

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas



“LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO – NIC II”

Trabajo Académico presentado por la
Obstetra:

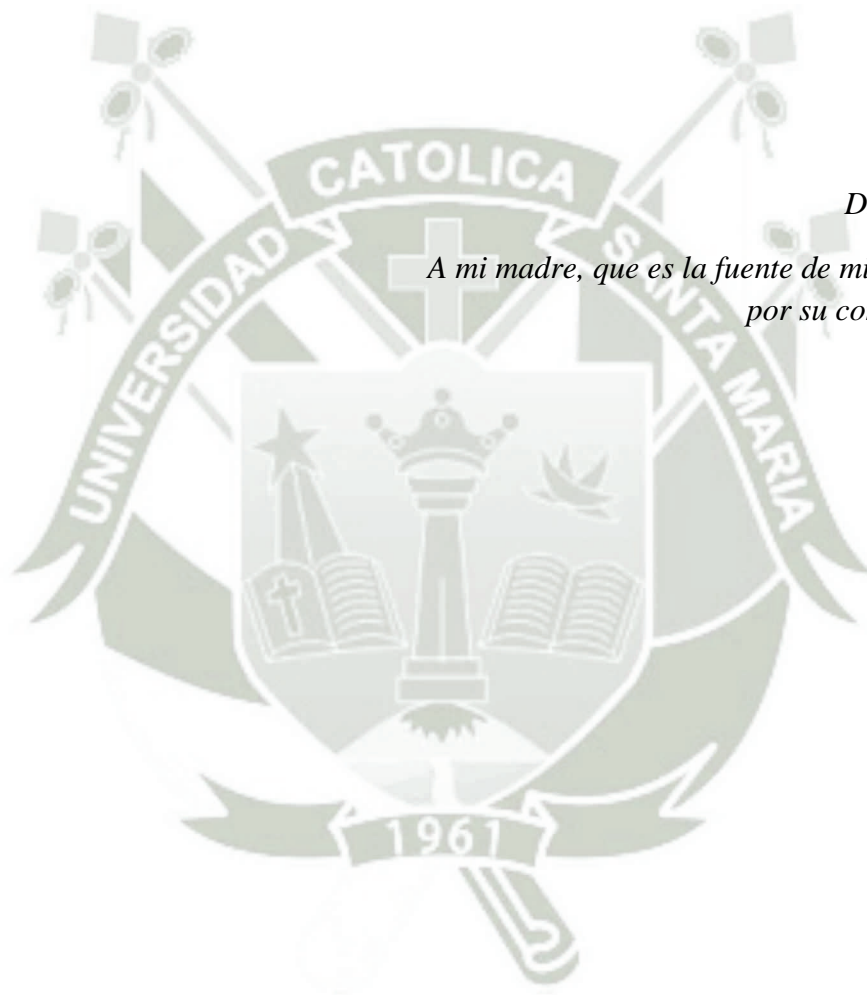
Cárdenas Castro, Sonia Maribel

Para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Prevención de Cáncer Cérvico
Uterino y de Mamas.

Asesora: Dra. Escobedo Vargas Jannet

Arequipa - Perú

2018



DEDICATORIA

*A mi madre, que es la fuente de mi superación, y
por su constante apoyo.*



EPIGRAFE

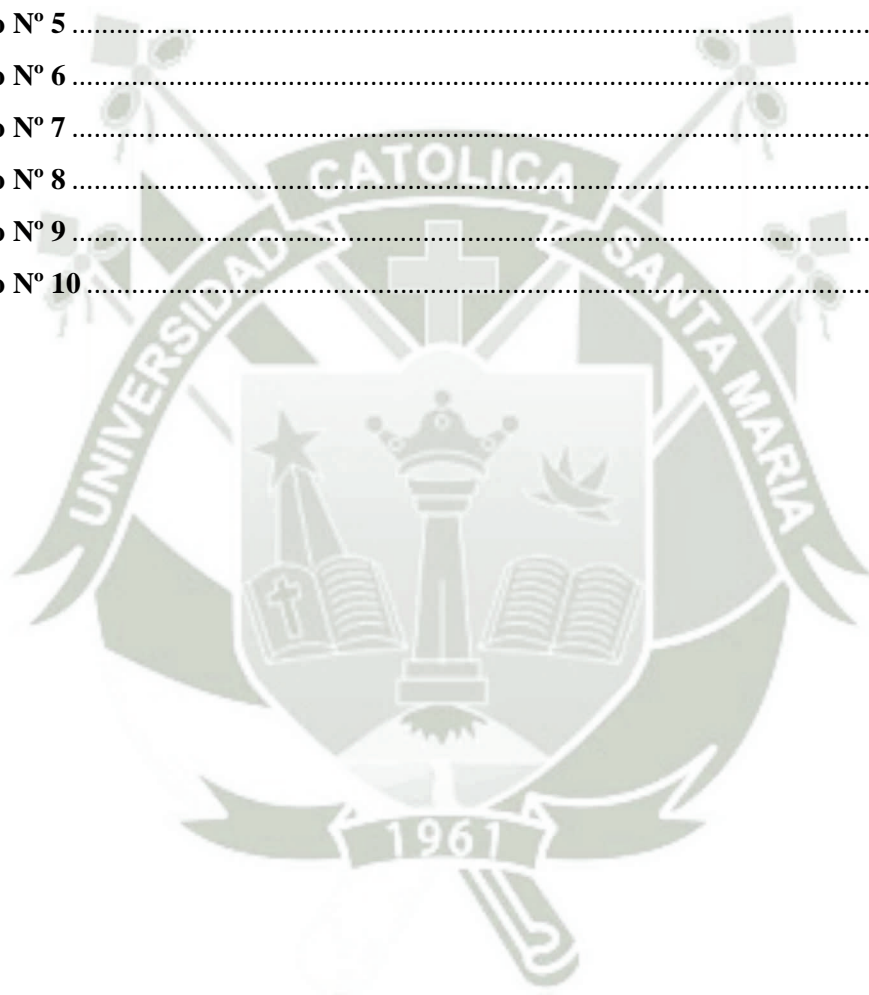
"Si el cáncer me eligió tenía que asumirlo, solo llevarlo bien, derrumbarme me iba a ser más débil, no tenía ganas de derrumbarme"
(Mayra Couto, actriz peruana)

"Mujeres: tenemos que cuidarnos, amarnos, y saber que somos valiosas, que nos necesitan nuestros seres queridos, tenemos que vivir. Para eso hay que chequearnos. Un cáncer que se diagnostica a tiempo se cura"
(Angélica María, actriz mexicana)

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	8
CAPÍTULO I	10
Marco Conceptual	10
Virus del papiloma Humano	10
Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico uterino	10
Pruebas de detección para el tamizaje de cáncer cérvico uterino	11
Prevención del Cáncer Cérvico Uterino	13
1. Prevención primaria: Reducir el riesgo de infección por VPH	13
2. Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas	14
3. Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervicouterino invasor	14
Diagnóstico diferencial y valoración de las lesiones cervicouterinas	15
CAPÍTULO II	16
Marco Metodológico	16
Caso Clínico	16
Antecedentes Gineco-obstétricos	16
Antecedentes Patológicos	17
Antecedentes Familiares:	17
Antecedentes personales patológicos	17
Enfermedad Actual	17
Historia de la Enfermedad	17
Examen Físico	18
Exámenes laboratorio	19
Patología:	20
CAPÍTULO III	22
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
ANEXOS.....	30
TABLAS	30
Tabla N° 1	30
GRÁFICOS	31
Gráfico N° 1	31
Gráfico N° 2	32
Gráfico N° 3	33
Gráfico N° 4	34
Gráfico N° 5	35
Gráfico N° 6	36
Gráfico N° 7	37
Gráfico N° 8	38
Gráfico N° 9	39
Gráfico N° 10	40



RESUMEN

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública en nuestro país, a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable sigue siendo la causa principal de muerte de mujeres.

El objetivo del presente trabajo es el análisis del caso clínico de una paciente atendida en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR) con un diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical de tipo II.

El método utilizado es el estudio del caso la paciente evaluada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur mediante entrevista y revisión de la historia clínica con diagnóstico presuntivo de Neoplasia Intraepitelial Cervical de tipo II.

La paciente que hace dos años se realizó una prueba de Papanicolaou de cérvix con resultado de lesión intraepitelial de alto grado o Neoplasia Intraepitelial Cervical de tipo II, en la que no recibió tratamiento. Acudió al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, donde la evaluó el Servicio de Ginecología Oncológica, realizándole una biopsia con resultado de Anatomía Patológica “Displasia Leve”, decidiendo realizar tratamiento de Cono LEEP en el año 2015.

Al cabo de dos años, en 2017, en su control posterior, a la paciente le realizan una biopsia que, como resultado mostró displasia leve. Siendo reevaluada por el servicio de Ginecología Oncológica, decidiendo tratamiento quirúrgico: Histerectomía Laparoscópica ampliada a vagina.

