

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO DE CÉRVIX. AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO, MARACAY, VENEZUELA.

CLINICAL MONITORING OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF CERVIX LOW-GRADE INTRAEPITHELIAL LESIONS.

María Gabriela Lima;¹ Mercedes Herrera;¹ Ivis Graterol Silva ²

ABSTRACT

Low-grade squamous intraepithelial lesion (SIL) returns spontaneously in 60% of cases, 30% persists and 10% progress; and 1% becomes an invasive carcinoma. The objective of this research was to determine the clinical and epidemiological behavior of low-grade intraepithelial lesions and their progression in patients from the gynecology room at the María Teresa Toro Community Health Center. Materials: 35 patients were evaluated with SIL. The patients were monitored for 9 months and the SPSS was used for analysis. Results: 37% between the ages of 21 and 30 years old, the first sex intercourse was at 17 years old, 63% had Human Papilloma Virus (HPV) infection, 51% received no treatment, 51% reported acetowhite areas with colposcopy. Cytology control at the first quarter, 54% showed SIL again, 23% LSIL and HPV, the rest had mild, severe or combined HPV and inflammation. 45% of patients had severe inflammation and 17% reported LSIL during the second quarter, the occurrence of inflammation associated with HPV decreased. During the third quarter, 54% of severe or atypical inflammation associated with HPV is reported; one patient had a normal cytology. Conclusions: clinical variations, ranging from a mild inflammation to severe atypia assorted in the case of LSIL. Clinical findings of variability and persistence are associated entirely to HPV. The most often colposcopic associated with LSIL, the acetowhite epithelium was observed. Only one case experimented regression to a normal cytology. None of the studied patients evolved to HSIL or cancer.

KEY WORDS: intraepithelial lesions, colposcopy, progression, cancer.

RESUMEN

La lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado en el 60% de los casos regresan espontáneamente, un 30 % persiste y un 10% progresan y 1% se transforman en carcinoma invasor. El objetivo del estudio fue determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de lesiones intraepiteliales de bajo grado y su progresión en pacientes de la consulta de ginecología del ambulatorio María Teresa Toro. Se evaluaron 35 pacientes con LIEBg. Se siguió por tres trimestre a las pacientes y utilizó el programa SPSS para el análisis. Las edades fueron de 21 y 30 años en un 37%, el inicio de relaciones sexuales fue 17 años, 63% presento infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) 51% no recibió tratamiento, 51% reportó zonas acetoblanco en colposcopia. El control de citología en primer trimestre el 54% presentaron nuevamente LIEBG, el 23% LIEBg y VPH, el resto presentó inflamaciones leve, severa o combinadas y VPH. Para el segundo trimestre el 45% presentó inflamación moderada y 17% reportó LIEBG, disminuyó la aparición de inflamaciones asociadas al VPH. Al tercer trimestre un 54% mantuvo reportes de inflamación leve, severa o atípicas asociadas al VPH, una paciente presentó citología normal. Se manifestaron variadas clínicas, que van desde una inflamación leve a severas o atípicas variadas en caso de LIEBg. Los hallazgos de variabilidad y persistencia clínica se asocian en su totalidad a VPH. Al colposcópico con más frecuencia a LIEBG se observó el epitelio acetoblanco. Solo un caso experimento regresión a citología normal Ninguna pacientes estudiadas evolucionó a LIEAG o a cáncer.

PALABRAS CLAVE: lesiones intraepiteliales, colposcopia, progresión, cáncer de cervix.

INTRODUCCIÓN

Según la comunidad médica-científica la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG) se evidencia cuando se encuentran células anormales en la superficie del cuello uterino, no es cancerosa, la causa está asociada a una infección por ciertos tipos de virus papiloma humano (VPH), de transmisión sexual, que se resuelve mayormente de forma espontánea y sin consecuencias. Esta infección se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que va desde la atipia celular a diversos grados de displasia

Recibido: Diciembre; 2016

Aprobado: Junio; 2017

¹Hospital Central de Maracay, Departamento de Ginecología y Obstetricia Venezuela ²Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Morfología Normal y Patológica, sede Aragua.

