



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones
intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil,
atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 2019**

AUTOR (ES):

**Campuzano Floril, Josselyn Estela
Llaguno Mora Henry Alejandro**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Tania Triana Castro

GUAYAQUIL, ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Campuzano Floril Josselyn Estela** y **Llaguno Mora Henry Alejandro**, como requerimiento para la obtención del Título de MÉDICO.

TUTOR

f. _____
Dra. Tiana Triana Castro

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotros, Campuzano Floril, JosselynL Estela - Llaguno Mora, Henry
Alejandro**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil, atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 2019.**, previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 01 de mayo del 2021

f. _____
Llaguno Mora, Henry Alejandro

f. _____
Campuzano Floril, Josselyn Estela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Campuzano Floril, Jpsselyn Estela - Llaguno Mora Henry Alejandro**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil, atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de mayo del 2021

f. _____
Llaguno Mora, Henry Alejandro

f. _____
Campuzano Floril, Josselyn Estela

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document P66 TESIS CAMPUZANO LLAGUNO-.docx (D102381945)
Submitted 4/21/2021 10:23:00 AM
Submitted by
Submitter email dratriana@hotmail.com
Similarity 0%
Analysis address castula.triana.ucsg@analysis.urkund.com



CASTULA TANIA
TRIANA CASTRO

Sources included in the report

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Castula Triana Castro".

AGRADECIMIENTO

Por ser el inspirador y el que hace posible todos nuestros logros; Dios quien ha permitido que nuestros anhelos lleguen a lo alto y darnos la valentía que se necesita para no renunciar, no renunciar y darnos el temple que nuestra carrera amerita.

A nuestros padres, quienes con sacrificio y esfuerzo nos dieron la facilidad de estudio y dedicaron tiempo para darnos palabras de fuerza para continuar.

A nuestros hermanos quienes nos ven como ejemplo para un futuro mejor y no menos importante a nosotros como equipo de trabajo que hemos logrado culminar una importante etapa de nuestra vida, ser Médicos.

Hoy nos queda la satisfacción del deber cumplido, como persona, como amigos y como profesionales.

DEDICATORIA

Dedicado a quienes estuvieron conmigo en esta larga travesía, mi familia, mi madre; como fundamental apoyo para mi superación, a nuestro esfuerzo, a la dedicación brindada por los arduos años, a las madrugadas mañanas, al desempeño logrado, por Uds. y para Uds. Estela Y Elena.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ, JUAN LUIS, MGS.

f. _____

DR. AYÓN GENKUONG, ANDRÉS MAURICIO

f. _____

OPONENTE

Índice General

ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	3
HIPÓTESIS	3
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO.	5
LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO	5
1. TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN	5
2. EPIDEMIOLOGÍA	8
3. FACTORES DE RIESGO	9
4. TAMIZAJE	10
5. DIAGNÓSTICO	12
6. TRATAMIENTO	13
6.1 INDICACIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN LA GRAVEDAD.	14
6.1.1 Lesiones intraepiteliales de bajo grado	14
6.1.2 Lesiones intraepiteliales de alto grado	14
6.1.3 Adenocarcinoma in situ	14
METODOLOGIA	15
Variables.....	17
RESULTADOS	19
DISCUSION	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

RESUMEN

Antecedentes: En el 2013, se consideró al cáncer cervicouterino como un problema de salud pública a nivel mundial. Según el Registro Nacional de Tumores de Solca, en Ecuador se diagnostica aproximadamente 1600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino cada año.

Objetivo: Evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.

Metodología: Con el propósito de evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS-Ceibos durante el año 2019, se analizó la población atendida en este periodo, que presentaron alteraciones intraepiteliales y fueron derivadas la consulta externa de Ginecología por presentar una citología cervical positiva.

Resultados: En el tamizaje de las lesiones pre malignas la prueba más utilizada fue la colposcopia en el 58% de las pacientes, seguida del control citológico en el 38%. En el abordaje terapéutico el 86.74% de las pacientes, tuvieron un tratamiento expectante, distinto al 6.12% de las paciente que requirió resección de la lesión cervical con ASA LEEP, el 5.10% de los casos necesitó Histerectomía y el 2.04% fue referido a una unidad de mayor complejidad.

Conclusión y Recomendación: Demostramos que las lesiones intraepiteliales más frecuentes son las de bajo grado y que el tratamiento expectante se cumple, según los protocolos internacionales.

Sugerimos que se debe realizar el co-test asociando citología y detección y tipificación molecular del VPH.

Palabras Claves: Cáncer, cervicouterino, Papanicolau, Tamizaje, abordaje terapéutico, bethesda, lesión intraepitelial

ABSTRACT

Background: In 2013, cervical cancer was considered a public health problem worldwide, especially in women living under low socioeconomic conditions. According to the National Registry of Tumors of Solca, in Ecuador approximately 1600 new cases of uterine cuello each year.

Objective: Evaluate the screening and therapeutic approach of the intraepithelial lesions of uterine cells of women in fertile age attended at the IESS Ceibos Hospital during the year 2019.

Methods: In order to evaluate the follow-up and therapeutic approach of cervical intraepithelial lesions of women of childbearing age treated at the IESS-Ceibos Hospital during 2019, the population treated in this period was analyzed, who presented intraepithelial alterations and were derived the Gynecology outpatient clinic for presenting a positive cervical cytology result for these alterations.

Results: In the screening of pre-malignant lesions, the most used test was the control colposcopy every 6 months in 58% of the patients, followed by cytological control every 6 months in 38%, in 4% of the patients they had a diagnosis no follow-up recommendations. In the therapeutic approach, 86.74% of the patients underwent expectant treatment, different from the 6.12% of the patients who required resection of the cervical lesion with ASA LEEP, 5.10% of the cases required hysterectomy and 2.04% referred to a the patient to a more complex unit.

Conclusion and Recommendation: We show that the most frequent intraepithelial lesions are low grade and that expectant treatment is followed, according to international protocols.

We suggest that the co-test should be performed combining cytology and detection and molecular typing of HPV.

Keywords: Cancer, cervical, Papanicolau, Screening, therapeutic approach, Bethesda, intraepithelial injury

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres, precedido por el cáncer de mama ⁽¹⁾. En el 2013, La Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideró al cáncer cervicouterino como un problema de salud pública a nivel mundial, sobre todo en mujeres que viven en condiciones socioeconómicas bajas ⁽²⁾. Según el Registro Nacional de Tumores de Solca, en Ecuador se diagnostica aproximadamente 1600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino cada año ⁽²⁾.

El principal factor de riesgo vinculado a lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado es la infección persistente de la mucosa cervical por el Virus del Papiloma Humano (VPH) ⁽³⁾. Actualmente existen vacunas profilácticas contra los principales genticos tipos de VPH que tienen como finalidad prevenir el cáncer de cuello uterino ⁽¹⁾.

La característica de este tipo de cáncer es que su evolución fisiopatológica es lenta, es decir que existen lesiones intraepiteliales escamosas precursoras, esto nos brinda la oportunidad para realizar un diagnóstico en etapas incipientes ⁽⁴⁾. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado pueden sufrir remisión o transformarse en una lesión más grave, mientras que las lesiones de alto grado son las que poseen mayor riesgo de transformarse en lesiones cancerosas⁽⁴⁾.

