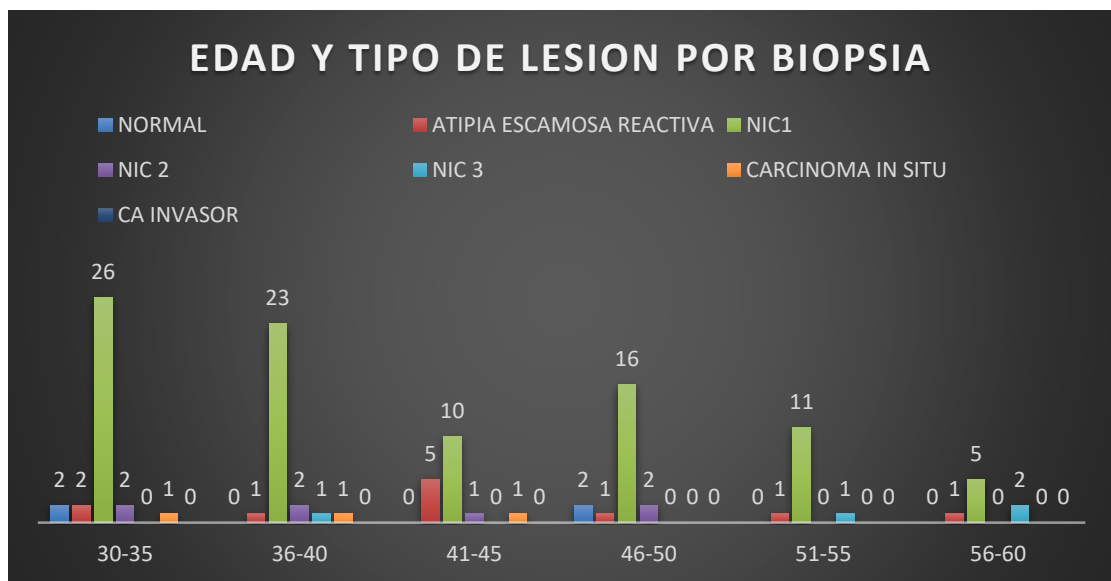
Cuadro N° 8 Distribución gráfica de los resultados de la citología cervical según el rango de edad de las pacientes

En la tabla N°10 podemos observar la distribución numérica de las pacientes con sus resultados por biopsia relacionado con la edad, en la cual, pacientes que tienen NIC 1 se encuentran con mayor frecuencia en el rango de 30 a 35 años de edad con 26 pacientes que representa el 22% y tal solo 2 pacientes que representa el 2 % con atipia escamosa reactiva. Esto representa que no existe una buena relación de los resultados entre la citología y la biopsia, ya que la biopsia es el método diagnóstico confirmativo y esta demuestra que las lesiones más frecuentes si se encuentran en el rango de 30 a 35 años de edad, que es en la edad reproductiva.

Tabla 10 Distribución en número de los resultados de la biopsia según el rango de edad de las pacientes

DISTRIBUCION DE LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA SEGÚN LA EDADES															
GRUPO DE EDADES	TIPO DE LESION EN LA BIOPSIA														
	NORMAL		ATIPIA ESCAMOSA REACTIVA		NIC1		NIC 2		NIC 3		CARCINOMA IN SITU		CA ESCAMOSO INVASOR		TOTAL
30-35	2	2%	2	2%	26	22%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	33
36-40	0	0%	1	1%	23	19%	2	2%	1	1%	1	1%	0	0%	28
41-45	0	0%	5	4%	10	8%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%	17
46-50	2	2%	1	1%	16	13%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	21
51-55	0	0%	1	1%	11	9%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	13
56-60	0	0%	1	1%	5	4%	0	0%	2	2%	0	0%	0	0%	8
TOTAL	4	3%	11	9%	91	76%	7	6%	4	3%	3	3%	0	0%	120

En el cuadro N°10 podemos observar la distribución grafica de las pacientes con sus resultados por biopsia relacionado con la edad, en la cual, pacientes que tienen NIC 1 se encuentran con mayor frecuencia en el rango de 30 a 35 años de edad con 26 pacientes que representa el 22% y tal solo 2 pacientes que representa el 2 % con atipia escamosa reactiva. Esto representa que no existe una buena relación de los resultados entre la citología y la biopsia, ya que la biopsia es el método diagnóstico confirmativo y esta demuestra que las lesiones más frecuentes si se encuentran en el rango de 30 a 35 años de edad, que es en la edad reproductiva.