Como conclusión, la paciente recibió el tratamiento adecuado y oportuno y el cuadro que presentaba no avanzó a cáncer cérvico uterino. Con ello, se demostró que la detección temprana contribuye a la disminución de la mortalidad por este tipo de cáncer y puede mejorarse la calidad de vida de las pacientes con riesgo.

Palabras clave: NIC II, Cono LEEP, Cáncer Cérvico Uterino (CACU).

ABSTRACT

Cervical cancer is a public health problem in our country, although it is a preventable and curable disease, it is still the main cause of death for women.

The objective of the present work is the analysis of the clinical case of a patient treated at the South Regional Institute of Neoplastic Diseases (IREN-SUR) with a diagnosis of Type II Cervical Intraepithelial Neoplasia.

The method used is the case analysis of the patient evaluated in South Regional Institute of Neoplastic Diseases through interview and review of her clinical history with presumptive Cervical Intraepithelial Neoplasia diagnosis of type II.

The patient had a cervical PAP test since two years with high-grade intraepithelial lesion or Cervical Intraepithelial Neoplasia type II, in which she received no treatment. She went to the Regional Institute of Neoplastic Diseases to Oncological Gynecology Service, in there to perform a biopsy with the result of Pathological Anatomy "Mild Dysplasia", deciding to perform LEEP Cone treatment in 2015.

After two years, in 2017, in her subsequent control, the patient underwent a biopsy that, as a result, showed mild dysplasia. Being reevaluated by the Oncology Gynecology service, deciding surgical treatment: Laparoscopic hysterectomy extended to vagina.

In conclusion, the patient received the appropriate and timely treatment and the state presented did not progress to cervical cancer. With this, it was demonstrated that early detection contributes to the reduction of mortality due to this type of cancer and the quality of life of patients at risk can be improved.

Key words: CIN II, LEEP Cone, cervical cancer

INTRODUCCION

El cáncer cérvico uterino sigue siendo un problema de salud pública, siendo la causa principal de muerte de mujeres, aun cuando es una enfermedad totalmente prevenible y curable, considerando que se cuenta con métodos para el tamizaje en mujeres que no presentan la enfermedad.

Cada año ocurren 528,000 casos nuevos en el mundo; de los cuales 83,000 pertenecen a países desarrollados y 445,000 a países en vías de desarrollo. Es decir, el 84.3% del total de casos nuevos a nivel mundial se producen en países con menor índice de desarrollo socio-económico, además de contar alrededor de 266,000 muertes al año⁽¹⁾.

El Perú, un país en vías de desarrollo, el cáncer cérvico uterino sigue representando la principal causa de muerte en las mujeres, con excepción de las regiones de Lima y Arequipa donde ocupa el segundo lugar.

En el Perú, en el periodo 2006 – 2011, la vigilancia epidemiológica de cáncer, notifico un total de 14115 casos de cáncer cérvico uterino a nivel nacional, lo que represento el 14.6% de los canceres notificados. El cáncer de cérvix fue el más frecuente de los canceres reportados, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres, en las edades de 40 y 59 años (52.6%).⁽²⁾

Los departamentos que tienen más frecuencia de cáncer cérvico uterino son: Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%).

La mortalidad por esta enfermedad es más alta en los departamentos de Pasco (43.0%), Madre de Dios (33.9%), Huánuco (29.8%), Loreto (23.4%), Tacna (20.5%) Ucayali (20.1%), Junín (19.2%) y se muestra valores en Arequipa de 9.1%⁽³⁾.

El virus del papiloma Humano (VPH) cada día define con mayor certeza la intervención causal en la génesis de, prácticamente, todas las neoplasias cervicouterinas y una porción variable pero importante de neoplasias vulvares, vaginales y anales. Por ello, se ha terminado por reconocer al VPH como un agente causal importante de diversos cánceres⁽⁴⁾.

Resumimos, entonces que, el cáncer cérvico uterino en los países en desarrollo, como el nuestro, es la primera causa de muerte en mujeres; que es prevenible y curable ya que, según la historia natural de la enfermedad, para que ésta se produzca, suele pasar de 10 a 15 años⁽⁵⁾, razón por la cual podemos detectarlo tempranamente y no esperar a detectarlo

en forma tardía donde las implicancias para las pacientes son mayormente adversas. Esta realidad es la que me motiva a trabajar arduamente en la fase de detección precoz, donde se podría detectar, al menos, el 40% de los casos de cáncer cérvico uterino, pudiendo identificar muchos casos durante la fase de estadio temprano de la enfermedad, reconociendo lesiones pre-malignas. Considero que ayudar a desarrollar una conciencia suficiente en las mujeres como principal apoyo, ofreciendo, primero, información acerca de las causas y las consecuencias de la enfermedad y a continuación promoviendo las acciones de detección serán siempre las herramientas más efectivas junto a un permanente compromiso de las profesionales para desarrollarlas efectivamente.

El objetivo principal del presente trabajo es realizar el estudio de caso de la paciente atendida en el Instituto IREN-SUR y que fuera diagnosticada con NIC II con tratamiento recibido de histerectomía laparoscópica, favoreciendo la detección temprana evitando la aparición de cáncer cérvico uterino.

El presente informe está organizado por el Marco Conceptual, Marco Metodológico, la Discusión del caso y a continuación las Conclusiones y Recomendaciones pertinentes.

Según los trabajos como los de Ortiz Serrano en Factores de Riesgo para Cáncer Cérvico Uterino⁽⁶⁾ y Gutiérrez en el Nivel de Pobreza Asociado al Estadio de Gravedad del Cáncer Ginecológico⁽⁷⁾ coinciden con las características mostradas en el caso clínico estudiado.

CAPÍTULO I

Marco Conceptual

Virus del papiloma Humano

El cáncer cérvico uterino es considerado como un problema de salud pública, con alta incidencia en los países en desarrollo. La infección, permanencia y replicación del virus de papiloma humano (VPH ó HPV por sus siglas en ingles) de alto riesgo a nivel cervical están relacionados con el desarrollo del cáncer cérvico uterino.

En condiciones normales, el sistema inmune es capaz de controlar y eliminar la infección por acción de la inmunidad innata.

La infección por virus del papiloma, en la mayoría de las mujeres jóvenes sin ningún compromiso inmune, pasa desapercibida.

El VPH según su riesgo oncogénico, se clasifican en dos tipos:

VPH de bajo riesgo (VPH-BR): 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 y 81;

VPH de alto riesgo (VPH-AR): 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82.

Ciertos tipos virales pueden aparecer en lesiones cancerosas como resultado de una co-infección y no ser los agentes etiológicos causales de la formación tumoral. ^(5,8)

Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico uterino

El 80% de mujeres que han tenido actividad sexual en algún momento se han infectado por VPH pero, como sabemos, la mayoría de ellas eliminará el virus. Los estudios epidemiológicos han identificado una serie de cofactores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de las lesiones de alto grado y cáncer cérvico uterino:^(6,9,10)

- Edad (Entre 30 y 50 años).
- Inicio de la actividad sexual antes de los 20 años. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos.
- Múltiples parejas sexuales (de la mujer o su pareja). La historia sexual de su compañero es tan importante como de la mujer.
- Multiparidad. A mayor número de hijos, mayor riesgo.
- Resultado anormal previo en una prueba de tamizaje.

- Tabaquismo. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones premalignas y la duración y persistencia del hábito. En promedio, se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión premaligna con respecto de las que no son fumadoras.
- Partos vaginales. Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea.⁽¹¹⁾
- Uso de anticonceptivos orales por más de 5 años. Aunque es aun controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial.
- Edad del primer parto. Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de cáncer del cuello uterino.⁽¹²⁾
- Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis, tricomonas. La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), facilita el desarrollo de la neoplasia, con lo que aumenta el riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH hasta 3.2 veces el riesgo de las mujeres que no tiene VIH.
- Inmunosupresión (Infección por VIH, uso crónico de corticoesteroides, etc.).

Pruebas de detección para el tamizaje de cáncer cérvico uterino

1. Citología cervical o Papanicolaou (PAP)

Es un examen para detectar cáncer cérvico uterino, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación.

Siendo una prueba relativamente sencilla, son muchos los pasos que pueden fallar:

- La toma de la muestra
- La coloración y
- La lectura.

La sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%, Además el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal

muy entrenado, toma tiempo, las pacientes frecuentemente no recogen su resultado y se pierden oportunidades valiosas de tratar tempranamente. ^(4,13)

2. *Inspección Visual con Ácido Acético (IVVA)*

Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y la práctica. Se ha encontrado que entre el 70% y el 80% sirve para detectar NIC II y lesiones más severas. ^(14,15)

Las ventajas del IVAA son los siguientes:

- Su sencillez, se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud;
- Menor costo que otros enfoques en el uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia.

Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia “VER Y TRATAR”, usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado. ^(5,13,16)

3. *Manejo de las lesiones pre malignas cérvico uterinas*

Hay dos formas de manejar las lesiones premalignas:

- Por **ablación** (crioterapia y termocoagulación)
 - Por **escisión** electro quirúrgica con asa en la zona de transformación (LEEP).
- a. Por Ablación:

De acuerdo a las Guías Prácticas Esenciales de control Integral del cáncer Cervical, elaboradas por la OPS-OMS,⁽¹⁷⁾ la crioterapia es un método que elimina las áreas premalignas del cuello uterino por congelación. Esto consiste en aplicar un disco extremadamente frío (criosonda) sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales, aunque también se elimina áreas normales. Esto se realiza con un tanque con dióxido de carbono (CO₂) comprimido o con óxido nitroso (N₂O) comprimido. Este procedimiento dura 15 minutos, que es bien tolerada y se asocia con un malestar leve.

Si la lesión se extiende más allá del alcance de la criosonda, o dentro del conducto endocervical, o si la lesión es sospechosa de cáncer invasor se considera que la crioterapia no es una buena alternativa y se recomienda otra forma de tratamiento, incluyendo la posibilidad de cono LEEP.

b. Escisión electro quirúrgica con asa en la zona de transformación (LEEP).

La escisión electro quirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electro quirúrgica. El asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación.

Mediante la escisión electro quirúrgica con asa se procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. El tejido extirpado puede enviarse al laboratorio de histopatología para su examen, lo que permite evaluar el grado de la lesión.

Por lo tanto, esta técnica tiene un doble fin: Extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos.

Prevención del Cáncer Cérvico Uterino

1. *Prevención primaria: Reducir el riesgo de infección por VPH*

El objetivo de salud pública es reducir las infecciones por VPH porque, si estas son persistentes, pueden causar cáncer cervicouterino. Las intervenciones incluyen las siguientes:

- Vacunación a las niñas de 9 a 13 años de edad (o de las edades previstas en las directrices nacionales), antes de que inicien su actividad sexual;
- Educación de niños varones y niñas sobre sexualidad saludable, adaptada según corresponda a la edad y la cultura, con la intención de reducir el riesgo de transmisión de VPH (junto con otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH); los mensajes esenciales deben incluir el retraso de la iniciación sexual y la reducción de los comportamientos sexuales de alto riesgo;
- Promoción o suministro de condones a los que sean sexualmente activos;

- Circuncisión masculina donde sea pertinente y apropiado.

2. *Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas*

El objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor. Las intervenciones incluyen las siguientes:

- Orientación e intercambio de información;
- Tamizaje de todas las mujeres de 30 a 49 años de edad (o edades determinadas por las normas nacionales) para identificar las lesiones precancerosas, generalmente asintomáticas;
- Tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas antes de que progresen hacia un cáncer invasor. Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista.

3. *Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervicouterino invasor*

El objetivo de salud pública es reducir el número de defunciones debidas al cáncer cervicouterino.

Las intervenciones incluyen las siguientes:

- Un mecanismo de derivación de casos por los dispensadores de atención primaria a los establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento del cáncer;
- Un diagnóstico del cáncer exacto y oportuno, previo estudio del grado de invasión;
- Un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico: – Cáncer en estadios iniciales: Si el cáncer se limita al cuello uterino y áreas circundantes (zona pelviana), el tratamiento puede lograr la curación; se debe dispensar el tratamiento más apropiado disponible y ofrecer asistencia para los síntomas asociados con el cáncer o su tratamiento. – Cáncer avanzado: Si el cáncer afecta a tejidos que se encuentran más allá del cuello uterino y del área pelviana o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento; se debe proporcionar el tratamiento más eficaz disponible y cuidados paliativos en establecimientos terciarios y a nivel de la comunidad, inclusive acceso a opioides.

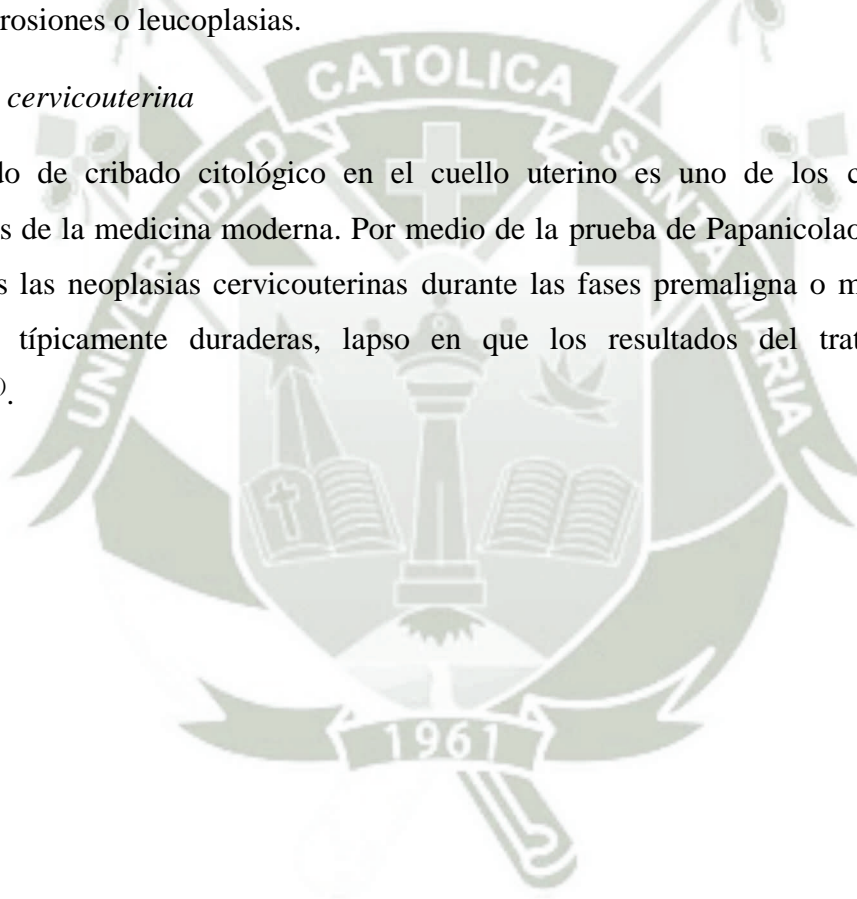
- Cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento⁽¹⁷⁾

Diagnóstico diferencial y valoración de las lesiones cervicouterinas

En términos generales, a simple vista, no se pueden identificar las lesiones preinvasoras de la porción inferior del aparato genital femenino. La excepción a tal norma sería VIN 3 que suele ser visible, o palpable o ambas modalidades. Son visibles a simple vista solamente las lesiones cervicouterinas en cualquiera de los extremos del espectro de enfermedades neoplásicas: condilomas y cánceres invasores. Sobre tales bases, constituyen justificación para emprender la exploración colposcópica y la obtención de material de biopsia todas las lesiones cervicouterinas visibles a simple vista, en particular úlceras, erosiones o leucoplasias.

Citología cervicouterina

El método de cribado citológico en el cuello uterino es uno de los capítulos más fructíferos de la medicina moderna. Por medio de la prueba de Papanicolaou se detectan casi todas las neoplasias cervicouterinas durante las fases premaligna o maligna oculta temprana típicamente duraderas, lapso en que los resultados del tratamiento son óptimos⁽⁴⁾.



CAPÍTULO II

Marco Metodológico

Caso Clínico

- Paciente: B.A.S.
- Edad: 61 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de Nacimiento: 11/08/1956
- Lugar de Nacimiento: Alto Toroya, San Román, Puno
- Raza: Mestiza
- Tipo de seguro: Seguro integral de Salud (SIS)
- Grado de Instrucción: Primaria completa
- Procedencia: Arequipa
- Estado civil: Conviviente
- Ocupación: Ama de casa
- Idioma: Español
- Religión: Católica
- Vivienda: Construcción de material noble sin acabado
- Servicios Básicos: Agua potable, servicio eléctrico y recolección de basura
- Situación Económica: Eventual (esposo: obrero agrícola)
- Distancia al Centro Salud: 1 hora en movilidad (Primer nivel de atención)

Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquía: 13 años
- Inicio de RR.SS.: 16 años
- Parejas sexuales: 02
- Fórmula Obstétrica: G13 P12 A1 HV9 HM3
- Anticonceptivos: Ninguno
- Papanicolaou: 03 veces
- F.U.M.: 52 años

Antecedentes Patológicos

- Cono LEEP: Hace 02 años en IREN Sur

Antecedentes Familiares:

- Padre: Aparentemente sano
- Madre: Aparentemente sana
- Pareja: Aparentemente sano
- Hijos: Aparentemente sanos
- VIF: No

Antecedentes personales patológicos

- Gastritis crónica. Tratamiento con Omeoprazol, 20 mg c/24 horas
- Hipertensión Arterial. Medicado con Losartan de 40mg c/24 horas.

Enfermedad Actual

- Tiempo de Enfermedad: 02 años
- Síntoma Principal: NIC II

Historia de la Enfermedad

Paciente de 61 años de edad, natural de Puno y con residencia temporal en Arequipa.

Refiere que hace dos años se realizó una prueba de Papanicolaou de cérvix (15/06/2015) que informa: Lesión intraepitelial de alto grado, displasia moderada NIC II. La que no recibe ningún tratamiento.