Correspondencia: Ivis957@hotmail.com

o neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN, según sus siglas en inglés) antes de progresar a carcinoma invasor.¹

Se estima que anualmente en el mundo se diagnostican alrededor de 500.000 casos de cáncer de cérvix invasor, representando 12% de todos los tipos de cáncer detectados en mujeres, de los cuales casi la mitad resultan mortales.² Según el modelo interpretativo, la presencia de un tipo de VPH de alto riesgo junto con células escamosas atípicas sin significado determinado (ASCUS) se interpretaría como una LEIBG.³ Estas células escamosas atípicas tienen significado incierto, mientras que la LIEBG se refiere a una Displasia leve o Neoplasia intracervical grado 1 (NIC 1), Displasia moderada o Neoplasia intracervical grado 2 (NIC 2) según la denominación sugerida en Bethesda.³

La Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) en la Conferencia de Consenso, realizada en Bethesda en el año 2001, recomendó, en pacientes con diagnóstico histológico de LIEBG y colposcopia satisfactoria, el seguimiento sin tratamiento como la primera opción. Asimismo, realizar legrado endocervical en pacientes con colposcopia insatisfactoria o colposcopia satisfactoria pero con lesión no identificada.⁴ Aquellas pacientes con legrado endocervical positivo para LIEBG en quienes se visualicen los límites de la lesión, son susceptibles de terapia conservadora, así como aquellas mujeres en situaciones especiales como embarazadas, posmenopáusicas o inmunosuprimidas.⁵

De igual forma, el protocolo de la ASCCP, recomienda en lo que respecta a lesiones intraepiteliales: Seguimiento con citologías cada 6 a 12 meses o examen de VPH cada 12 meses. En caso de encontrar VPH positivo, deberá realizar colposcopia; si la lesión persiste por más de dos años se valorará tratamiento inmediato. En caso de VPH negativo o dos citologías negativas, se deberá continuar con tamizaje de rutina de citologías cada 3 años.⁶

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda la conducta conservadora, repetir el frotis cuando existe citología anormal; si ésta anomalía está presente nuevamente en la citología, referir a la paciente a colposcopia. Otra alternativa es realizar tipificación viral para VPH, si ésta resulta de alto riesgo, derivar a la paciente a colposcopia, de no encontrarse virus de alto riesgo, se repite la citología en 12 meses.⁷ Dada la posible regresión espontánea de la LIEBG, el tratamiento sistemático representa, en muchos casos, un sobre tratamiento y por todo ello, la abstención terapéutica y control puede ser una opción válida.⁸

Según el Consenso Nacional Venezolano, el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino, para las pacientes con citología informada como LIEBG se consideran válidas las siguientes opciones: repetir la citología en seis meses o bien realizar colposcopia cuando esta herramienta esté disponible.³ Al referir el comportamiento biológico de las LIEBG, éstas tienen una regresión espontánea significativa de hasta 80%, en un periodo de dos años persisten en un 25 a 30%, progresan a lesión de alto grado alrededor de 10 a 15% y menos de 1% terminan en carcinoma invasor.⁹

Los datos oficiales sobre la situación del cáncer en Venezuela correspondientes al año 2012, refieren estimaciones que toman como base la información de la mortalidad y los datos de morbilidad del Registro Central de Cáncer (RCC), del Programa de Oncología (PO) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).¹⁰ Para ese año 2012, reportaron 42.046 casos de cáncer, en el género femenino, ubicado en segundo lugar, cuello uterino con 4.076 casos y 1.630 defunciones, que representa 18,42% del total de las localizaciones registradas.¹⁰

En el estado Aragua las cifras oficiales publicadas por el MPPS correspondientes a los años 1995- 2012, evidencian que la tasa de mortalidad luego de haber descendido en 49%, comienza a aumentar desde 2008 por un descenso significativo en la cobertura citológica, probablemente debido a que no hay continuidad en la dotación de insumos para pesquisa, diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales para el desarrollo del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix (PPCCC), a pesar de contar con los citostáticos en un 90% y la radioterapia, además de la disponibilidad de un equipo de salud para los diagnósticos avanzados.¹¹