JUSTIFICACIÓN

En Ecuador el Cáncer de Cuello uterino (CCU) sigue siendo el segundo más frecuente, según datos del Globocan 2018 con 1612 pacientes en dicho año que representa al 10%, con una mortalidad de 400 pacientes al año según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo) y los publicados por SOLCA. Se sabe también, que el cáncer cervical desde el comienzo revela un crecimiento lento y paulatino antes de completar su desarrollo, por ello, la detección oportuna mediante protocolos estandarizados para esta patología que incluyan citología, colposcopia e histología son necesarios para el seguimiento de las lesiones iniciales de manera temprana, así como el abordaje terapéutico adecuado según el hallazgo cito-colpo-histológico encontrado ⁽⁵⁾. El adecuado seguimiento en las mujeres con anomalías intraepiteliales, influyen en el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de este cáncer y a resultados positivos en términos de curación, por lo que nuestra investigación es relevante debido a la carencia de estudios que describan el seguimiento y abordaje terapéutico que se le da a estas pacientes en nuestro país.

HIPÓTESIS

El tamizaje y abordaje terapéutico expectante de las lesiones intraepiteliales se cumplen en más del 50% de pacientes con estas afecciones.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.

Objetivos específicos.

1. Describir las características epidemiológicas y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con lesiones intraepiteliales de cuello uterino en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.
2. Determinar los hallazgos citológicos encontrados en el tamizaje de cáncer de cuello uterino por citología cervical en las pacientes con lesiones intraepiteliales de cuello uterino en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.
3. Describir los resultados colpo-histopatológicos encontrados en las pacientes lesiones intraepiteliales de cuello uterino en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.
4. Determinar los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de lesión intraepitelial.
5. Determinar el tipo de abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales que se recomendó de acuerdo al diagnóstico citológico en las pacientes lesiones intraepiteliales de cuello uterino en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019.

MARCO TEÓRICO.

LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino o también denominado cérvix, corresponde a la parte inferior del útero, el cual mide aproximadamente entre 2.5 a 3cm de longitud en una mujer nuligrávida ⁽⁶⁾. Se divide en ectocérvix o exocérvix, que corresponde a la porción vaginal y endocérvix ⁽⁶⁾. La mucosa exocervical esta revestida por un epitelio escamoso, mientras que el conducto endocervical se encuentra revestido por un epitelio cilíndrico mucosecretor ⁽⁷⁾. La zona de unión de ambos epitelios, es conocida como zona de unión escamo cilíndrica (UEC), la cual es hormodependiente ⁽⁷⁾. La localización de la UEC con relación al orificio cervical externo (OCE) varía según diversos factores, como: Edad, ciclo menstrual, embarazo, uso de anticonceptivos orales ⁽⁸⁾.

A nivel celular el epitelio del cérvix puede sufrir alteraciones morfológicas, las cuales pueden conllevar a que aparezcan lesiones intraepiteliales que si no reciben tratamiento oportuno pueden evolucionar al cáncer ⁽⁹⁾. Los cambios morfológicos atípicos ocurren en la zona de transformación del cérvix ⁽¹⁰⁾.

El cáncer cérvico uterino cursa con una fase precursora de larga data que brinda oportunidades para su diagnóstico y tratamiento ⁽⁹⁾.

1. TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN.

En 1888, William describe alteraciones epiteliales atípicas no invasoras en muestra de tejidos adyacentes a cánceres invasores ⁽⁸⁾. En 1932 se definió el termino de carcinoma in situ (CIS) a toda lesión en la cual las células carcinomatosas ocupan todo el espesor del epitelio sin interrumpir membrana ⁽⁸⁾. A finales de los años cincuenta se introdujo el termino displasia, la cual se la categorizó según su grado de afectación histológico en: leve, moderado y pronunciada ⁽⁸⁾.

En 1968, debido a que se evidenció una relación entre el grado histológico y la progresión de los cambios morfológicos, se introdujo el término neoplasia cervical (NIC), la cual Richart en 1968 la clasificó según su severidad en tres grados: 1,2,3, que corresponden a displasia leve, moderada y severa respectivamente, sustituyendo la terminología anteriormente utilizada ^(7,8). En los años 80 se describieron alteraciones anatómicas asociadas al virus del papiloma humano (VPH), como: la atipia coilocítica o condilomatosa ⁽⁸⁾.

En 1990 se clasificó histopatológicamente estos cambios morfológicos en dos grados:

NIC de bajo grado que incluye lesiones con atipia coilocítica y lesiones NIC1

NIC de alto grado que incluyen las NIC 2 y NIC3 ⁽⁸⁾.

En 1991, el Sistema Bethesda introdujo la terminología de “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), clasificada según su grado en: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE) ⁽⁸⁾.

En 2001, según la clasificación de Bethesda, se definió la siguiente categorización⁽⁷⁾:

Sistema Bethesda (2001)
No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna
Anomalías de células epiteliales
-Célula escamosa:
 Células escamosas atípicas (ASC)
 Células escamosas de significado incierto (ASC – US)
 Células escamosas que no puede descartarse H-LIE (ASC-H)
-Lesión intraepitelial de bajo grado (L-LIE)
-Lesión intraepitelial de alto grado (H- LIE)
-Carcinoma de células escamosas

Glandular

- Células glandulares atípicas (AGC)
- Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- Adenocarcinoma

Otros

- Células endometriales en mujer de más de 40 años

Fuente: _MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CANCER CERVICOUTERINO PAHO 2007

El Sistema Bethesda fue inicialmente establecido para informar estudios citológicos, sin embargo se ha utilizado también para reportar estudios histológicos. A continuación se presenta un cuadro de correlación entre la terminología original, displasia/ carcinoma in situ, terminología NIC y modificada NIC y Sistema Bethesda ⁽⁸⁾.

Terminología de displasia	Terminología NIC original	Terminología NIC modificada	Sistema Bethesda (LIE, 1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de límites normales Cambios benignos (infección o reparación) ASCUS/ AGUS
Atipia	Atipia coliocítica, condiloma plano,	NIC de bajo grado	L- LIE

	sin cambios epiteliales		
Displasia leve	NIC 1	NIC de bajo grado	L- LIE
Displasia moderada	NIC 2	NIC de alto grado	H- LIE
Displasia grave	NIC 3	NIC de alto grado	H- LIE
Carcinoma in situ	NIC 3	NIC de alto grado	H- LIE
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fuente: _MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CANCER CERVICOUTERINO PAHO 2007

2. EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer cérvix a nivel mundial ocupa el segundo lugar de cáncer más común en mujeres precedido por el cáncer de mama ⁽⁴⁾. Presenta una alta incidencia y mortalidad en países en vías de desarrollo ⁽⁴⁾.

Los países de América Latina y el Caribe mantienen altas tasas anuales de cáncer cervicouterino, aproximadamente las cifras oscilan arriba de 20 casos por cada 100000 mujeres ⁽¹¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula aproximadamente más de 2 millones de mujeres con cáncer cervicouterino ⁽⁴⁾.