Luego acude al Instituto de Enfermedades Neoplásicas, donde es evaluada por el Servicio de Ginecología Oncológica, quienes le realizan una biopsia de labio posterior y labio anterior del cuello uterino, con un resultado de Anatomía Patológica (11/10/2015) que informa: “Displasia Leve”. Con este resultado se decide realizar tratamiento de Cono LEEP (04/11/2015).

Paciente acude a consultorio con un resultado de Anatomía Patológica de cono LEEP (04/11/2015) que informa:

- Displasia leve, atipia coilocítica, metaplasia escamosa, cervicitis crónica.
- Displasia moderada focal hacia el canal endocervical.
- Borde quirúrgico exocervical en contacto con la displasia leve.
- Borde quirúrgico endocervical libre.

Acude al Servicio de Ginecología Oncológica a control, se le solicita una ecografía ginecológica (22/11/2017) que informa “signos de relación a escaso hidrometra, mucometra y anexos de aspecto conservados” y una ecografía abdominal total (30/11/2017) que informa “Infiltración hepática difusa moderada, esteatosis hepática moderada grado II, síndrome dispéptico fermentativo, retroperitoneo sin adenopatías, arenilla renal bilateral, vejiga de patrón ecográfico conservado, útero involutivo normal, anexos no visibles”.

Por ello es reevaluada, decidiendo tratamiento quirúrgico, Histerectomía Laparoscópica ampliada a vagina.

Examen Físico

- Impresión General: REG, REN, REH
- Signos vitales: FC: 68 x min. PA: 100/60 mm Hg. FR: 20 x min.
T: 36.6° C
- Piel: Piel tibia.
- Faneras: Cabello largo negro de distribución homogénea, en regular estado de conservación e higiene.
- Tejido Celular Subcutáneo: En regular cantidad de predominio abdominal.
- Cabeza: Normocéfalo, mesaticéfalo, no tumoraciones
- Ojos: Simétricos. Pupilas fotoreactivas
- Cuello: Inspección: Central simétrico, móvil.
Palpación: No se ve ni se palpa glándula tiroides, no se palpan adenopatías.
- Tórax: Simétrico, móvil. Amplexación y movilización conservada. No tiraje, murmullo vesicular, pasa en ambos campos pulmonares.
- Aparato Cardiovascular: Rítmico, normofonético
- Abdomen: Inspección: Globuloso, simétrico, móvil a la respiración.
No se palpa tumoraciones y RHA presentes.
- Aparato Genito-urinario: Puño percusión lumbar derecho negativo.
Izquierdo negativo
- Linfáticos: No se palpa adenopatías en cadenas ganglionares,

cervical ni axilar. Se palpan adenopatías inguinales bilaterales, la más grande de 2×1 cm.

- Examen Ginecológico: Genitales externos sin tumoraciones. Vagina amplia y elástica. Cérvix empedrado y retraído que no se logra examinar adecuadamente. Orificio cervical externo cerrado y cicatrizado, Colposcopía; cuello retraído, test de Lugol positivo.
- Diagnóstico Presuntivo: NIC II. Cono LEEP.
- Plan Terapéutico: Se hospitaliza en Ginecología Oncológica para tratamiento quirúrgico: Histerectomía laparoscópica ampliada a vagina.

Exámenes laboratorio

- Glóbulos Rojos: 5.03
- Hemoglobina: 15.2
- Hematocrito: 46
- Leucocitos: 6940
- Linfocitos: 39
- Monocitos 5
- Eosinófilos 3
- Basófilos: 1
- Segmentados: 32
- Abastionados: 0
- Tiempo de protrombina: 12.3
- Tmp. P. Tromboplastina: 34.7
- Grupo Sanguíneo: "O"
- Factor RH: Positivo
- Glucosa: 73 mmol / L
- Proteínas Totales: 9.6
- Globulina: 2.9
- Bilirrubina Total: 1.26
- Bilirrubina Directa: 0.3
- Bilirrubina Indirecta 0.96

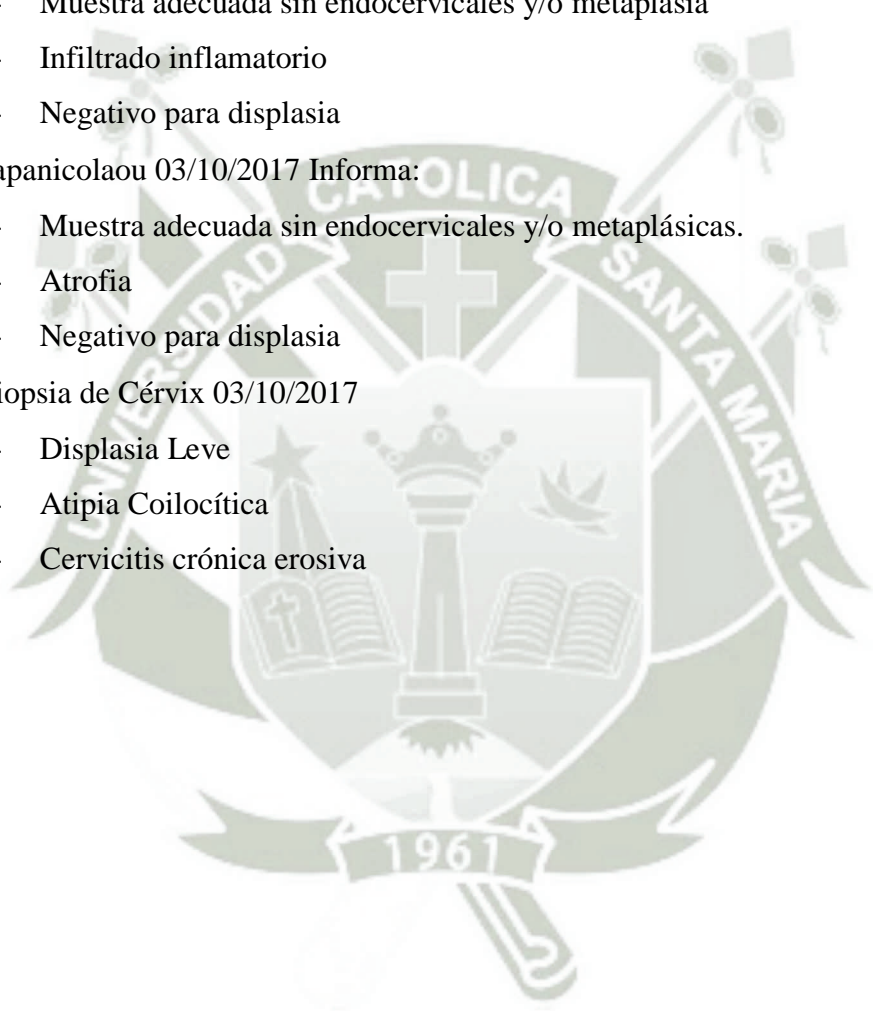
- Transaminasa TGP 49
- Transaminasa TGO: 60
- Colesterol Total: 243
- Colesterol HDL: 41.1
- Colesterol LDL. 166.8
- Triglicéridos: 175
- HIV: No reactivo
- RPR: No reactivo
- Hepatitis B No reactivo
- Sedimento Urinario: Leucocitos :0 – 1x campo, Hematíes: Negativo
Piocitos: Negativo, Cristales: Oxalatos de Calcio 1+
Ácido Úrico 2++, Cilindros: Negativo, Bacterias:
Escasas.

Patología:

Informes de los resultados de Papanicolaou y Biopsia:

- Papanicolaou del 15/06/2015 con resultado:
 - Lesión Intraepitelial de Alto Grado, Displasia Moderada, NIC II
- Papanicolaou del 01/10/2015, informa:
 - Infiltrado Inflamatorio, agudo moderado, signos de atrofia, Negativo para displasia
- Biopsia del 01/10/2017 que informa:
 - Muestra 1: Biopsia de Labio Anterior
 - Cervicitis Crónica
 - Metaplasia Escamosa Focal
 - Atipia Coilocítica
 - Muestra 2: Biopsia de Labio Posterior
 - Displasia Leve
 - Atipia Coilocíticas
 - Metaplasia Escamosa
 - Cervicitis crónica
- Biopsia de 04/11/2015 de Cono LEEP, canal endocervical

- Cono LEEP
- Displasia Leve, atipia coilocítica, metaplasia escamosa, cervicitis crónica.
- Displasia Moderada focal hacia el canal endocervical.
- Borde quirúrgico exocervical en contacto con la displasia leve.
- Borde quirúrgico endocervical libre.
- Canal endocervical
- Sin alteración histológica significativa.
- Papanicolaou 07/04/2016
 - Muestra adecuada sin endocervicales y/o metaplasia
 - Infiltrado inflamatorio
 - Negativo para displasia
- Papanicolaou 03/10/2017 Informa:
 - Muestra adecuada sin endocervicales y/o metaplásicas.
 - Atrofia
 - Negativo para displasia
- Biopsia de Cérvix 03/10/2017
 - Displasia Leve
 - Atipia Coilocítica
 - Cervicitis crónica erosiva



CAPÍTULO III

DISCUSION

La infección por el virus del papiloma humano en la mujer constituye un problema de salud pública, ya que se ha demostrado que es quien provoca el cáncer cérvico uterino en la mujer, siendo la causa predominante de mortalidad en el Perú, aun siendo una enfermedad totalmente prevenible y curable.