En atención a los factores epidemiológicos de riesgo asociados a las lesiones intraepiteliales escamosas como: historia de tabaquismo, número de gestas, uso de anticonceptivos, inicio temprano de relaciones sexuales, elevado número de parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual e inmunosupresión crónica;¹ en las pacientes con diagnóstico de LIEBG según resultados de histología, sin maternidad satisfecha, y con persistencia por dos años, se sugiere continuar con observación. El tratamiento excisional se recomienda en las pacientes con colposcopia no satisfactoria o muestra endocervical positiva. En las adolescentes se recomienda observación sin tratamiento, en pro de garantizar su proceso reproductivo (fertilidad), salvo casos graves que ameriten tratamiento o resolución

quirúrgica; en postmenopáusicas se recomienda histerectomía; en el caso de embarazadas, se sugiere realizar colposcopia seis semanas posterior a resolución del embarazo y biopsia durante el embarazo en caso de ser necesario, no se sugiere aplicar tratamiento (a menos que haya diagnóstico de cáncer), por el riesgo de hemorragia o pérdidas fetales.

En las pacientes con diagnóstico de VIH positivo y reporte histopatológico de LIEBG, el uso de las terapias antirretrovirales ha visto incrementada las tasas de regresión de las lesiones. En estos casos, se sugiere seguimiento con citología y colposcopia de las regiones del ano, la vulva y la vagina y de ser necesario se implementa tratamiento excisional o ablativo.⁶ Para el tratamiento conservador de la lesión intraepitelial cervical se propone la colposcopia satisfactoria, la correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida; en caso extremo el uso del legrado endocervical (LEC) negativo y seguimiento con citología cada 3 meses el primer año y posteriormente cada año.¹² Por otro lado, se recomienda a los laboratorios el uso del Sistema Bethesda en su versión de 2001, para realizar todos los reportes de citologías ginecológicas. En cuanto a las biopsias, se deben aplicar utilizando la nomenclatura de "neoplasia intraepitelial cervical" (NIC). Al reportar lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, indicar, si se trata de cambios sugestivos de infección por VPH, NIC 1 o ambos. El diagnóstico de certeza debe ser confirmado por métodos especiales, como la determinación de la presencia de ADN viral.³ Sin embargo, a pesar de la recomendación del uso del Sistema Bethesda, se evidencia resultados de estudios realizados a las pacientes que no cumplen con la misma.

Entre las lesiones colposcópicas que se pueden encontrar en las pacientes con LIEBG se encuentra el epitelio acetoblanco, el punteado y/o mosaico, aunque el cuadro no es típico y muchas ocasiones no se encuentran alteraciones colposcópicas.¹³ Es importante destacar que las formas de tratamiento de las lesiones intraepiteliales son muchas y sus resoluciones son espontáneas en la mayoría de los casos, sin embargo, ante alguna persistencia de lesión, como la asociación de infección de VPH, se puede tratar con la aplicación de ácido tricloroacético (ATA). Este es un agente cáustico que promueve la destrucción de los condilomas por la coagulación química de su contenido proteico. Otra técnica es la electrofulguración, donde se utiliza un electrocauterio para remover o fulgurar las lesiones aisladas.¹⁴ También se encuentra la fotovaporización con láser CO₂, para la destrucción con precisión de la piel infectada VPH o con displasia, a la profundidad que se requiera en cada región anatómica.¹⁵

En casos de progresión de las lesiones intraepiteliales a mayor grado y asociadas a infección de VPH, es usada la radiocirugía.¹⁶ La más comúnmente empleada es la escisión con asa diatérmica de la zona de transformación y entre las técnicas quirúrgicas convencionales, la más empleada es la conización cervical, salvo muy raras excepciones, como en los tumores de ovarios, las miomatosis uterina y eliminar el cáncer, si se encuentra presente; en otros casos es necesario llegar a técnicas más radicales como la histerectomía.¹⁴ La presencia de una alteración citológica de sospecha se ve impedida cuando reportan una citología como inflamatoria severa, constituyendo una limitante para la adecuada observación de las células epiteliales. De manera que, ante este diagnóstico citológico es necesario evaluar la causa de dicho hallazgo, indicar el tratamiento y una vez resuelta la patología inflamatoria repetir la citología.³ Desde el punto de vista clínico el estudio citológico y la captura híbrida (determinación de ADN viral) han mostrado gran utilidad para la pesquisa en mujeres mayores de 30 años y en la evaluación de las pacientes con citología reportadas como ASCUS o LIEBG, por ser un método rápido, económico que permite reconocer y evaluar la infección por VPH de alto riesgo oncogénico,³ para evitar su progresión.¹⁷