Actualmente se debe considerar que la prevalencia de éstas lesiones intraepiteliales va a depender de las características de la paciente y también

se encuentra relacionada con infecciones de transmisión sexual ⁽⁴⁾. El Virus de Papiloma Humano (VPH), se ha descrito como uno de los principales factores de riesgo, pero no es el único factor a considerar debido a que no todas las mujeres diagnosticadas con VPH desarrollarán lesiones intraepiteliales, además existen pacientes con lesiones intraepiteliales sin infección por VPH ⁽¹²⁾.

Las lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado las presentan mujeres jóvenes, y estas lesiones pueden involucionar espontáneamente. Las lesiones intraepiteliales de alto grado y los carcinomas microinvasivos se pueden descubrir después de 2 años posterior de un frotis normal ⁽⁷⁾.

3. FACTORES DE RIESGO

Los factores que se han asociado a lesiones premalignas son:

- **Infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH):** Las infecciones persistentes de la mucosa cervical por el VPH es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de lesiones intraepiteliales ⁽⁷⁾. La transmisión del VPH se produce mediante relaciones sexuales. El VPH pertenece a la familia Papillomaviridae, los cuales se han descubierto, más de 120 genotipos ⁽⁷⁾. De acuerdo a su comportamiento biológico se los ha clasificado según su serotipo: bajo riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 44,57), alto riesgo (16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66) ⁽¹³⁾. Los serotipos de VPH 16, 18, 45 y 31, se encuentran aproximadamente en el 84% de las lesiones precancerosas o cánceres del cuello uterino ^(7,13). A nivel mundial, el genotipo 16, es el más cancerígeno y representa aproximadamente el 60% de todos los cánceres de cuello uterino ⁽¹⁴⁾. Las oncoproteínas virales E6 y E7 son fundamentales en la carcinogénesis de ésta patología ⁽¹⁵⁾. La infección por VPH se produce porque el virus mediante microfisuras invaden las células del estrato basal, hasta que llega al núcleo celular ^(7,13). El

periodo de incubación es de aproximadamente 3 meses pero puede extenderse hasta 10 años ⁽⁷⁾.

Las infecciones por el VPH son clasificadas en ⁽¹³⁾:

- ✓ **Clínica**, en dónde se evidencia el condiloma exofítico.
- ✓ **Subclínica**, cuando se evidencia mediante colposcopía.
- ✓ **Latente**, sólo se evidencia mediante técnicas de hibridación.

Actualmente existen dos vacunas profilácticas, la bivalente, Cervarix que actúa contra los VPH 16 y 18; y la cuadrivalente, Gardasil que se dirige contra los VPH 16, 18, 6, 11 ⁽⁷⁾.

- **Inicio de relaciones sexuales a edad temprana:** Inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años ⁽¹³⁾.
- **Primer embarazo a edad temprana:** Se lo asocia debido a la inmadurez celular a nivel del cérvix ⁽¹³⁾.
- **Promiscuidad sexual de alguno de los cónyuges:** Debido a que se encuentra mayormente expuesto a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), las cuales juegan un papel importante en la transformación neoplásica ⁽¹³⁾.
- **Consumo de tabaco:** Debido a las altas concentraciones de nicotina, a nivel celular ocurre una disminución de las células de Langerhans, conllevando a una disminución de la inmunología celular, favoreciendo de esta manera a que ocurran cambios morfológicos ^(12,13).
- **Uso prolongado de anticonceptivos orales** ⁽⁸⁾.
- **Infección por Chlamydia trachomatis** ⁽⁸⁾.
- **Carencia de micronutrientes y un régimen alimentario con pocas frutas y verduras** ⁽⁸⁾.
- **Factores genéticos o enfermedades que provocan inmunodeficiencia** ⁽¹²⁾.

4. TAMIZAJE

Se recomienda realizar el tamizaje del cáncer de cuello uterino a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales, aunque se podría iniciar antes según el criterio del médico ⁽¹⁶⁾.

Modalidades de tamizaje

- ✓ Solo realizar citología ⁽¹⁶⁾.
- ✓ Citología más colposcopia ⁽¹⁶⁾.
- ✓ Solo pruebas de VPH ⁽¹⁶⁾.
- ✓ Cotest: prueba VPH más citología ⁽¹⁶⁾.

Intervalos de tamizaje

- ✓ **Entre los 21-29 años:**
 - Citología anual, después de dos citologías anuales consecutivas negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años ⁽¹⁶⁾. No se recomienda en esta edad realizar pruebas de VPH ⁽¹⁶⁾.

- ✓ **30- 65 años:**
 - Citología cada 3 años hasta los 65 años, después de dos citologías anuales consecutivas negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años ⁽¹⁶⁾.
 - Prueba de VPH cada 5 años hasta los 65 años, si dos exámenes son negativos se puede realizar el tamizaje del test de ADN para VPH después de 10 años ⁽⁹⁾.
 - Cotest cada 5 años hasta los 65 años ⁽¹⁶⁾.

- ✓ **A partir de los 65 años:**
 - Se recomienda discontinuar el tamizaje ⁽¹⁶⁾.
 - Las mujeres con antecedentes de lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC 2 y NIC 3) se recomienda continuar con el tamizaje por lo menos por 20 años ⁽¹⁴⁾.

En mujeres de escasos recursos económicos que no puedan realizarse una citología o colposcopia, la inspección visual con ácido acético (IVAA) y yodo (IVI) es una alternativa, debido a que da resultados inmediatos ⁽⁹⁾.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de patologías cervicales se basa en: Citología orgánica la colposcopia, estudio histológico y es importante realizar la prueba para detección del VPH ⁽¹²⁾.

- ✓ **Citología:** Es el método diagnóstico más utilizado para la detección de cáncer cervicouterino, debido a su bajo costo y facilidad para realizarlo ⁽⁹⁾. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se debe realizar a partir de los 25 años o 3 años después del inicio de una vida sexual activa ⁽⁹⁾. En la actualidad la citología en base líquida es la que está reemplazando a la citología convencional, ya que presenta una mejor calidad de muestra por lo tanto mejora la detección de lesiones celulares.

- ✓ **Colposcopia:** Es la observación directa mediante la amplificación de la imagen con la ayuda del ácido acético glacial al 3-5%, permite identificar lesiones sospechosas o en caso de pruebas de detección anormales, se recomienda realizar una colposcopia para identificar lesiones precancerosas o cancerosas ⁽⁹⁾.

Indicaciones para la colposcopia ⁽⁸⁾:

- ✓ Cuello uterino de aspecto sospechoso.
- ✓ Citología que muestra carcinoma invasor.
- ✓ NIC 2 o NIC 3 en citología.
- ✓ Anomalías de bajo grado que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología.
- ✓ NIC 1 en citología.
- ✓ Calidad insatisfactoria persistente en citología.
- ✓ Infección por VPH.
- ✓ Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVA).
- ✓ Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA).

- ✓ Resultados positivos en la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVL).

- **Histología:** El estudio histológico mediante el análisis microscópico del tejido, permite confirmar o descartar un diagnóstico colposcópico o citológico. ⁽¹²⁾.