Cuadro N° 9 Distribución grafica de los resultados de la biopsia según el rango de edad de las pacientes

Tabla 11 Correlación entre la edad y los resultados de la citología obtenido por PAP y los resultados obtenidos por biopsia, según la correlación de Pearson

		Correlaciones		
		EDAD	HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL PAP	HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA BIOPSIA
EDAD	Correlación de Pearson	1	,087	,068
	Sig. (bilateral)		,343	,461
	N	120	120	120
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL PAP	Correlación de Pearson	,087	1	,452**
	Sig. (bilateral)	,343		,000
	N	120	120	120
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA BIOPSIA	Correlación de Pearson	,068	,452**	1
	Sig. (bilateral)	,461	,000	
	N	120	120	120

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según el análisis de la correlación de Pearson que se realizó entre la edad y los resultados de citología obtenido por PAP y los resultados obtenidos por biopsia, da como resultado para la correlación edad – citología (PAP) = 0.087; y el resultado de edad- biopsia = 0.068, esto nos indica según la teoría del rango (+1, 0, -1) estos resultados se encuentra más cercano al 0 que al +1, entonces esta correlación es nula, las variables son independientes.

Tabla 12 Correlación histopatológica de los resultados de la citología cervical con los resultados de la biopsia, según la correlación de Pearson

RESULTADO DE PAP	RESULTADO DE BIOPSIA							TOTAL
	NORMAL	ATIPIA ESCAMOS A REACTIVA	NIC 1	NIC 2	NIC 3	CARCINOMA IN SITU	CA INVASOR	
NORMAL	4	6	32	2	1			45
ASC-US		4	27					31
LSIL		1	32	4	1	2		40
HSIL				1	2	1		4
CA ESCAMOSO INVASOR								0
TOTAL	4	11	91	7	4	3	0	120

Tabla 9.1

		HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL PAP	HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA BIOPSIA
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL PAP	Correlación de Pearson	1	,452**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	120	120
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA BIOPSIA	Correlación de Pearson	,452**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	120	120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según el análisis de la correlación de Pearson nos arroja un resultado =0,45 que es una correlación positiva, pero de acuerdo a la teoría del rango (+1, 0, -1) se encuentra cercano a cero y alejado del +1, nos indica que la correlación histopatológica entre los resultados de la citología obtenido por PAP y los resultados obtenidos por biopsia es débil.

DISCUSION

Se ha considerado que las lesiones intraepiteliales del cuello uterino se originan a partir de la infección por el Virus del Papiloma Humano y que sucede más frecuentemente en mujeres que se encuentran cursando la edad fértil.

En nuestro estudio, con una población de 120 pacientes, se evidencio en las muestras tomadas por citología cervical, que en un 37% de pacientes el resultado es negativo para malignidad, un 32% de pacientes con resultado de lesión intraepitelial de bajo grado; lo cual, podemos deducir que no es mucho la diferencia entre ambos. Por lo tanto, la LSIL es la lesión más frecuente en nuestra población de estudio.

En las muestras tomadas por biopsia, los resultados dan un 76% para NIC 1, lo cual nos demuestra; según la teoría, que la biopsia es el método diagnóstico para confirmar una lesión a nivel de cérvix, ya que en los datos recolectados en nuestro estudio, la mayor parte de las pacientes que tenían negativo para malignidad o ASCUS en el PAP, en la biopsia resultaron con NIC 1.

La elección de base para la toma de muestra de la citología cervical por los especialistas en nuestro estudio fue el frotis convencional, con un porcentaje del 60%, ya que como indica la teoría es el método que se utiliza con más frecuencia por los médicos y ayuda al diagnóstico precoz de alguna lesión que se encuentre en el cuello uterino. Aunque, la citología de base líquida es una buena opción y tiene varias ventajas como, una muestra con mejor distribución y visualización, una muestra más limpia, sirve para una mejor prevención, entre otras.