Algunos autores que han estudiado el comportamiento clínico espontáneo de las LIEBG en reporte citológico, y determinaron que la evolución natural debe ser expectativa. Al respecto Sánchez et al¹⁶ demostraron que la citología sigue siendo un buen estudio de escrutinio ya que logra detectar lesiones tempranas.

Graterol et al¹⁷ identificaron que los genotipos 16 y 18 pueden ser considerados virus de alto riesgo oncogénico, debido a que se encuentran frecuentemente asociados a las lesiones cervicales premalignas y malignas; esto sugirió que las LIE de alto grado (LIEAG) pueden presentar a nivel ultraestructural distintos aspectos morfológicos pre-malignos.

Igualmente, Alvarado et al,¹ encontraron que la evolución espontánea de la LIEBG en endocervix presentan elevada frecuencia de regresión espontánea, recomendando el tratamiento conservador y seguimiento de los casos para descartar falsos negativos. La regresión espontánea de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (NIC I) ha sido reportada por diversos autores entre 26 y 83 % cuando el diagnóstico ha sido realizado por histología y entre 6 y 60 % cuando es por citología.¹⁷

En atención al número de pacientes que acuden a la consulta de Ginecología del Ambulatorio María Teresa Toro y del Hospital Central de Maracay en el estado Aragua, con diagnóstico de patología cervical, se planteó como objetivo analizar el comportamiento clínico de lesiones intraepiteliales de bajo grado durante el periodo Noviembre 2014 - Agosto 2015.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo con un diseño de campo. La población fue integrada por las pacientes que presentaron un diagnóstico citológico de LIEBG, corroborado mediante biopsia. Se excluyeron las pacientes con colposcopia no satisfactoria, insatisfactoria o satisfactoria con lesión no identificada, pacientes embarazadas, inmunosuprimidas, postmenopáusicas o LIEAG. Se evaluaron 115 pacientes con edades comprendidas entre 14 y 60 años que asistieron al Ambulatorio María Teresa Toro y al Hospital Central de Maracay, en el Estado Aragua. Todas estas pacientes fueron informadas para obtener su consentimiento, haciendo énfasis en la no exposición a ningún riesgo.

Para el cálculo de la muestra para poblaciones finitas, se estimó un error de estimación de 5% y un intervalo de confianza de 95 %, para seleccionar una muestra de 35 pacientes.

La recolección de datos consistió en la observación directa de la paciente, cuya información fue recabada en una ficha, diseñada sobre la base de cuatro aspectos de la historia clínica: Datos personales, hábitos psicobiológicos, antecedentes ginecológicos, examen físico ginecológico, tratamiento y el examen ginecológico control. Se elaboró una base de datos con el programa Excel y el análisis se realizó con el programa SPSS. La información se presentó en tablas de distribución de frecuencias con sus respectivas medidas de tendencia central y frecuencias porcentuales en variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias observadas y se establecieron los patrones de comparación.

RESULTADOS

El promedio de edad general de la muestra de pacientes atendidas fue de $33,09 \pm 11,05$ años; 37% en el grupo 21-30 años seguido de las edades entre 31 a 40 y 41 a 50 con 23% respectivamente. (tabla 1).

El promedio de edad de inicio de la sexarquia fue de $17 \pm 1,41$ años con 34% a los 17 años y 28% a los

16 años; estos resultados sugieren que estas pacientes iniciaron su sexarquia cuando estaban por culminar sus estudios de secundaria. (tabla 2).

En atención al número de parejas sexuales (NPS) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG, se evidenció que 42% reconoció haber tenido tres parejas; 25% dijo tener dos y 17% manifestó haber tenido 4 parejas. Por otra parte, de las pacientes con tres parejas, 17% salieron embarazadas. En cuanto a las gestas, 20% manifestó no tener hijos y las que reportaron tener descendencia, el promedio de gesta fue de 20% para las que refirieron un hijo y 17% para las que declararon 3 hijos. (tabla 3).