En el estudio del caso clínico, con lesión intraepitelial de alto grado NIC II, la paciente B.A.S., de 61 años de edad, que recibe atención del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN SUR) de Arequipa, se encuentra factores de riesgo como la multiparidad. Según Castañeda, se menciona que, mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas, de presentar lesión intraepitelial. Luego de cuatro hijos, dicho riesgo se triplica; después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces el riesgo de contraer cáncer cérvico uterino. Es decir, el riesgo se incrementa con el número de partos ⁽¹¹⁾. Sin embargo, Williams afirma que no está comprobado esta correlación y sugiere factores etiológicos asociados con la supresión inmunitaria durante el embarazo⁽⁶⁾.

Otro factor de riesgo en la paciente, en el caso clínico designado, es la iniciación de relaciones sexuales durante la adolescencia, 16 años. Según Williams y otros autores que lo corroboran, se indica como un factor de riesgo para contraer el virus del papiloma humano la edad temprana en que ocurrió el primer coito^(6,18). Además, estudios epidemiológicos dados a conocer mencionan que la neoplasia cervicouterina aumenta en las mujeres que inician relaciones sexuales durante la adolescencia puesto que en esa edad el cuello uterino es particularmente susceptible a las proteínas oncogénicas liberadas por el VPH⁽¹²⁾. Se ha demostrado que el cuello uterino es más vulnerable durante la menarquia, cuando el tejido escamocolumnar sufre metaplasia y una infección con VPH podría alcanzar el tejido basal y establecer una infección persistente⁽¹⁹⁾. En la experiencia particular, se confirma este factor, pero se ha observado que la mayoría de mujeres descartan el riesgo de adquirir una lesión intraepitelial cervical al rechazar naturalmente el virus; aspecto que también se halla documentado por varios autores⁽⁶⁾.

Según Gutiérrez, el bajo nivel cultural, escasas opciones recreativas, la existencia de altas tasas de natalidad, lo que asociado a la serie de cambios que ocurren durante el embarazo, donde la mujer se inmunodeprime, puede traducirse en una afectación inmunológica repetida que influye en la aparición de una infección más fácil, en especial con el virus del papiloma humano; además de los efectos traumáticos que sobre el cuello uterino puede producir cada parto ⁽⁷⁾, que sería la causa que facilite el ingreso del VPH a las células basales del epitelio cervical. En observaciones particulares, cuando existe desgarro en el cuello uterino luego del parto, éste debe suturarse puesto que está expuesto a la infección por VPH aunque lo habitual es que se reparen durante el parto pero, de existir un diagnóstico, éste puede producirse varios años adelante⁽²⁰⁾.

En el caso clínico mencionado, la paciente que consulta en el instituto tiene factores de riesgo para cáncer cérvico uterino, como la multiparidad, nivel socioeconómico bajo, inicio precoz de relaciones sexuales. Todo ello confirma los factores de riesgo mencionados en los puntos anteriores. Nuestra paciente es diagnosticada con NIC II, mediante la anatomía patológica, luego recibió tratamiento de Cono LEEP. Ante la persistencia de la lesión luego de dos años, se decide la histerectomía laparoscópica con ampliación a vagina.

Según Williams, las lesiones tipo NIC, tienen la capacidad de evolucionar y llegan a la forma invasora de cáncer, pero el potencial neoplásico aumenta conforme lo hace el grado del NIC. Se observó la progresión del carcinoma in-situ, en 6% de las displasias histológicamente mínimas, en 13% de las displasias moderadas y en un 29% en las displasias evidentes. Las displasias mínimas regresionaron o desaparecieron en un 62% de las pacientes ⁽⁴⁾. En el caso clínico en exposición, la paciente se halla dentro del porcentaje definido como displasia evidente, confirmando el enunciado bibliográfico.

Es importante acotar que el domicilio de la paciente se encuentra en Alto Toroya, en la provincia de San Román, Puno. El centro de salud más cercano es accesible a una hora de distancia, lo que limita considerablemente a la paciente para realizarse la muestra de Papanicolaou. Por esta razón sólo se lo realizó en tres oportunidades. Su nivel cultural y la falta de conocimiento respecto de las acciones de prevención se agregan, además, como causa externa para exponerse a la enfermedad.

En consecuencia, debido a esta condición socioeconómico baja, la paciente cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS), que brinda cobertura para la lesión intraepitelial que ella presenta y le permite acudir al IREN-SUR, para su adecuado tratamiento.



CONCLUSIONES

Primera

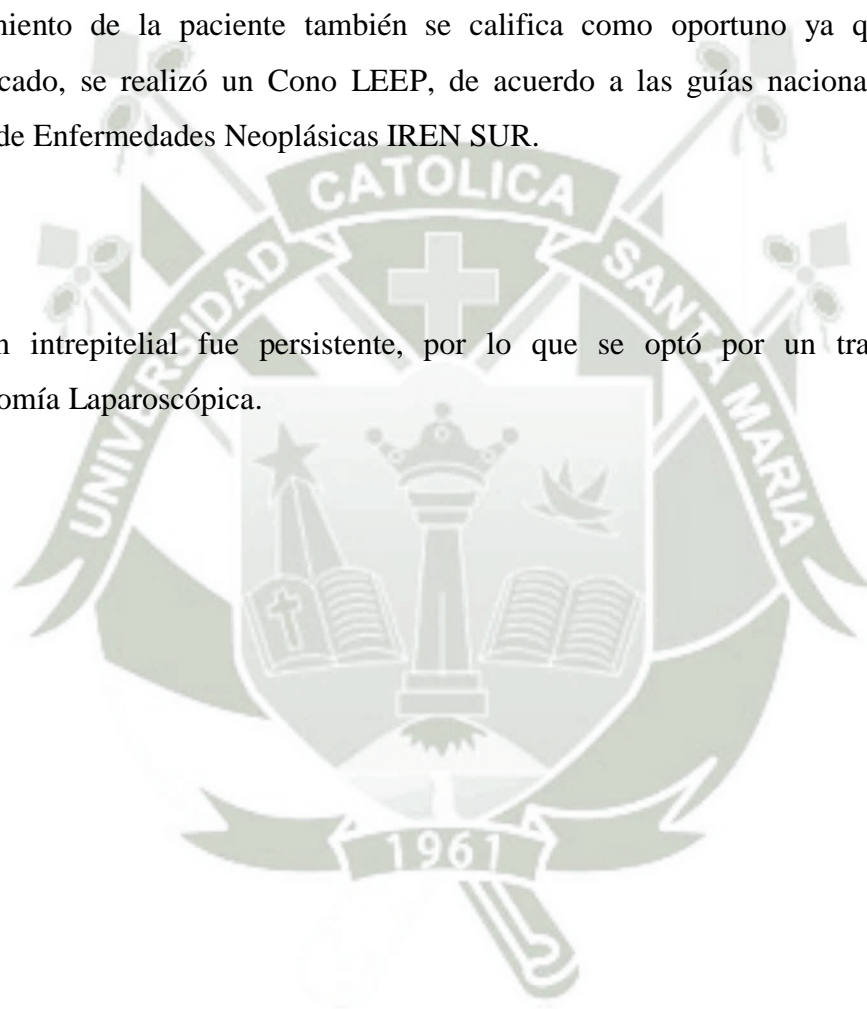
La detección de la lesión intraepitelial NIC II fue oportuna, puesto que, al realizar la tercera muestra de Papanicolaou, el diagnóstico fue definitivo a la lesión.

Segunda

El tratamiento de la paciente también se califica como oportuno ya que, una vez diagnosticado, se realizó un Cono LEEP, de acuerdo a las guías nacionales dadas en Instituto de Enfermedades Neoplásicas IREN SUR.

Tercera

La lesión intraepitelial fue persistente, por lo que se optó por un tratamiento de Histerectomía Laparoscópica.