- ✓ **Prueba de VPH:** Es una prueba de biología molecular que no reemplaza a la citología, pero mejora la especificidad y sensibilidad de la citología cervical ⁽¹⁷⁾. Se puede identificar la presencia del Virus y tipificar, lo que es de gran utilidad sobre todo para identificar los serotipos de alto riesgo oncogénico ya que están asociados a lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC 2 y NIC 3) ^(7,13)

Es importante recordar que el examen pélvico y biopsia más o sin colposcopia son métodos diagnósticos obligatorios ante la sospecha de cáncer de cérvix ⁽¹⁸⁾.

6. TRATAMIENTO

Si se realizó una colposcopia buena o satisfactoria, se realiza ablación o escisión electro quirúrgica de la lesión con ASA de LEEP, pacientes con diagnóstico histológico de NIC 2 y NIC 3 ⁽⁹⁾. Generalmente las lesiones intraepiteliales de bajo grado no requieren ningún tratamiento a menos que persistan por más de dos años.

Para las lesiones de bajo grado se puede utilizar crioterapia ⁽⁹⁾.

También se puede destruir la lesión con electro-fulguración y con cauterizaciones tópicas con Ácido Tricloroacético cuando las lesiones son pequeñas.

La conización con bisturí frío se realiza frecuentemente cuando existe sospecha de lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinoma in situ ⁽¹²⁾.

Sobre todo para poder establecer si los bordes quirúrgicos y el vértice se encuentran comprometidos por lesión.

Se realiza histerectomía en lesiones intraepiteliales de alto grado, en estos casos hay que considerar el deseo de paridad de la paciente ⁽⁹⁾.

El tratamiento de cáncer de cuello uterino se basa de acuerdo a la estadificación del cáncer según la FIGO del 2009 ⁽¹⁹⁾.

6.1 INDICACIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN LA GRAVEDAD.

6.1.1 Lesiones intraepiteliales de bajo grado

- Las NIC 1 y condiloma tienen un potencial evolutivo bajo ⁽⁷⁾
- El principal objetivo del seguimiento en este tipo de lesiones es evitar dar tratamiento a una lesión que podría haberse curado ⁽⁷⁾. La mayoría de estas lesiones se curan a los 18 meses posteriores ⁽⁷⁾.
- Se podría dar tratamiento con crioterapia, electro fulguración o ácido tricloroacético, si existe persistencia de la lesión por más de 2 años o si empeora su evolución ⁽⁷⁾.

6.1.2 Lesiones intraepiteliales de alto grado

- La resección de la lesión dependerá de la localización y de su tamaño ⁽⁷⁾.
- Tratamiento destructivo sólo está indicado en lesiones pequeñas, ubicadas en el exocérnix y visible a la colposcopia ⁽⁷⁾.

6.1.3 Adenocarcinoma in situ

- Resección amplia, completada a menudo con histerectomía ⁽⁷⁾
- La conización es la alternativa terapéutica si se desea un embarazo ⁽⁷⁾.

METODOLOGIA

El estudio que se realiza se define como descriptivo, observacional, retrospectivo, analítico de corte transversal de pacientes con lesiones intraepiteliales de cuello uterino en edad fértil atendidas del Hospital IESS-Ceibos durante el año 2019.

Nuestro estudio es de carácter voluntario y no ha sido financiado por ninguna entidad pública o privada, el mismo consta con la aprobación del departamento de docencia e investigación del Hospital IESS-Ceibos para la obtención de la base de datos e información obtenida de las historias clínicas.

Población de estudio: Con el propósito de evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS-Ceibos durante el año 2019. Se revisó la base de datos (Códigos CIE-10 N870, N871, N872, N879, A630, B977, B07, D060, D061) de las pacientes en edad fértil, atendidas en este periodo de tiempo, que desarrollaron alteraciones intraepiteliales y fueron enviadas a la consulta externa del servicio de Ginecología por presentar resultado de citología cervical positiva para estas alteraciones.

Se obtuvo un universo de 714 mujeres atendidas en dicho periodo en el Hospital IESS Ceibos, de las cuales se consideraron al 100% de las historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo así una muestra de 98 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 a 49 años.
- Pacientes con resultado de papanicolaou o citología cervical reportado en sus historias clínicas.
- Pacientes con diagnóstico citológico de anormalidad de células epiteliales.
- Pacientes que cuenten con los datos completos en el Sistema MIS AS400 del Hospital IESS Ceibos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con edad fuera del rango etario del grupo de estudio.
- Pacientes con antecedentes de hallazgos citológicos anormales previos al periodo de estudio.
- Pacientes en estado de gestación.

Método de recolección de datos:

La información de las pacientes con diagnóstico citológico de células escamosas atípicas de importancia no determinada se obtuvo mediante el sistema AS400 del Hospital IESS-Ceibos, así como el seguimiento y abordaje terapéutico realizado en las mismas.

La información recopilada se almaceno en una base de datos construida en hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Nuestro análisis estadístico fue de tipo descriptivo, para la introducción de los datos los casos con diagnóstico citológico de células escamosas atípicas de importancia no determinada diagnosticados se colocaron en columnas y las variables de importancia a analizar en nuestro estudio como el seguimiento, y el abordaje terapéutico.

Análisis estadístico:

En nuestro estudio se realizaron pruebas de estadística descriptiva y de estadística inferencial. Primero, se evaluó la frecuencia y porcentaje de las variables categóricas, mientras que para las variables continuas se utilizaron mediante medidas de tendencia central como promedio, desviación standard y moda. Luego, utilizamos pruebas paramétricas, como la prueba T de Student, para evaluar diferencias entre los promedios de las variables continuas y determinar significancia estadística.

Los análisis estadísticos y los gráficos fueron realizados usando los programas estadísticos IBM SPSS Statistics para Windows, versión 25 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) y GraphPad Prism 8 versión 8 (La Jolla, California, USA).

Variables

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Nombre Variables	Indicador	Tipo	Resultado Final
Edad	Mujeres en edad fértil	Numérica	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años
Inicio de actividad sexual	Edad de inicio	Numérica	15-19 años 20-24 años
Parejas sexuales	Número de parejas sexuales	Numérica	1 2 + 3
Embarazos	Número de embarazos	Numérica	0 1 2 3 o +
Otros Factores de riesgo	Antecedentes asociados al desarrollo de lesión intraepitelial	Categórica Nominal Politómica	Tabaquismo Anticonceptivos Orales
Pruebas de Tamizaje	Pruebas de diagnóstico	Categórica Nominal Dicotómica	Citología Colposcopia
Abordaje Terapéutico	Tratamiento de lesiones intraepiteliales	Categórica Nominal Politómica	Tratamiento expectante Resección con ASA de LEEP Histerectomía

			Otro
Diagnostico Citológico	Diagnostico citológico por Sistema de Bethesda	Categórica Nominal dicotómica	LIE de bajo grado LIE de alto grado
Diagnostico Colposcópico	Hallazgos por colposcopía	Categórica Nominal Politómica	Hallazgos normales Hallazgos anormales Hallazgos no específicos
Factores de riesgo	Antecedentes asociados a la aparición del diagnóstico principal	Categórica Nominal Politómica	Tabaquismo Alcoholismo Obesidad Historial de hemorroides Factores Hereditarios
Características histológicas	Características de Lesiones intraepiteliales	Categórica Nominal Politómica	NIC I NIC II Dysplasia severa Carcinoma in situ Otros

RESULTADOS

La descripción de la muestra de pacientes con lesiones premalignas de acuerdo a la variable edad se realiza en el **Grafico 1**, donde podemos ver que el grupo etario mayormente afectado es el de 35-39 años con un porcentaje de 37.76% seguido de 18.37% en el grupo de 30-34 años, el grupo de 25-29 y 45-49 años ambos con 15.31%, el grupo de 40-44 años con 12.24% y por último el de 20-24 años con 10.2% , el promedio de edad fue 37 años

Grafico 1.