En cuanto a la frecuencia del uso de anticonceptivos; 74% ha usado anticonceptivos orales (ACO) desde hace 6 años o más, 5/35 mientras que 14% manifestó el uso de ACO o el dispositivo intrauterino (DIU) o inyección intramuscular (IM). Como información adicional se identificó para el momento de la investigación que 97% tenían un reporte citológico sugestivo de infección de VPH y una paciente presentó infección bacteriana con *Neisseria*.

De las pacientes estudiadas, a 63% de las pacientes estudiadas, se le realizó biopsia, de las cuales 45% reportó NIC I considerado como LIEBG; el resto de las muestras reportaron infección asociada a patologías de cérvix y condilomas. Todas las pacientes presentaron infección de VPH, solo 25% de las muestras fueron tipificadas y 66% correspondió al genotipo 6. (tabla 4).

Los hallazgos obtenidos en el control de citología a los 3, 6 y 9 meses, permitieron observar que en el primer trimestre todas las pacientes se realizaron el frotis de citología, 54% presentaron nuevamente LIEBG, seguido de 23% que reportaron LIEBG asociado a VPH, el resto presentó inflamaciones leve, severa o combinadas asociadas a VPH. Para el segundo trimestre (a los 6 meses), 25% no se realizaron el control de citología; 45% presentó inflamación moderada y 17% reportó LIEBG. Un elemento a resaltar en este segundo control fue la disminución de inflamaciones asociadas a VPH. En el tercer trimestre, se obtuvo un aumento de las pacientes que no se realizaron la citología; en 43%, se mantuvo el número de casos con inflamación moderada, una citología fue reportada normal y el resto continuó con inflamación leve, severa o atípicas asociadas a VPH, lo cual evidencia la necesidad de seguimiento de estos casos. (tabla 5).

En cuanto a los resultados de la colposcopia control durante tres trimestres consecutivos, se encontró que para el primer trimestre una paciente no se realizó la

Tabla 1. Pacientes con LIEBG según grupo de edad. Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015

Edades (años)	Fr	%
14 - 20	4	11
21 - 30	13	37
31 - 40	8	23
41 - 50	8	23
51 - 60	2	6
Total	35	100

$\bar{x} = 33,09 \pm 11,05$; $M_o = 21$

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado

Tabla 2. Pacientes con LIEBG según edad de sexarquía. Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015.

Sexarquía (edad)	Pacientes/LIEBG	%
14	1	3
15	3	9
16	10	28
17	12	34
18	3	9
19	4	11
20	2	6
Total	35	100

$\bar{x} = 17 \pm 1,41$ años

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado

Tabla 3. Pacientes con LIEBG según antecedentes ginecobstétricos. Consulta ginecológica del Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015.

Nro.	NPS		Gestas		Paras	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
0	0	0,00	9	25,7	9	29,0
1	3	8,6	7	20,0	6	19,4
2	9	25,7	5	14,3	4	12,9
3	15	42,9	6	17,1	6	19,4
4	6	17,1	3	8,6	2	6,4
5 o más	2	5,7	5	14,3	4	12,9
Total	35	100	35	100	31	100

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado
NPS: Número de Parejas Sexuales

prueba, mientras que 43% de las pacientes reportaron lesiones acetoblancas, seguido de lesiones acetoblancas con zonas hipocaptantes, 37% y 12% presentaron punteado. Para el segundo trimestre, se evidenció que 25% no se realizó el estudio y para los 9 meses de seguimiento 47% de pacientes no acudió al estudio. A los 6 meses 20% reportó el estudio colposcópico normal y a los 9 meses solo 25% que acudió al estudio reportó normalidad del cérvix. (tabla 6).