En nuestro estudio, escogimos pacientes de 30 a 60 años de edad, de las cuales la mayoría de pacientes están en el rango de edad de 30-35 años con un total de 33 pacientes en nuestra población, que representa un 28% entre las 120 pacientes. Esto demuestra que las lesiones intraepiteliales en cuello uterino si son más frecuentes en edades reproductivas porque hay vida sexual activa, por lo tanto, más probabilidades de adquirir VPH. La lesión ASCUS se encuentra con mayor frecuencia en el rango de edad de 30 a 35 años de edad en 8 de las 33 pacientes, lo que representa el 7% y la lesión LSIL se encuentra más frecuente en el rango de 6 a 40 años de edad, por otro

lado, la lesión NIC 1 se encuentra con mayor frecuencia en el rango de 30 a 35 años de edad en 26 de las 33 pacientes, lo que representa el 22%. Por lo tanto, en la Correlación de Pearson entre la edad y los resultados de la muestra de citología cervical y biopsia demuestra, no se encuentra relación, ya que los resultados son más cercanos a 0 que a +1. Esto demuestra en la teoría, que la biopsia es el método de diagnóstico de confirmación para lesiones a nivel de cérvix, ya que da resultados más cercanos a la realidad a diferencia del PAP.

Según los antecedentes patológicos personales en enfermedades de transmisión sexual de las 120 pacientes en nuestro estudio, se recolecto 57 pacientes, que representa el 48%, con una ETS, de las cuales en todas estas pacientes estaban contagiadas del Virus del Papiloma Humana y así se confirma en la teoría, que es uno de los factores de riesgo más común para generan lesiones a nivel del cuello uterino. También, recolectamos las pacientes que tenían antecedentes de lesiones a nivel de cérvix, las cuales fueron 57, que representa el 48% de las 120 pacientes. La lesión con más frecuencia que se encontró en nuestro estudio fue LSIL; en 30 pacientes, lo que representa el 57% de todas las pacientes y le sigue ASCUS con 27 pacientes, que representa el 47% de las pacientes. Es importante destacar, que en nuestro estudio no se encontró ningún antecedente familiar de lesiones de cérvix; por lo tanto, no hay relación con la presencia de lesiones de cérvix en las pacientes de nuestro estudio.

Según la Correlación de Pearson entre los resultados de la citología y la biopsia muestra que hay una correlación positiva, pero débil (0,45) porque se encuentra más cercano a 0 que a +1. Con estos resultados, según la teoría, demostramos que la citología de cérvix es un método para diagnóstico precoz y para prevención, que nos ayuda para descubrir si existe una alteración a nivel de cérvix, pero para realizar el diagnóstico para la confirmación siempre vamos a utilizar la biopsia dirigida por colposcopia porque es el gold estándar en la actualidad, ya que ayuda a la identificación más concreta y precisa de las lesiones intraepiteliales a nivel del cuello uterino. También, evidenciamos con la Correlación de Pearson, que existe una correlación nula, ya que entre la edad y los resultados del PAP es 0.087 y la edad entre los resultados de la biopsia es 0.068, esto nos indica que estos tipos de lesiones pueden encontrarse en cualquier rango de edad en los resultados de los dos métodos diagnósticos que tomamos en cuenta en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Según los datos y resultados de este estudio expuestos en tablas y cuadros, llegamos a mostrar que hay una correlación débil entre los resultados de la citología cervical y los resultados de la biopsia. Entonces, no hay correlación histopatológica entre ambos resultados de los métodos diagnóstico descritos en las pacientes con lesiones intraepiteliales a nivel de cérvix.

En conclusión, la biopsia es el método de certeza para diagnosticar lesiones patológicas a nivel del cuello uterino, pero siempre debe ser tomarse la muestra de la citología cervical ya que esta sirve de tamizaje y da una orientación al diagnóstico, por lo tanto, estos dos métodos van siempre de la mano.