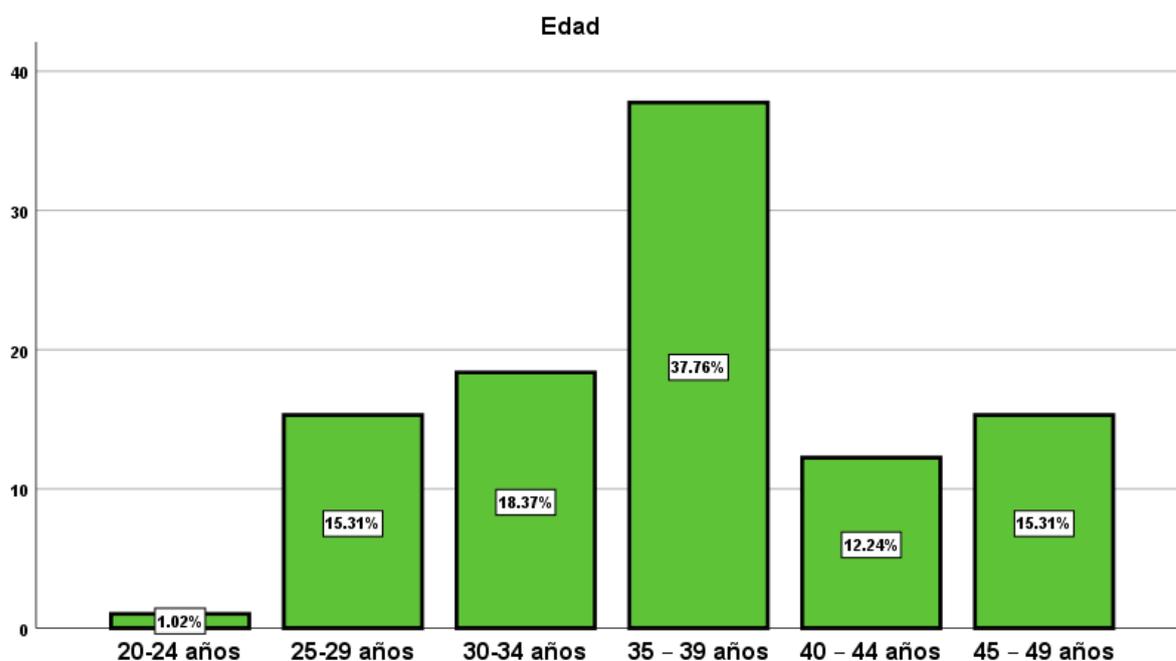


Grafico 1. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn 2021

El 79.6% de las pacientes inició su vida sexual activa entre los 20-24 años, mientras que el 20.4% fue de 15-19 años con un promedio de presentación a los 16.8 años, **Grafico 2**.

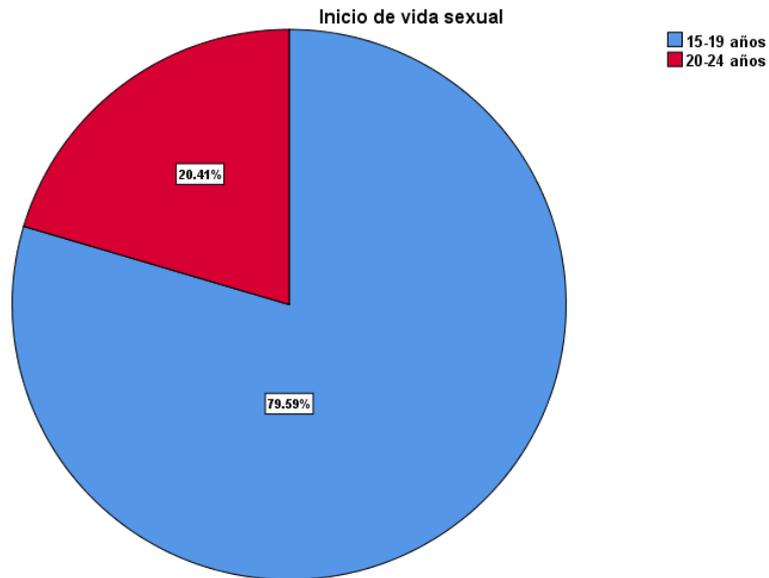


Grafico 2. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

La mayoría de las pacientes había tenido más de tres parejas sexuales con 79.5 %, seguido de dos parejas sexuales con 16.5% y por último una pareja sexual con 4% (**Grafico 3**).

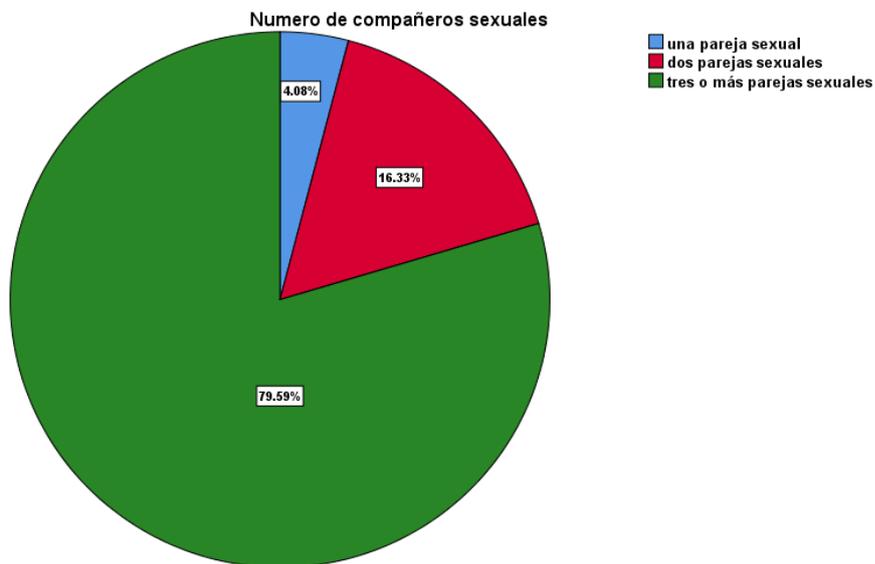


Grafico 3. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

La mayoría de las pacientes tuvieron tres o más embarazos previos, el 50%, seguido del 25.5% de dos embarazos previos, seguido de 19.3% de un embarazo y por último sin embarazos previos el 5.2%. (**Grafico 4**).