DISCUSIÓN

El grupo de pacientes diagnosticadas con LIEBG reportó edades entre 21 y 30 años, con inicio de una vida sexualmente activa, en promedio a los 17 años de edad, reflejando que habían tenido hasta 3 parejas sexuales distintas; el número de gestas varía entre 0 y 1 en sus porcentajes más altos y presentan un número de

Tabla 4. Pacientes con LIEBG según resultado de Biopsia. Consulta ginecológica del Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015

Resultados de la Biopsia		Fr	%
Biopsia	Si	22	63
	No	13	37
	Total	35	100
Resultado	NIC I	10	45,45
	VPH	5	22,73
	Condiloma	3	13,64
	VPH+Condiloma	1	4,55
	VPH+Cervicitis	1	4,55
	VPH+Metaplasia	1	4,55
	VPH+LIEBG	1	4,55
	Sub Total	22	100
Infección por VPH	Si	35	100
	No	0	0
Tipificación	Si	9	26
	No	26	74
Serotipo	Si	9	25,71
	No	26	74,29
	Total	35	100
Negativo	Tipo 6	3	33,33
	Tipo 6	6	66,67
Total		9	100

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo

Tabla 5. Pacientes con LIEBG resultado de citologías control. Consulta ginecológica del Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015.

Resultados de la Citología Control	Citología a los 3 meses		Citología a los 6 meses		Citología a los 9 meses	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No se realizó	0	0	9	25,7	15	42,8
Normal	0	0	0	0	1	2,9
Inflamación Leve	1	2,9	2	5,7	4	11,4
Inflamación Moderada	0	0	15	42,9	9	25,7
Inflamación Severa	5	14,2	2	5,7	2	5,7
LIEBG	19	54,3	6	17,1	1	2,9
VPH+NIC I	1	2,9	0	0	0	0
LIEBG +VPH	8	2,8	1	2,9	2	5,7
VPH+LIEBG+NIC I	1	2,9	0	0	0	0
VPH+LIEBG+Inf. Severa	0	0	0	0	1	2,9
Total	35	100	35	100	35	35

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado

Tabla 6. Pacientes con LIEBG según resultados de Colposcopia control. Consulta ginecológica del Ambulatorio María Teresa Toro y Hospital Central de Maracay, Noviembre 2014 - Agosto 2015.

Resultados	Colposcopia control					
	3 meses		6 meses		9 meses	
	f	%	f	%	f	%
No se realizó	1	2,9	9	25,7	16	45,7
Normal	0	0	7	20	9	25,7
Acetoblanco	15	42,8	6	17,1	5	14,3
Hipocaptante	1	2,9	1	2,9	0	0
Mosaico	1	2,9	1	2,9	0	0
Acetoblanco+Hipocaptante	13	37,1	8	22,8	5	14,3
Acetoblanco+Punteado	3	8,5	1	2,9	0	0
Punteado+Mosaico	1	2,9	0	0	0	0
Acetoblanco+Hipocaptante+Punteado	0	0	2	5,7	0	0
Total	35	100	35	100	35	100

LIEBG: Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado

paras de 1 a 3. Sin embargo, se observó que la mayoría no tenía hijos hasta el momento; mayormente no usan anticonceptivos y las que han usado tienen preferencia por los anticonceptivos orales, desde hace 6 años o más. Los resultados de esta investigación evidencian la presencia de factores epidemiológicos de riesgo asociados a las lesiones intraepiteliales escamosas, en la muestra de pacientes.

Por otra parte, este grupo de estudio, presentó infección de VPH, en su mayoría no recibió tratamiento y en los casos recibidos, el tipo de tratamiento fue Ácido Tricloroacético (ATA) o electrofulguración, con un tiempo de diagnóstico de uno a dos años de data. En este sentido, podemos agregar que la historia natural de las LIEBG sin tratamiento, están caracterizada por una alta tasa de regresión espontánea y una baja progresión a lesiones de alto grado, incluyendo cáncer.⁷

Los hallazgos citológicos más frecuentes en las pacientes con diagnóstico histológico inicial de LIEBG fueron los cambios celulares benignos, coincidiendo con lo reportado por Graterol et al¹⁷ quienes obtuvieron citologías sin anomalías epiteliales o negativas en la mayoría de los casos evaluados. Igualmente los resultados tienen relación con el estudio de Pérez et al¹⁸ quienes reportaron una prevalencia de lesión intraepitelial asociada a citologías con cambios inflamatorios severos; al respecto, se puede acotar que la historia natural de la enfermedad implica un fenómeno dinámico marcado no sólo por la progresión, sino también por persistencia e incluso regresión de la lesión.