RECOMENDACIONES

Con este estudio, se sugiere que el primer nivel de atención posea un programa con la información necesaria dedicado para pacientes adolescentes y jóvenes en edad fértil con vida sexual activa, para hacer saber la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz mediante la citología cervical de las lesiones intraepiteliales que se pueden localizar a nivel de cérvix.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cordero J. Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2014 [cited 6 September 2019];20(2).
2. García A, Fajardo M, Caballero M, Camargo F. Resultados de la citología cervicovaginal en población universitaria. Un estudio descriptivo. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [cited 6 September 2019];15(42).
3. Khan MJ e. ASCCP Colposcopy Standards: Role of Colposcopy, Benefits, Potential Harms, and Terminology for Colposcopic Practice. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 15 April 2018].
4. Cervical Biopsy [Internet]. John Hopsking Hospital. 2017 [cited 7 July 2019].
5. Bover I. Cáncer de cérvix. *Sociedad Española de Oncología Médica* [Internet]. 2017 [cited 27 October 2019];5(1).
6. Almaras L. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITO-COLPOSCÓPICA SEGÚN LA HISTOPATOLOGÍA CERVICAL EN EL HOSPITAL PNP LUIS N. SÁENZ, AÑO 2016 [Doctorado]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
7. Aguilar L. ALTERACIONES CITOLÓGICAS DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA EN EL PERIODO DE MARZO A SETIEMBRE DEL 2016 [Doctorado]. Universidad Norbert Wiener; 2017.
8. Lozada N. Concordancia citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones premalignas del cérvix uterino. *Hospital Belén de trujillo 2012 - 2017* [Doctorado]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
9. García C, Amaya J, Naranjo E, Ambrosi N. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnóstico citológico de atipia escamosa de significado indeterminado (ASCUS), en una institución de complejidad media en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2016.
10. Cordero J, García M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2015 [cited 29 August 2019];41(4).
11. Barriales Revilla L. Utilidad de la citología cervicovaginal y colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital P.N.P. Luis N. Sáenz durante el año 2016 [Internet]. Repositorio.urp.edu.pe. 2016 [cited 28 August 2019].

12. Schwartz A. Ozonoterapia en la Infección por Virus del Papiloma Humano (HPV). Revista Española de Ozonoterapia [Internet]. 2017 [cited 27 October 2019];7(1).
13. Montero Y, Ramón R, Valverde C, Escobedo F, Hodelín E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. Medisan [Internet]. 2018 [cited 29 August 2019];22(5).
14. Garaycochea M, Miraval M, Pino R, Chávez I. Lesiones intraepiteliales en cuello uterino de mujeres privadas de libertad (Lima) [Doctorado]. Instituto Nacional de Salud; 2017.
15. Arellano Ortiz A. Deficiencia de micronutrientes en la dieta del paciente con lesiones precancerosas del cérvix de una clínica de colposcopia en Ciudad Juárez, México. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(4).
16. Arellano Ortiz A. Deficiencia de micronutrientes en la dieta del paciente con lesiones precancerosas del cérvix de una clínica de colposcopia en Ciudad Juárez, México. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(4).
17. Botero Uribe J, Henao G, Londoño Cardona J. Obstetricia y ginecología. 8th ed. Colombia: Ediciones Tinta Fresca; 2008.
18. Sacher Nava M, Olivares Montano A, Contreras Carreto N, Diaz Suarez M. Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cervix [Internet]. Medigraphic.com. 2015 [cited 28 August 2019].
19. Rosado Flores M, Ocon Roncal R, Navarrete Mejía P, Loayza Alarico M. Utilidad de la citología e inspección visual con ácido acético en la detección de lesiones neoplásicas de cuello uterino Centro Médico Oncomujer 2013-2014. Lima, Perú [Internet]. scielo. 2019 [cited 28 October 2019].
20. JA B. The diagnostic accuracy of colposcopy - A review of research methodology and impact on the outcomes of quality assurance. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2019 [cited 4 August 2019].
21. Angeleri A, Díaz L, Coliva G, Guerra F, Palaoro L, Rocher A. Calidad de la toma exo-endocervical en la prevención del cáncer de cuello uterino [Internet]. Scielo.org.ar. 2019 [cited 28 October 2019].
22. Zamora-Julca Roxana Elizabeth, Ybaseta-Medina Jorge, Palomino-Herencia Adrián. RELACIÓN ENTRE CITOLOGÍA, BIOPSIA Y COLPOSCOPIA EN CÁNCER CÉRVICO UTERINO. Revista Médica Panacea. 2019;8(1).
23. Rakotomahenina H, Bonneau C, Ramanah R, Rouzier R, Brun J, Riethmuller D. Epidemiología, prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2016;52(3):1-13.