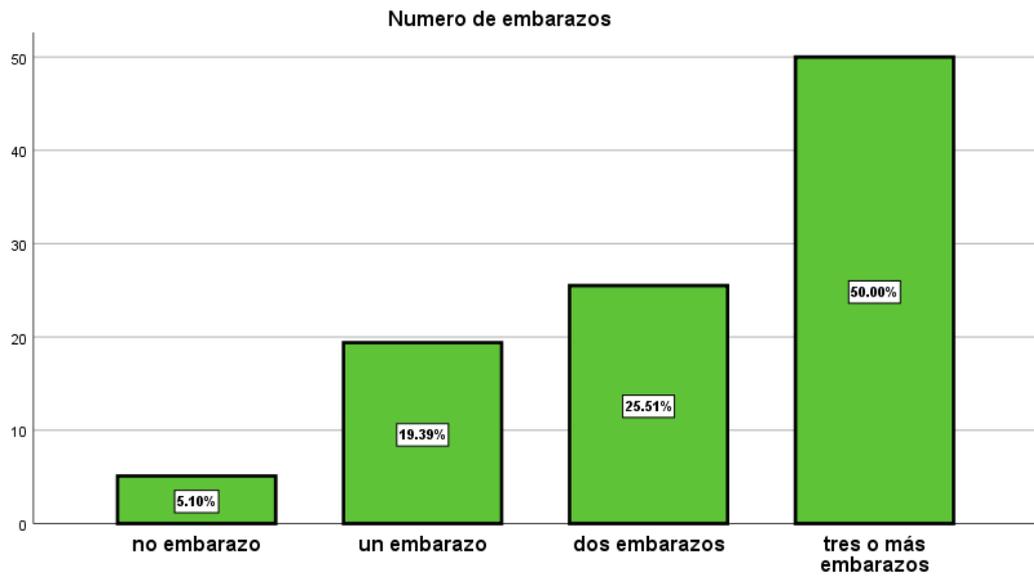


Grafico 4. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

En el **Grafico 5** vemos el porcentaje de antecedentes de tabaquismo en nuestras pacientes con el 65.3% no tenían el antecedente y 34.7% si lo tenían.

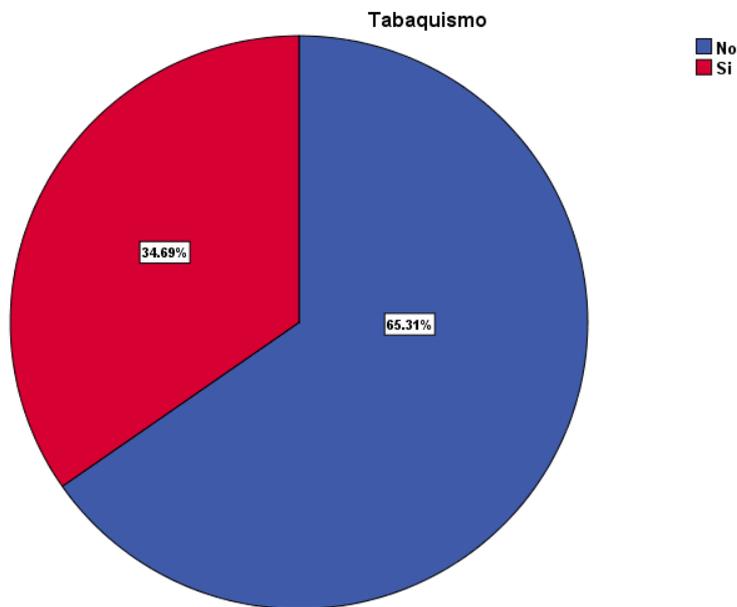


Grafico 5. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

En cuanto al uso de anticonceptivos orales, 80% de las pacientes incluidas en el estudio no los utilizaban mientras que el 20%. **Gráfico 6.**

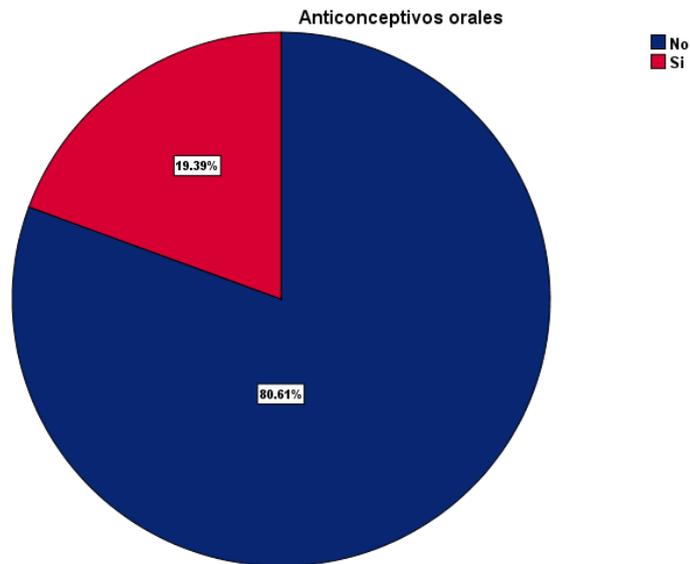


Gráfico 6. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

Con respecto al tamizaje de las lesiones premalignas la prueba más utilizada de las pruebas fue la colposcopia de control en el 58% de las pacientes seguida del 38% de Citología y 4% de las pacientes tenían diagnostico sin recomendaciones de tamizaje. **Tabla 1.**

TAMIZAJE

Tabla 1. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

Tipo de Tamizaje	Frecuencia	Percentage
Citología de control	37	38.00%
Colposcopia de control	56	58.00%
Dx sin recomendaciones	5	4.00%
Total	98	100.00%

En cuanto al abordaje terapéutico en la mayoría de los pacientes tuvieron un tratamiento expectante, en el 86.74% de los casos estudiados, mientras que el 6.12% recibió resección con ASA LEEP, a un 5.10% se le realizó histerectomía, y el 2.04% fue referido a una unidad de mayor complejidad.

Tabla 2.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tipo de Abordaje	Frecuencia	Percentage
Resección Asa de LEEP	6	6.12%
Referida a otro hospital	2	2.04%
Tratamiento Expectante	85	86.74%
Histerectomía	5	5.10%
Total	98	100.00%

Tabla 2. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

En el Grafico 7 podemos observar que el diagnostico citológico según el Sistema Bethesda, el 89.47% reportó Lesión intraepitelial de bajo grado y el 10.53% Lesión intraepitelial de alto grado.