RECOMENDACIONES

1. Debe existir una mayor y mejor accesibilidad a los servicios de salud para la detección precoz del cáncer cérvico uterino promovido por el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD). Esto significa incrementar el número de campañas orientadas a cubrir las zonas más alejadas en la región a partir de los centros de salud locales.
2. Las profesionales obstetras deben realizar un seguimiento más exhaustivo de las pacientes que han recibido tratamiento para NIC, para que el riesgo de la enfermedad no avance a cáncer cérvico-uterino o tenga lesiones recurrentes. Este seguimiento puede realizarse reforzando las visitas domiciliarias, impulsando e incrementando el número de tamizajes de Papanicolaou.
3. Implementar en los consultorios obstétricos de los centros de salud, donde se brinda prevención y tamizaje de cáncer cérvico uterino, en los niveles primarios de atención de salud, Fluxogramas de atención, según los distintos escenarios. ⁽⁵⁾.
4. El Ministerio de Salud y sus sedes regionales deben promover un mayor acceso a la información sobre comportamiento y prevención frente al cáncer cérvico uterino, tratando de llegar a las poblaciones más vulnerables, que, como hemos podido comprobar, se hallan en zonas alejadas de los centros de salud. El material informativo impreso, así como el diálogo constante durante las visitas domiciliarias serán de gran ayuda en esta promoción.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Globocan. Número de Casos, Muertes y Prevalencia de 5 años de cáncer de cuello uterino en países desarrollados vs. países en vías de desarrollo. IARC. 2012.
- (2) Casos Notificados de cáncer de cuello uterino (Perú 2006 - 2011). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica e INEN. 2010.
- (3) OGTI, MINSA. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2012.
- (4) Hoffman, Barbara, Schorge, John, Schaffer, Joseph, Halvorson, Lisa. Williams. GINECOLOGÍA 2º Ed. México. 2012.
- (5) Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 1013-2016/MINSA. 1º Ed. Junio de 2017.
- (6) Ortiz Serrano, Ricardo, Uribe Pérez, Claudia Janeth, Díaz Martínez, Luis Alfonso, Dangond Romero, Yuriko Rafael. Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 55(2). 2004.
- (7) Gutiérrez C, Alarcón E. Nivel de Pobreza Asociado al Estadio de Gravedad del Cáncer Ginecológico. Anales. Facultad de Medicina. Diciembre 2008.
- (8) Rincón, Olga, Pareja, Luis René, Jaramillo, Sergio, Aristizábal, Beatriz. Virus del Papiloma Humano, respuesta inmune y cáncer cervical: Una relación compleja. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2007 [acceso 13 de enero de 2018]. 58(3). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n3/v58n3a06.pdf> .

- (9) Vázquez Márquez, Ángela, González Aguilera, Julio César, de la Cruz Chávez Francisca, Almirall Chávez, Angel Miguel. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. v.34 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-Agosto. 2008.
- (10) Rosell Juarte Ernesto, Muñoz Dobarganes Alba, Floro Cepero Muñoz, Jorge Cardoso Hernández. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Revista Archivo Médico de Camagüey. AMC 11(1). Camagüey enero-febrero. 2007.
- (11) Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervi-couterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública. Méx 1998.
- (12) Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer, Shah KV. The causal relation between human papilloma virus and cervical cancer. J Clin. Pathol. 2002.
- (13) Resolución Ministerial N° 1013-2016-MINSA del 29 de diciembre de 2016. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino Ministerio de Salud. 2016.
- (14) DiSaia PJ, Creasman WT. Invasiva cervical cáncer in clinical Gynecologic Oncology. 7th Ed. Mosby Elsevier, Philadelphia 2007.
- (15) Partridge EE, Abu-Rstum NR, Campos SM. Cervical Cancer Screening. National comprehensive cancer network. 2010, 8:1358.
- (16) INEN – Prevención secundaria para cáncer de cuello uterino basado en IVAA y Crioterapia. Inspección Visual con Ácido Acético. 2016.
- (17) Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Control integral del Cáncer Cérvico uterino. Guía de prácticas esenciales. 2da. Ed. World Health Organization. 2016.

- (18) Braillard Pocard, Pablo Marcos, Braverman, Ariel, Nahuel Cabrera, Marcos, Chapié, Viviana Vanesa. Cáncer de Cérvix: Incidencia Según Edad y Estadio Tumoral. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 141. Enero 2005.
- (19) Sierra-Torres CH, Tying SK, Au WW. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. Int. J Gynecol Cancer. 2008.
- (20) Gómez Fernández, Julia. Patología benigna y lesiones premalignas de cérvix. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario, Virgen de las Nieves, Granada. 2007.



ANEXOS

TABLAS

Tabla N° 1

Número de Casos, Muertes y Prevalencia de 5 años de cáncer de cuello uterino en países desarrollados vs. países en vías de desarrollo

	Casos		Muertes		Prevalencia de 5 años	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
A nivel mundial	528,000	100.0%	266,000	100.0%	1,547,000	100.0%
Países desarrollados	83,000	15.7%	36,000	13.5%	289,000	18.7%
Países en vías de desarrollo	445,000	84.3%	230,000	86.5%	1,258,000	81.3%

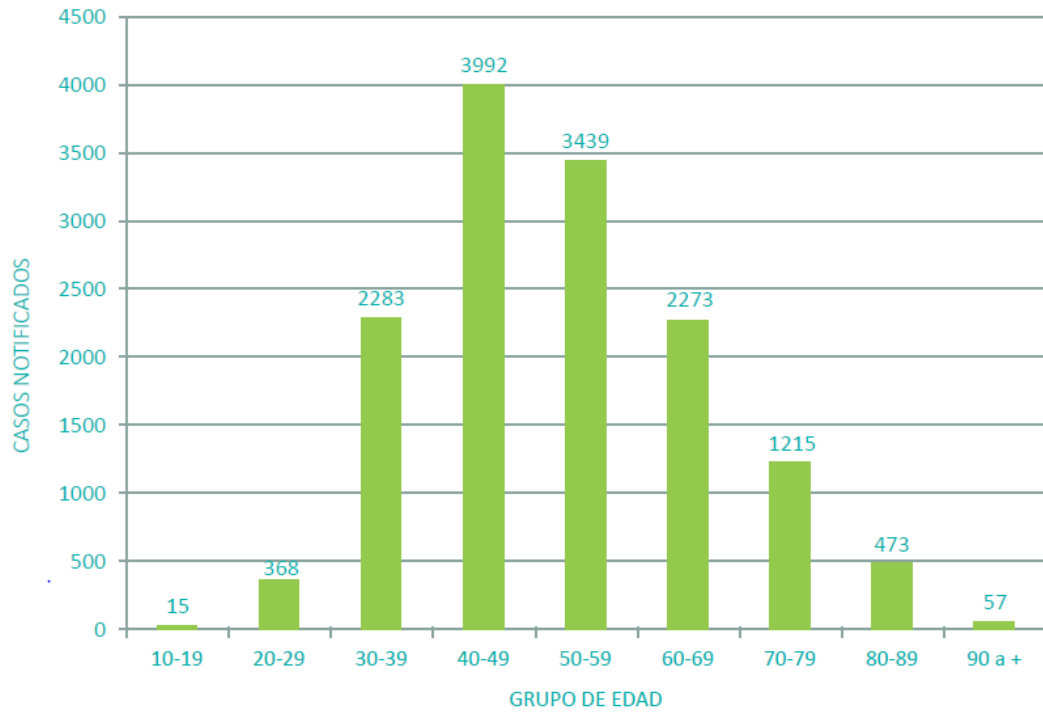
Fuente: GLOBOCAN 2012, IARC.⁽¹⁾



GRÁFICOS

Gráfico N° 1

Casos Notificados de cáncer de cuello uterino (Perú 2006 - 2011)



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Incluye datos del INEN. 2006 – 2010⁽²⁾

