

Valoración de las Lesiones Intraepiteliales de alto grado (LIEAG) y malignas cervicouterinas diagnosticadas en el servicio de patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (P.T.G.I.C.) de SOLCA Portoviejo, en el período Junio 2004 a Junio 2005.

Dra. Leticia Susana Vesely *

*Servicio de P.T.G.I. y Colposcopia
Hospital Oncológico "Julio Villacreses Colmont".

ABSTRACTO

Se evaluaron casos de LIEAG y cáncer invasor cervicouterinos diagnosticados en el período junio 2004 a junio 2005 en el Servicio de P.T.G.I.C. de SOLCA Portoviejo, ante la confirmación histopatológica de estas lesiones, relacionando cáncer invasor versus LIEAG, y diferentes variables (lugar de procedencia, citología de ingreso al servicio, edad promedio paciente, hallazgo colposcópico, paridad, tipo de diagnóstico histopatológico).

Palabra clave: Lesión Intraepitelial.

ABSTRACT

Cases of LIEAG and invader cervix cancer diagnosed in the period June 2004 to June 2005 in the Service of P.T.G.I.C. of SOLCA Portoviejo were evaluated, before the histopathology confirmation of these lesions, relating invader cancer versus LIEAG, and different variables (origin place, cytology at entrance to the service, average age patient, colposcopic discoveries, parity, type of histopathology diagnostic).

Key words: Intraepithelial Lesions.

Introducción:

Según clasificación Bethesda dentro de las LIEAG, encontramos lesiones que en anteriores clasificaciones denominábamos NIC II/displasia moderada, NIC III/displasia severa y carcinoma in situ, y conociendo que requieren similar conducta terapéutica, es importante implementar en los registros de tumores la notificación de estos casos que daría una visión más amplia y certera de la situación de nuestras pacientes respecto a la patología premaligna y maligna cervicouterina.

Objetivos:

- Relacionar casos nuevos de LIEAG y carcinoma cervicouterino en el período junio 2004 a junio 2005, en lugar de la clásica relación CIS y cáncer invasor.
- Valorar correlación de los casos de LIEAG y carcinoma invasor con diferentes variables.

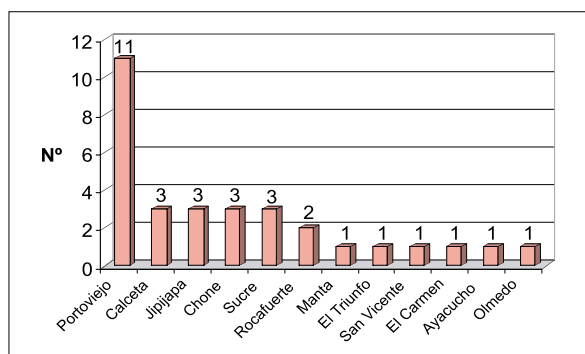
Materiales y Métodos:

Se valoraron 31 pacientes con diagnóstico histopatológico de LIEAG y cáncer invasor en el período junio 2004 a junio 2005, y se tomó en cuenta su relación con las variables antes citadas en el Servicio de P.T.G.I.C. del Hospital Oncológico "Julio Villacreses Colmont".

Resultados:

En el período junio 2004 a junio 2005, de los 31 casos diagnosticados de LIEAG y cáncer invasor, 6 fueron cáncer invasor (19,35%) y 25 fueron LIEAG (8 NIC II, 11 NIC III y 6 carcinoma in situ: 80,64%).