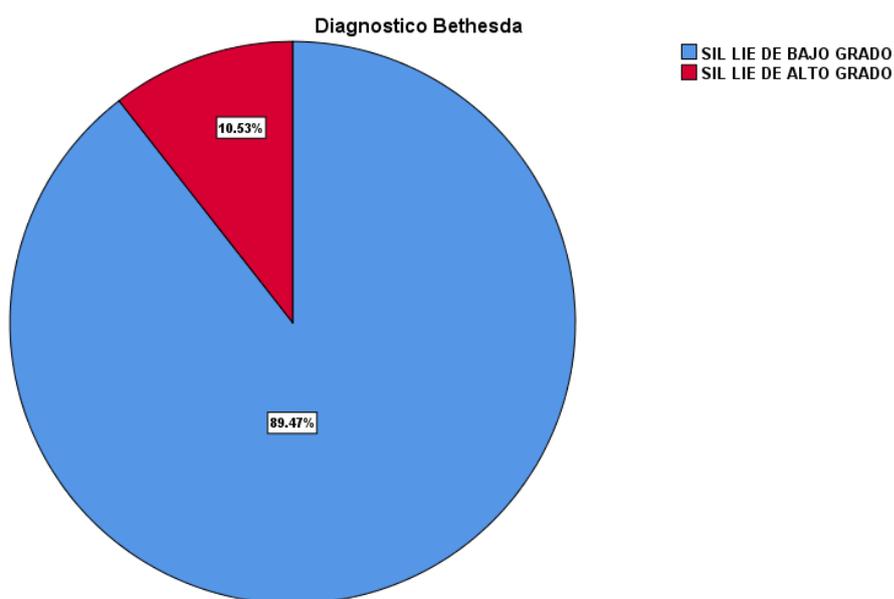


Grafico 7. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

Según los hallazgos por colposcopia, el 71.43% tuvo hallazgos colposcópicos anormales, los cuales incluyen a todas las lesiones acetoblancas, sugestivas de lesión intraepitelial de bajo y alto grado, el 25.51% mostró hallazgos colposcópicos no específicos, los cuales incluyen a todas las lesiones acetoblancas que no cumplen criterios de lesión intraepitelial o son lesiones benignas, seguido de hallazgos colposcópicos normales con el 3.06%. **Tabla 3**

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS

Hallazgos colposcópico	Frecuencia	Percentage
Hallazgos colposcópicos anormales	70	71.43%
Hallazgos colposcópicos normales	3	3.06%
Hallazgos no específicos	25	25.51%
Total	98	100.00%

Tabla 3. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

En la **Tabla 4** se detallan los hallazgos histopatológicos de la muestra de cérvix, donde el 90% de los casos presentó NIC I, seguido de NIC II (Displasia moderada) y NIC III (Displasia severa) con 3% cada uno y por ultimo Ca in situ con 2%.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

Diagnóstico Histológico	Frecuencia	Percentage
NIC I	88	90%
NIC II	3	3%
Displasia severa	3	3%
Ca in situ	2	2%
Otros	2	2%
Total	98	100%

Tabla 4. Elaborado por Llaguno Henry, Campuzano Josselyn .2021

DISCUSION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce tres pruebas para tamizaje de cáncer de cuello uterino: citología, detección de PVH e inspección visual directa con ácido acético (IVAA) con colposcopia. El tamizaje del cáncer del cuello uterino mediante citología ha tenido gran impacto en la reducción de la enfermedad invasiva y el aumento del diagnóstico de las lesiones intraepiteliales y de cáncer in situ. En Inglaterra, entre 1988 y 1994, se duplicó la cobertura de citología alcanzando un 85,0% y la incidencia del carcinoma invasor se redujo en 35,0%. Varios estudios han demostrado la disminución de la tasa de cáncer uterino y su mortalidad mediante el aumento de cobertura de la citología convencional con programas de tamizaje, ejemplos son la disminución en 35,0% en Gales, entre 41,0%-49,0% en países nórdicos y 50,0% de la mortalidad en Japón. ⁽²⁰⁻²²⁾ .

En éste estudio se demostró que para el tamizaje de las lesiones premalignas la prueba más utilizada fue la colposcopia de control a los 6 meses, seguida de citología a los 6 meses. Según Álvarez et al. si la citología reportada como normal satisfactoria continúa el esquema de control citológico cada tres años. Si la Citología reporta cambios benignos (inflamatorios) se analizan las causas, se indica el tratamiento necesario y se repite el control citológico a los 3 o 6 meses. Si el citológico sigue reportando cambios de tipo inflamatorio y no hay sospecha clínica o leucorrea, se debe referir a la clínica de detección temprana en la unidad de patología cervical para colposcopia. Si la Citología reporta anormal, debe de referirse a la clínica de detección temprana, se realiza colposcopia y si esta reporta lesión precancerosa y amerita tratamiento en la clínica, se informa y bajo consentimiento de la paciente se realiza el tratamiento necesario y se continúa con el control citológico trimestral (2 muestras negativas) luego semestral (2 muestras negativas), para dar de alta de la clínica de detección temprana. Si la Citología es reportada como anormal en el seguimiento, debe de realizarse el manejo diagnostico correspondiente mediante una nueva colposcopia ⁽²³⁾ .

En nuestro estudio el grupo etario mayormente afectado es el de 35-39 años con un porcentaje de 37.76% seguido de 18.37% en el grupo de 30-34 años. Las recomendaciones para tamizaje de la OMS son : No empezar antes de los 30 años de edad; realizar por lo menos una vez a mujeres entre 30 y 49 años; pacientes con tamizaje positivo deben ser tratadas de manera eficaz; se recomienda tamizaje-tratamiento o bien tamizaje-diagnóstico y tratamiento, dentro de la conducta de “Ver y Tratar”; si los resultados de citología e IVAA (inspección visual con ácido acético) son negativos, el próximo control se realizará en 3 a 5 años; si la detección de VPH de alto riesgo es negativa, se aconseja control en 5 años; ante la sospecha de cáncer se debe derivar “NO tratar”; ante resultado positivo de tamizaje, crioterapia y resección con ASA de LEEP son opciones de tratamiento⁽²⁴⁾. La mayoría de las pacientes tuvieron tratamiento expectante, lo que concuerda con el mayor porcentaje de lesiones de bajo grado, otros tratamientos fueron la resección con ASA de LEEP y a la histerectomía.

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) recomienda el inicio del screening a los 21 años. Entre los 21 y 29 años recomienda citología cada 3 años; entre los 30 y 65 años se recomienda detección de VPH y citología cada 5 años, siendo aceptable también citología sola cada 3 años. El tamizaje se suspende para mujeres mayores de 65 años si la historia para lesiones intraepiteliales es negativa. No se aconseja en pacientes histerectomizadas y, en mujeres vacunadas para VPH, la recomendación es la misma que para las no vacunadas ⁽¹⁴⁾. La Sociedad Americana de Clínica Oncológica en publicación reciente recomienda realizar el tamizaje con test de ADN para papilomavirus humano desde los 25 a los 65 años cada 5 años, si dos exámenes resultan negativos, el siguiente se puede realizar después de 10 años ⁽²⁵⁾.

CONCLUSIONES

La prueba de tamizaje más utilizada fue la colposcopia de control a los 6 meses seguida de la citología de control a los 6 meses.

Los factores de riesgo asociados a la presentación de lesiones intraepitelial fueron: mayor número de parejas sexuales y mayor paridad. El promedio de la edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 16.8 años

Según el Sistema de Bethesda la mayoría de los casos (89.47%) correspondieron a Lesiones intraepiteliales de bajo grado y éste hallazgo se relacionan con el diagnóstico histopatológico definitivo (NIC I en un 90%).

El abordaje terapéutico expectante en la mayoría de los pacientes se relaciona con el diagnóstico cito histopatológico de Lesión intraepitelial de bajo grado.

No se pudo analizar el diagnóstico molecular del VPH, debido a que el hospital no contaba con esta prueba en el período de estudio.