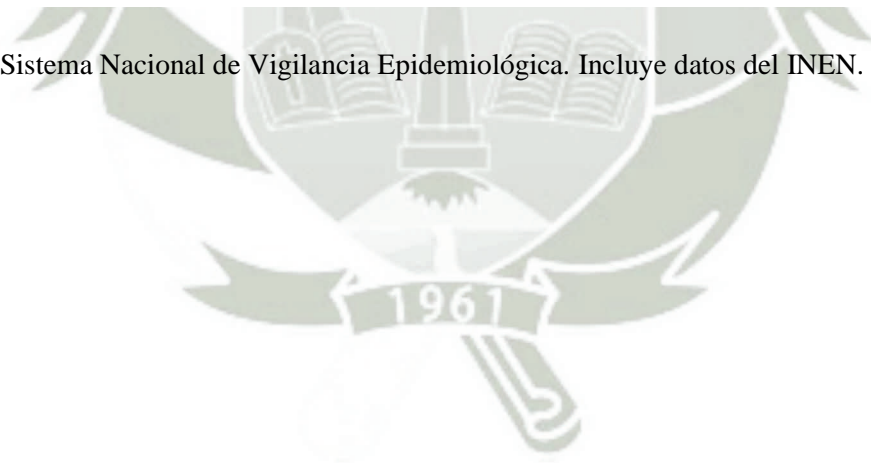
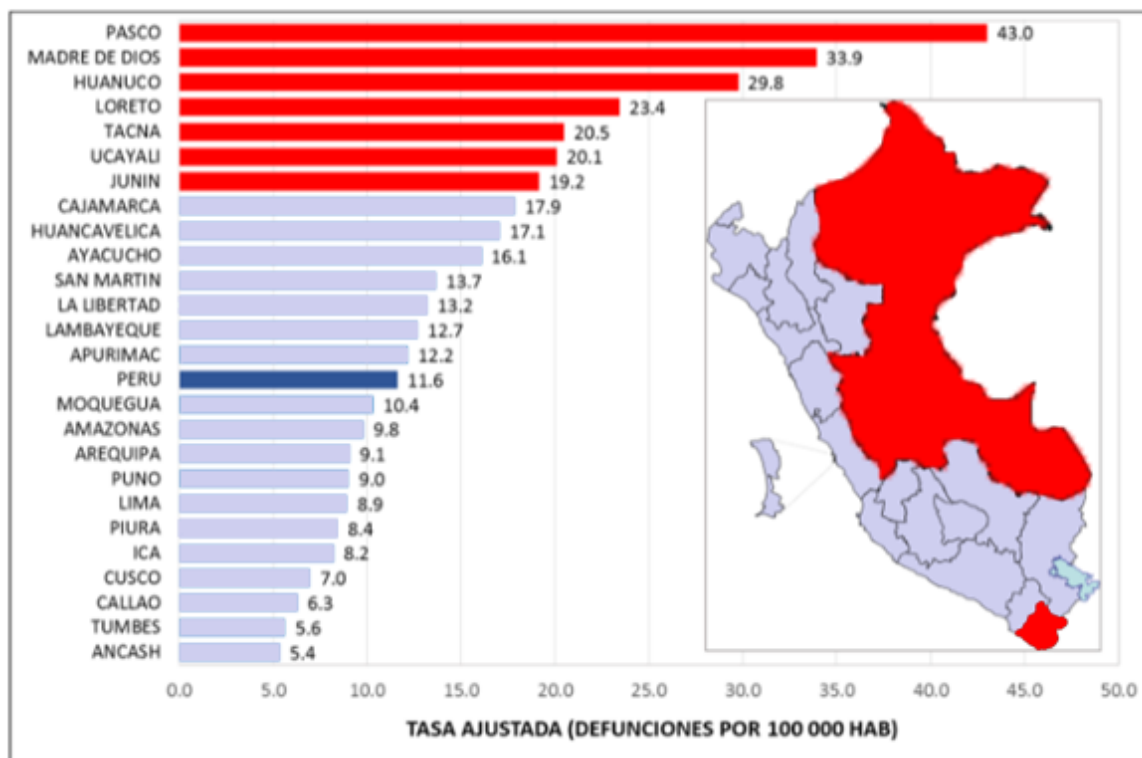


Gráfico N° 2

Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino
Perú 2012



Fuente: OGTI, MINSA. Cálculo realizado por el Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades⁽³⁾



Gráfico N° 3

Historia natural de cáncer de cuello uterino



Gráfico N° 2: Historia natural de cáncer de cuello uterino

Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino Ministerio de Salud, edición 2017⁽⁵⁾.

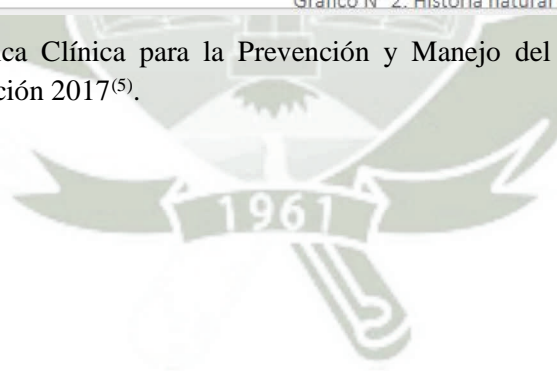
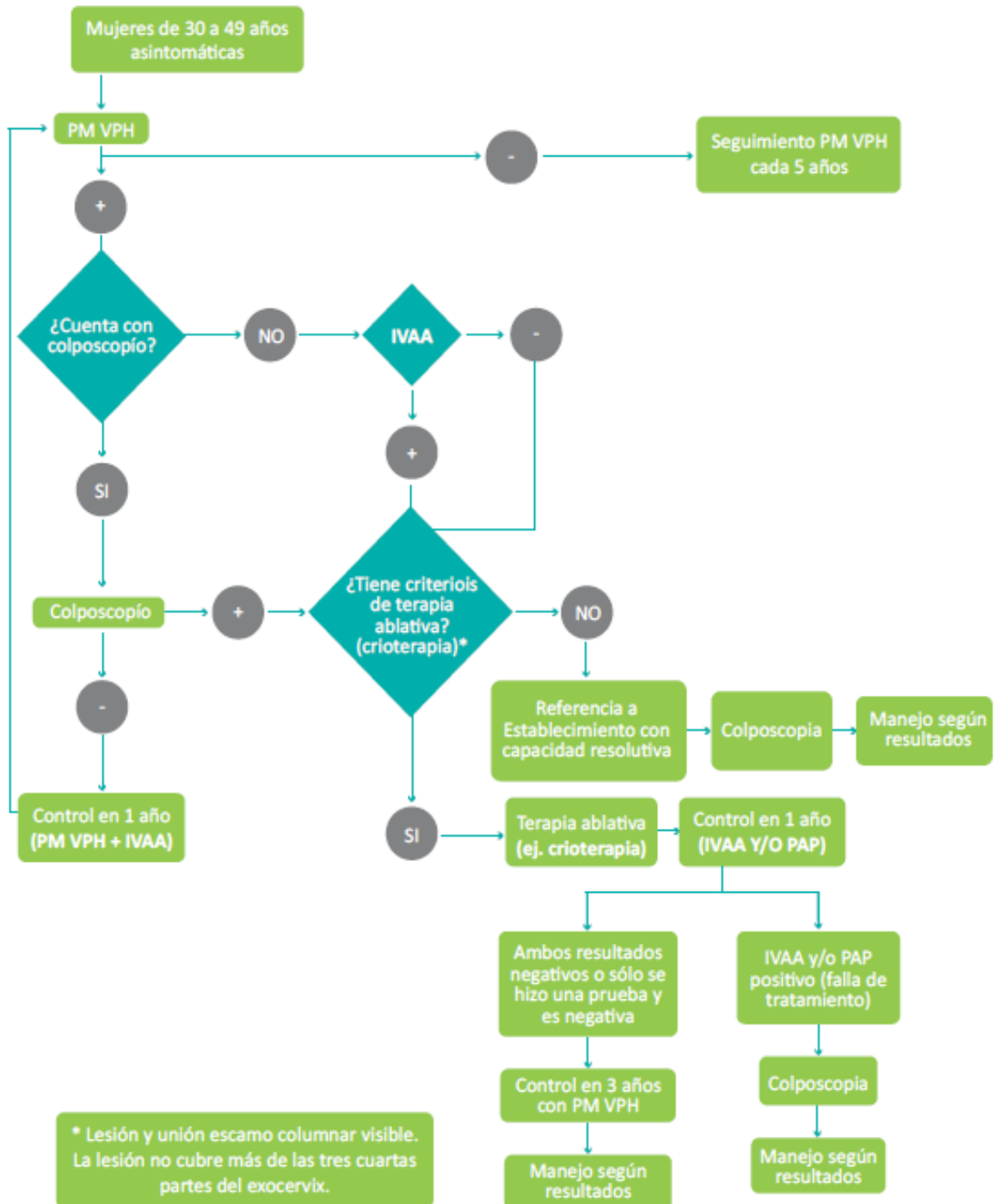