24. Quispe M, Valencia C, Rodríguez A. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE GINECOLOGIA HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2014-2015.” [Doctorado]. UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”; 2017.
25. Brito M, Sánchez C, José C. Endocervicoscopia: una herramienta precisa para el diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales del endocérvix. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Internet]. 2019 [cited 14 December 2019];77(1).
26. Nayar R, Wilbur D. The Pap Test and Bethesda 2014. *Acta Cytologica* [Internet]. 2015 [cited 25 January 2020];59(2):121-132.
27. Roe C, Hanley K. Updates in Cervical Cytology. *Surgical Pathology Clinics* [Internet]. 2018 [cited 25 January 2020];11(3):589-599.
28. Khan M, Werner C, Darragh T, Guido R, Mathews C, Moscicki A et al. ASCCP Colposcopy Standards. *Journal of Lower Genital Tract Disease* [Internet]. 2017 [cited 25 January 2020];21(4):223-229.
29. Fachetti-Machado G, Figueiredo-Alves R, Moreira M. Performance of Conventional Cytology and Colposcopy for the Diagnosis of Cervical Squamous and Glandular Neoplasias. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2018 [cited 25 January 2020];40(07):410-416.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

DECLARACION Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lorena Paola Vélez Padilla**, con CC: **#1310907959** autora del trabajo de titulación: **Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 3 de mayo del 2020

VÉLEZ PADILLA LORENA PAOLA

1310907959



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

DECLARACION Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jorge Luis Vélez Padilla**, con CC: **#1310272164** autor del trabajo de titulación: **Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 3 de mayo del 2020

VÉLEZ PADILLA JORGE LUIS

1310272164



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes de 30 a 60 años con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019.		
AUTOR(ES)	Jorge Luis Vélez Padilla Lorena Paola Vélez Padilla		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. John Cristian de Jesús Garijo Robles		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de mayo del 2020	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Oncología, Anatomía Patológica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Lesiones intraepiteliales, citología cervical, biopsia de cérvix, HPV, displasia leve, displasia moderada, displasia grave.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: Las lesiones intraepiteliales, por la anatomía del cuello uterino, es de fácil examinación de manera directa, y realizar el estudio citológico e histológico y de esta forma realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para las lesiones premalignas a nivel del cérvix. Las lesiones que se encuentran a nivel de cuello uterino tienen como características el presentar inmadurez y anomalías nucleares. Objetivo: El objetivo principal de este estudio es demostrar si existe correlación histopatológica de la citología de cérvix con la biopsia dirigida por colposcopia en pacientes con lesiones a nivel del cuello uterino que acudieron al Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de abril 2018 hasta abril 2019. Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Resultados: Según la Correlación de Pearson entre los resultados de la citología y la biopsia, estos demuestran que hay una relación positiva, pero débil (0,46), porque se encuentra más cercano a 0 que a +1. Conclusiones: Según los datos y resultados de este estudio expuestos en las gráficas a presentar, llegamos a mostrar que hay una correlación débil entre los resultados de la citología cervical y los resultados de la biopsia. Por tanto, no hay correlación histopatológica entre ambos resultados de los métodos diagnósticos descritos en las pacientes con lesiones intraepiteliales a nivel de cérvix.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	CON	Teléfono: +59399872637 - +593995019332	E-mail: lorevelez14@outlook.com jorgeluisvelezpadilla@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Ayón Genkuong Andrés Mauricio	
		Teléfono: +593997572784	
	DEL	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			