La mayor frecuencia de las pacientes con LIEAG y cáncer invasor, provenían de Portoviejo (35,8%). Tabla N° 1



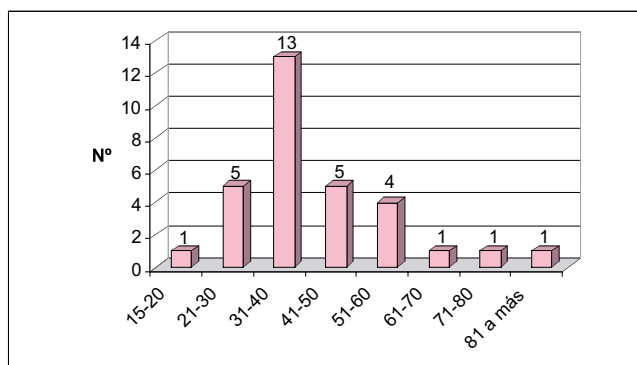
Correspondencias y Separatas:

Dra. Leticia Susana Vesely
Servicio de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia
Hospital Oncológico "Julio Villacreses Colmont".
Solca
Portoviejo - Ecuador

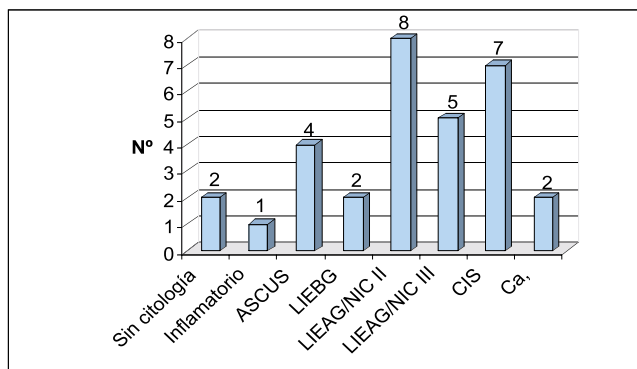
©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer



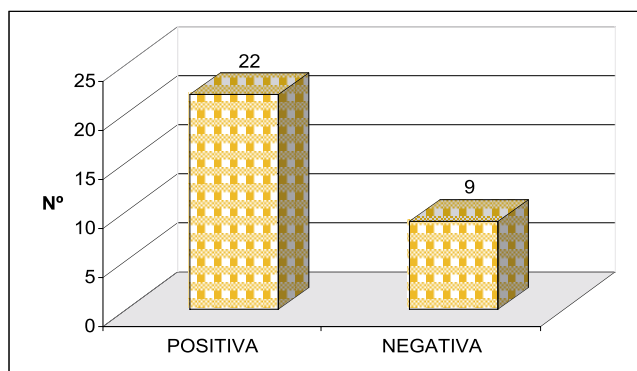
- La edad promedio de aparición de las LIEAG fue de 39 años y para cáncer invasor de 49 años. Tabla N° 2



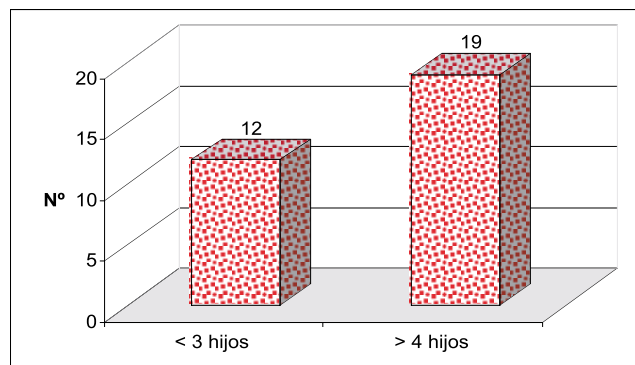
- El 93,5% de las pacientes concurren con citologías previas a las consultas de: inflamación 3,2%, ASCUS 12,9%, LIEBG 6,45%, LIEAG 64,5% y cáncer invasor 6,45%. Tabla N° 3



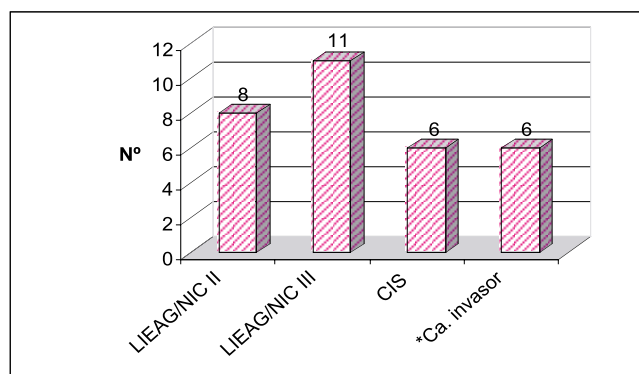
- En el 70,96% de las pacientes se observaron lesiones colposcópicas (versus 29,03% sin lesión visible). Tabla N° 4