El tamizaje del cáncer del cuello uterino mediante citología sigue teniendo gran impacto en la reducción de la progresión a neoplasia maligna infiltrante apoyando al diagnóstico oportuno de las lesiones intraepiteliales y el cáncer in situ.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que hacemos en nuestro trabajo son:

- Iniciar el tamizaje de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres a partir de los 21 años.
- Entre los 21 y 29 años realizar al menos una citología cada 3 años.
- Seguir las recomendaciones de la Sociedad Americana de Clínica Oncológica incluyendo en el tamizaje el test del ADN para papilomavirus humano desde los 25 a los 65 años cada 5 años.
- Si dos exámenes moleculares resultan negativos, el siguiente se puede realizar después de 10 años.
- Insistir en la importancia de reemplazar la citología convencional por la citología en base líquida.
- Realizar el co-test asociando Citología en base líquida y Detección – Tipificación molecular del VPH.
- Realizar estudios prospectivos, con un mayor número de pacientes, en los que se constate de manera experimental el mejor método de tamizaje como guía para el abordaje correcto de estas pacientes con lesiones intraepiteliales, así como las técnicas terapéuticas a utilizar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monsonégo J. [Cervical cancer prevention: the impact of HPV vaccination]. *Gynecol Obstet Fertil.* marzo de 2006;34(3):189-201.
2. Real J. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos en cáncer de mama y cérvix en Guayaquil. *Rev Científica Digit INSPILIP* [Internet]. 2019;1. Disponible en: <http://www.inspilip.gob.ec/>
3. del Toro-Arreola S, García-Chagollán M, Jave-Suárez LF. [Escape mechanisms to the innate immune response in HPV-associated cervical cancer]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53 Suppl 2:S194-199.
4. Palma Osorio M, Romero Flores A, Torres Mesa A. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Finlay.* 2019;291-305.
5. Nava MFS, Montano AKO, Carreto NAC, Suárez MMD. Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cérvix. :5.
6. Valencia Mayoral PF, Ancer Rodríguez J. *Patología.* México [etc.: McGrawHillEducation; 2014.
7. Baldauf J-J, Averous G, Baulon E, Thoma V, Talha-Vautravers A, Sananes N, et al. Neoplasias intraepiteliales del cuello uterino. *EMC - Ginecol-Obstet.* septiembre de 2013;49(3):1-23.
8. Sellors J, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes [Internet]. World Health Organization; 2003 [citado 9 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>
9. Masón DFC. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado del cuello uterino. *Rev Médica-Científica CAMBIOS HECAM.* 28 de junio de 2019;18(1):76-84.
10. Medina-Villaseñor EA, Oliver-Parrab PA, Neyra-Ortizb E, Pérez-Castroc JA, Sánchez-Orozco JR, Contreras-González N.

Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Gac Mex Oncol.* 1 de enero de 2014;13(1):12-25.

11. Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2004. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5109:2011-a-situation-al-analysis-cervical-cancer-latin-america-caribbea-n&Itemid=3793&lang=es
12. Martínez Chang YMM, Sarduy Nápoles MR, Rodríguez Martínez L. Lesiones intraepiteliales cervicales en la adolescencia. *Arch Méd Actual En Tracto Genit Infer* [Internet]. 2014 [citado 10 de noviembre de 2020];6(11). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52558>
13. Torres R. JS. Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales (LEIC). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 31 de diciembre de 1998;49(4):217-23.
14. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam S, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *J Low Genit Tract Dis.* julio de 2012;16(3):175-204.
15. Wardak S. Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer. *Med Dosw Mikrobiol.* 2016;68(1):73-84.
16. Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires. Guías de manejo 2015 Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. FASGO [Internet]. 2015;26. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/tracto-inferior-y-colposcopia/585-guias-de-manejo-2015-de-la-sociedad-argentina-de-patologia-del-tgi-y-colposcopia-citologia-anormal-y-lesiones-intraepiteliales-anormales>
17. Lie AK, Bjørge T, Helland A, Hagen B, Skjeldestad FE, Hagmar B, et al. [Can human papillomavirus testing and vaccination prevent cervical cancer?]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening*

Tidsskr Prakt Med Ny Raekke. 20 de octubre de 2001;121(25):2947-51.

18. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie Meder C, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. mayo de 2018;28(4):641-55.
19. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, et al. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *J BUON Off J Balk Union Oncol*. abril de 2016;21(2):320-5.
20. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 3 de abril de 1999;318(7188):904-904.
21. Aklimunnessa K, Mori M, Khan MMH, Sakauchi F, Kubo T, Fujino Y, et al. Effectiveness of Cervical Cancer Screening Over Cervical Cancer Mortality Among Japanese Women. *Jpn J Clin Oncol*. 1 de agosto de 2006;36(8):511-8.
22. Taylor R, Morrell S, Mamoon H, Wain G, Ross J. Decline in Cervical Cancer Incidence and Mortality in New South Wales in Relation to Control Activities (Australia). *Cancer Causes Control*. abril de 2006;17(3):299-306.
23. Ovalle DL. Material con propósitos de capacitación. :99.
24. World Health Organization, World Health Organization, Reproductive Health and Research. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. [Internet]. 2014 [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1
25. Jeronimo J, Castle PE, Temin S, Denny L, Gupta V, Kim JJ, et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *J Glob Oncol*. 2016;23.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Llaguno Mora Henry Alejandro** con C.C: # 0952489748 y **Campuzano Floril, Josselyn Estela**, con CC. 0706393683 autor del trabajo de titulación: **Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil, atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 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, 01 de mayo de 2021

f. _____
Llaguno Mora Henry Alejandro

C.C: 0952489748

f. _____
Campuzano Floril Josselyn Estela

C.C: 0706393683



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil, atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 2019		
AUTOR(ES)	Llaguno Mora Henry Alejandro, Campuzano Floril Josselyn Estela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Tania Triana Castro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	33
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología y Anatomía patológica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	cáncer, cervicouterino, Papanicolau, Tamizaje, abordaje terapéutico, Bethesda, lesión intraepitelial		
RESUMEN:	<p>Antecedentes: En el 2013, se consideró al cáncer cervicouterino como un problema de salud pública a nivel mundial. Según el Registro Nacional de Tumores de Solca, en Ecuador se diagnostica aproximadamente 1600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino cada año. Objetivo: Evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS Ceibos durante el año 2019. Metodología: Con el propósito de evaluar el seguimiento y abordaje terapéutico de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital IESS-Ceibos durante el año 2019, se analizó la población atendida en este periodo, que presentaron alteraciones intraepiteliales y fueron derivadas la consulta externa de Ginecología por presentar una citología cervical positiva. Resultados: En el tamizaje de las lesiones premalignas la prueba más utilizada fue la colposcopia en el 58% de las pacientes, seguida del control citológico en el 38%. En el abordaje terapéutico el 86.74% de las pacientes, tuvieron un tratamiento expectante, distinto al 6.12% de las paciente que requirió resección de la lesión cervical con ASA LEEP, el 5.10% de los casos necesitó Histerectomía y el 2.04% fue referido a una unidad de mayor complejidad. Conclusión y Recomendación: Demostramos que las lesiones intraepiteliales más frecuentes son las de bajo grado y que el tratamiento expectante se cumple, según los protocolos internacionales. Sugerimos que se debe realizar el co-test asociando citología y detección y tipificación molecular del VPH.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +59390759204 +593959454007	E-mail: henry_llaguno@hotmail.com josscampuzano@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkupng, Andrés Mauricio		
	Teléfono: + 593997572784		
	E-mail: andrew.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):			