Los hallazgos colposcopicos encontrados revelan, en su mayoría, zonas con atipias acetoblancas e hipocaptante. Es importante señalar que en estudios consultados se encontró éstas lesiones colposcópicas en las pacientes con LIEBG y puede variar el epitelio acetoblanco, el punteado y/o mosaico, aunque el cuadro no es típico en muchas ocasiones no se encuentran alteraciones colposcópicas.¹⁹ Otra alternativa, es realizar tipificación viral de VPH, para determinar el grado de riesgo oncogénico. En otros casos, se debe derivar a la paciente a colposcopia, de no encontrarse virus de alto riesgo y se recomienda repetir la citología en 12 meses.⁷ En esta investigación muy pocas pacientes se realizaron tipificación. La tipificación encontrada fue de VPH tipo 6, que está considerado de bajo riesgo. Por su parte, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda igualmente la conducta conservadora,

repetir el frotis cuando existe citología anormal, si la anormalidad está presente nuevamente en la citología, **aconseja referir a la paciente a colposcopia.**⁷

En cuanto al tratamiento, la mayoría de las pacientes no se les indicó ningún tipo de tratamiento, y en algunos pocos casos se aplicó ATA o electrofulguración; al respecto, existen varias teorías en cuanto a las formas de tratamiento de LIEBG, a pesar de que su resolución es espontánea, ante alguna irregularidad o sospecha se puede intervenir mediante medidas comunes, tales como: la aplicación de ATA y la electrofulguración, entre otros.¹⁵

A los 9 meses de seguimiento, se evaluaron los resultados histológicos en citología y colposcopia, y se encontró un comportamiento variado de las lesiones en cada estudio, sin ningún patrón fijo. El reporte citológico fue desde el primer mes LIEBG, luego disminuye y aparece inflamación moderada, para mantener la inflamación, pero en menos proporción. Por otra parte, en la colposcopia, se evidenciaron atipias acetoblancas, luego aparecieron en menor proporción y al noveno mes la mayoría de los resultados fue normal. Estos hallazgos demuestran la variabilidad del comportamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas. En el presente estudio el porcentaje de regresión obtenida fue mucho mayor al reportado por la literatura consultada. El comportamiento de las LIEBG es impredecible, con una alta tasa de regresión espontánea, con porcentaje de persistencia y progresión sin patrón de comportamiento alguno y dependiendo del tipo de infección de VPH.