- El 61,29% de las pacientes fueron multiparas (más de 4 gestas). Tabla N° 5



- El diagnóstico histopatológico fue: LIEAG NIC II – 8 pacientes (25,8%), NIC III – 11 pacientes (35,48%), carcinoma in situ – 6 pacientes (19,35%) y carcinoma invasor – 6 pacientes (19,35%). Tabla N° 6



- Ca. invasor IB: 4 casos – Ca. invasor IIB: 2 casos.
16 pacientes presentaron infección por H.P.V. asociada (51,61%).

Conclusiones:

- Al registrar y comparar las pacientes con LIEAG frente a las que presentaron cáncer invasor se observó el aumento del diagnóstico precoz de lesiones preinvasoras cervicouterinas.
- Las LIEAG aparecen 10 años antes que el cáncer invasor.
- El primer motivo de consulta de dichas pacientes fue una citología previa alterada.
- La colposcopia aumenta la precisión diagnóstica (biopsias dirigidas, extensión de lesiones) y orienta en la decisión de la conducta terapéutica adecuada (cono LEEP, cono quirúrgico, histerectomía total).

Bibliografía

1. Does screening for cervical intra-epithelial neoplasm in developing countries prevent invasive cervical cancer? Afr J Med Med Sci 2003 Sep; 32(3):283-5.
2. Visual inspection with acetic acid as a feasible screening test for cervical neoplasia in Iran. Int J Gynecol Cancer 2004 May-Jun; 14(3):465-9.
3. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. Am J Obstet Gynecol 2004 Jul; 191(1):105-13.
4. Women who participate in spontaneous screening are not a higher risk for cervical cancer than women who attend programme screening. Eur J Cancer 2002 Apr; 38(6):827-31.
5. The results of screening program for cervical cancer in Lodz. Ginekol Pol 2002 Nov; 73(11):934-8.
6. The predicted effect of changes in cervical screening practice in the UK: results from a modelling study. Br J Cancer 2004 Aug 2; 91(3):530-6.
7. Diagnosis and management of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol Clin North Am 2001 Dec; 28(4):667-84.
8. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma based on cytological screening in the region of Campinas, Sao Paulo, Brazil. Cad Saude Publica 2004 Jan-Feb; 20(1):153-9.
9. Natural history and screening model for high-risk human papillomavirus infection, neoplasia and cervical cancer in the Netherlands. In J Cancer 2004 Jun 10; 115(2):268-75.
10. Cancer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(4):318-323.

Del Editor

AUTORES Y AUTORÍA

La paternidad literaria da el crédito y ratifica la responsabilidad total del trabajo realizado y publicado. Significa haber trabajado lo suficiente en la concepción, elaboración del trabajo, análisis de la información y en la escritura del manuscrito. Todas las personas designadas como autores deben calificar para obtener la paternidad literaria. La jerarquía de la paternidad debe ser una decisión conjunta de los coautores. Cada uno de ellos debe haber participado lo suficiente en el trabajo para adquirir responsabilidad pública de su contenido.

El crédito de la paternidad literaria debe basarse en las contribuciones para:

- a.- La concepción, el diseño y el análisis de los datos.
- b.- La elaboración del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual, y
- c.- La aprobación final del material a publicarse.

Los tres tipos de contribuciones tienen que cumplirse. Solo la participación en la recaudación de fondos o de datos no justifica la paternidad literaria. La supervisión en general del grupo de investigación tampoco es suficiente. Los editores pueden solicitar a los autores que describan cada una de las contribuciones proporcionadas, ya que esta información puede ser publicada.

Adaptado de: JAMA 1996; 276:75