CONCLUSIONES

- Las pacientes que fueron seguidas durante tres trimestres mantuvieron los reportes de LIEBG.
- Los reportes con LIEBG se manifestaron con variadas clínica, que van desde una inflamación leve a severas o atipias.
- Los hallazgos de la biopsia que presentaron variabilidad y persistencia clínica se asocian en su totalidad a VPH.
- El cambio colposcópico anormal que se asoció con más frecuencia a LIEBG fue el epitelio acetoblanco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alvarado D., Mantilla D, González, M. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérvi: conducta. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezolana* 2009; 69(1):41-47
- 2) DiSaia PJ, Creasman WT. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. Capítulo 1. *Oncología Ginecológica Clínica*, 5ª ed. USA Harcourt Brace; 1-32. *Revista venezolana de oncología*. [Revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 marzo 28]; 23(2):102-129. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822011000200010&lng=es
- 3) Medina EF, Sánchez-Lander J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez Cecilia et al. Cáncer de Cuello Uterino. Consenso Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento 2010. *Sociedad Venezolana de Oncología*. *Revista Venezolana de Oncología* 2011; 23(2):102-129
- 4) Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. [Citado 2014 mayo 02] Documento en línea. Disponible: <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048376/cacuanal.pdf>.
- 5) Conferencia de Consenso de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical para determinar el tratamiento óptimo de la paciente con neoplasia intraepitelial cervical. ASCCP Bethesda, 2001. [Documento en línea] Consultado 23 mayo 2015. Disponible en: http://www.aepcc.org/download/boletines/boletin_n16.pdf
- 6) Arteaga A y Castellón R. Lesión Intraepitelial de Bajo Grado ¿Manejo conservador o intervencionista? *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). Universidad de Guadalajara 2013. [Documento en línea] Consultado 22 octubre 2015. Disponible en: www.medigraphic.com
- 7) Pecorelli S, Ngan HYS, Hacker NF. Staging Classifications and Clinical Practice. *Guidelines for Gynecological Cancers*. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000; ;70:207-312. . *Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. [Documento en línea] Consultado 29 mayo 2015. Disponible en: *Documentos de consenso: La infección por Papilomavirus*. Disponible en: www.aepcc.org/congreso/pdf/CONS-VPH.pdf.
- 8) Nazzal O, Reinero C Macarena Abarzúa A, Liendo R, Palma C. Patología reinvadora del cérvix. *Revista chilena de Obstetricia y ginecología* [revista en la Internet]. 2003 [citado 2014 Sep 28]; 68(3): 189-196. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000300001>.
- 9) Ango E y Valencia N. Incidencia de Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG) por Virus de Papiloma Humano (VPH) en el Servicio de Ginecología, Consulta Externa del Hospital San Luis de Otavalo, en el periodo enero-agosto 2013. Quito Ecuador. [Documento en línea] Consultado 20 septiembre 2015. Disponible en: www.dspace.uce.edu.ec/25000/4435
- 10) Capote L. Resumen de las estadísticas de Cáncer en el año 2012. [Documento en línea] Consultado 15 octubre 2015. Disponible en: www.sogvzla.org/saciverfotonoticia.php?id=0000000142
- 11) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de Mortalidad 2012. [Documento en línea] Consultado 21 octubre 2015. Disponible en: www.mpps.gov.ve/index.php?option=com_phoca_download&view=category&id=11:anuarios-de-mortalidad
- 12) Cruz E. Conducta frente a la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). *Revista Cubana de Obstetricia Ginecológica* 1998; 24(3):156-60. [Documento en línea] Consultado 23 octubre 2015. Disponible en: www.sld.cu/revistas/gin/vol24_3_98/gin08398.pdf
- 13) Rigol R O, y colaboradores *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.-2006 Bethesda, MD Brinton LA. Epidemiology of cervical cancer--overview. *Environmental Epidemiology Branch National Cancer Institute*, 20892. En: Pérez R, Serrano N, Figuero N, Ariosa J. Estudio y Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC I) en el Hospital Universitaria América Arias en un período de cinco años [citado 2015 Sep 27] Documento Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11208/Estudio-Comportamiento-neoplasia-intraepitelial-cervical-bajo.html>
- 14) Diagnóstico y Manejo Clínico de la Infección por el Virus de Papiloma Humano (HPV) [citado 2015 Sep 30] Disponible en línea: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/49427/hpv_espanhol_pdf_12809.pdf
- 15) Torriente B, Valdés O, y cols. Valor de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 28 En: Diagnóstico y Manejo Clínico de la Infección por el Virus de Papiloma Humano (HPV) [citado 2014 Sep 29] Disponible en línea: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/49427/hpv_espanhol_pdf_12809.pdf.
- 16) Sánchez A., Ortuño M., González M. y Alaniz T. (2011). Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y su correlación citocolpohistológica. *Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda Escobar y el Centro de Apoyo al Diagnóstico San Rafael de México*. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2011;54, (6). Nov - Dic.
- 17) Graterol S I J, Finol H J, Correnti M. Virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cuello uterino: Tipificación y ultraestructura. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* [Revista en la Internet]. 2006 [citado 2015 agosto 25]; 26(2): 89-94. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562006000200005&lng=es.
- 18) Pérez R., Serrano N.; Figuero, N., Ariosa J. Estudio y Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC I) en el Hospital Universitario América Arias en un período de cinco años [citado 2015 Sep 28] Documento Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11208/Estudio-Comportamiento-neoplasia-intraepiteli-al-cervical-bajo.html>
- 19) De Palo G. *Colposcopia y patología del tracto genital inferior*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.2015; p.287-334 En: Diagnóstico y Manejo Clínico de la Infección por el Virus de Papiloma Humano (HPV) [citado 2015 Sep 20] Disponible en línea: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/49427/hpv_espanhol_pdf_12809.pdf.