Gráfico N° 4

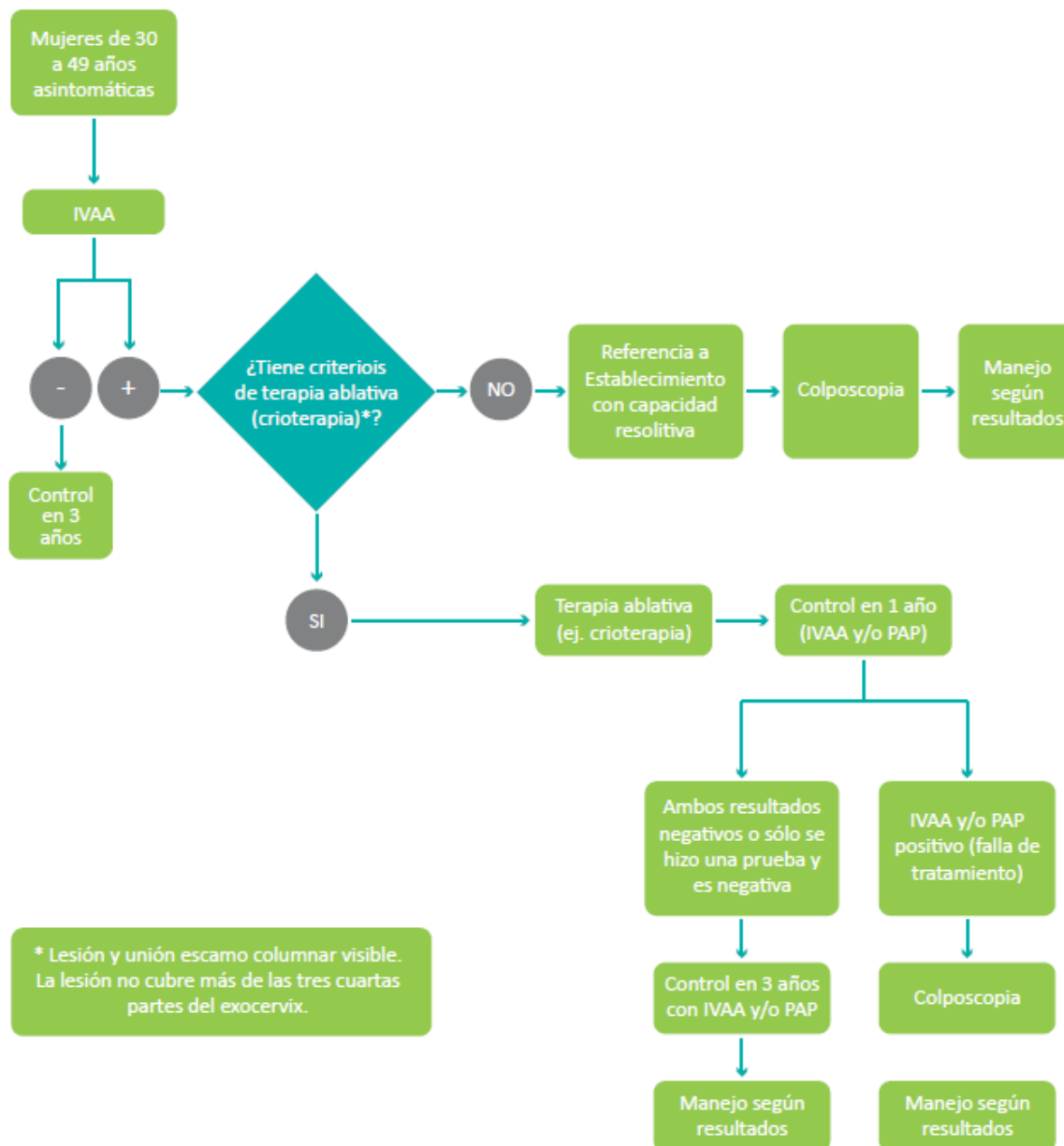
Fluxograma: Tamizaje de cáncer de cuello de útero en mujeres de 30 a 49 años con Prueba Molecular para VPH (PM VPH)



Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero⁽⁵⁾

Gráfico N° 5

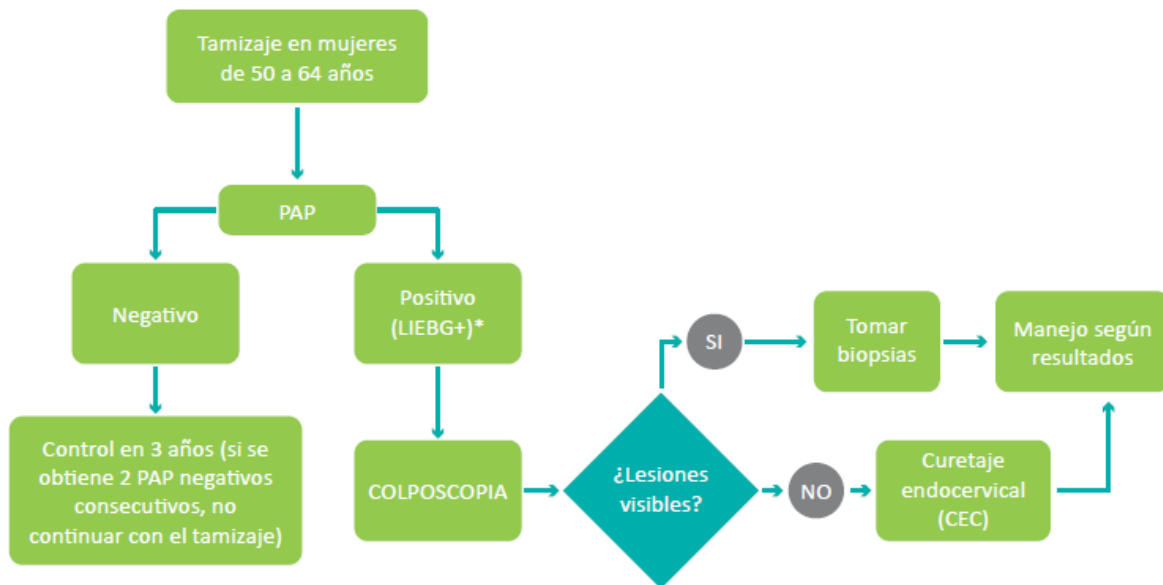
Fluxograma: Tamizaje de cáncer de cuello de útero con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres de 30 a 49 años (sin disponibilidad de PM VPH)



Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero⁽⁵⁾

Gráfico N° 6

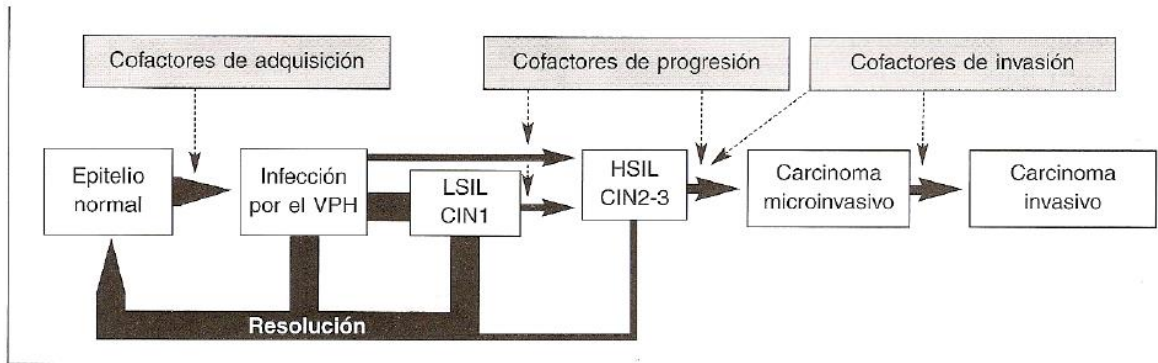
Fluxograma: Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 50 a 64 años



*LIEBG+: Lesiones intraepiteliales de Bajo grado o mayores.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero⁽⁵⁾

Gráfico N° 7
Cofactores de riesgo de infección por VPH



Fuente: Patología benigna y lesiones premalignas de cérvix. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario, Virgen de las Nieves, Granada ⁽¹⁶⁾

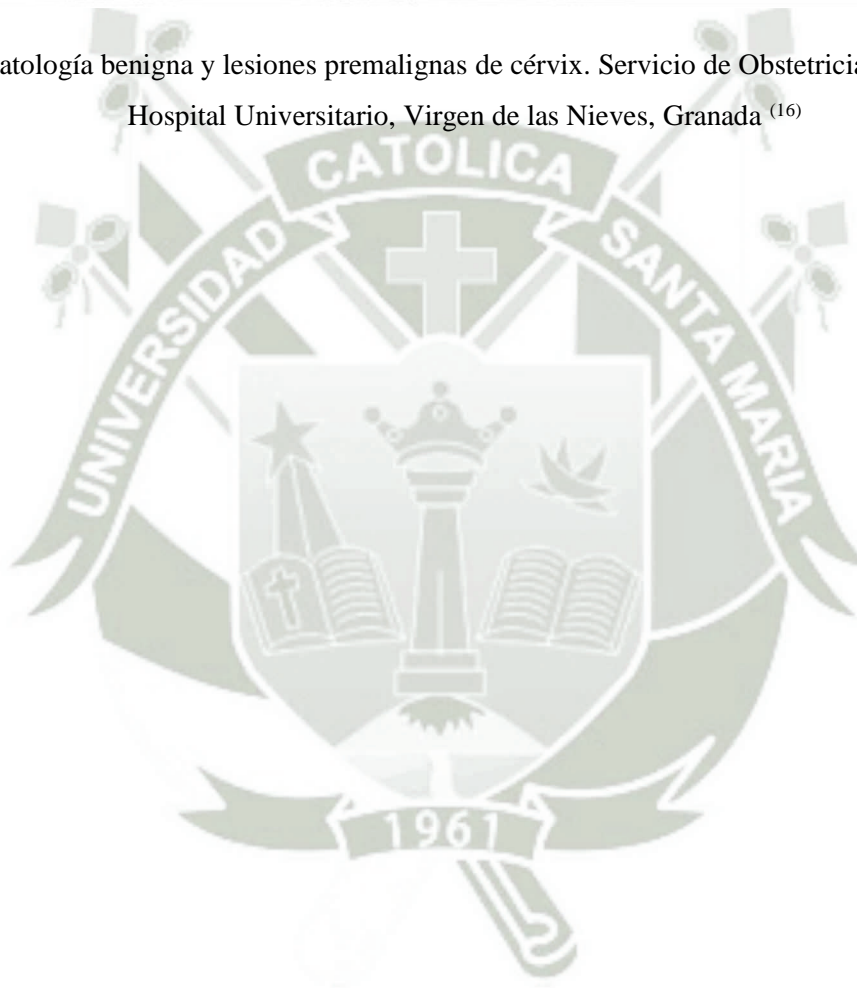
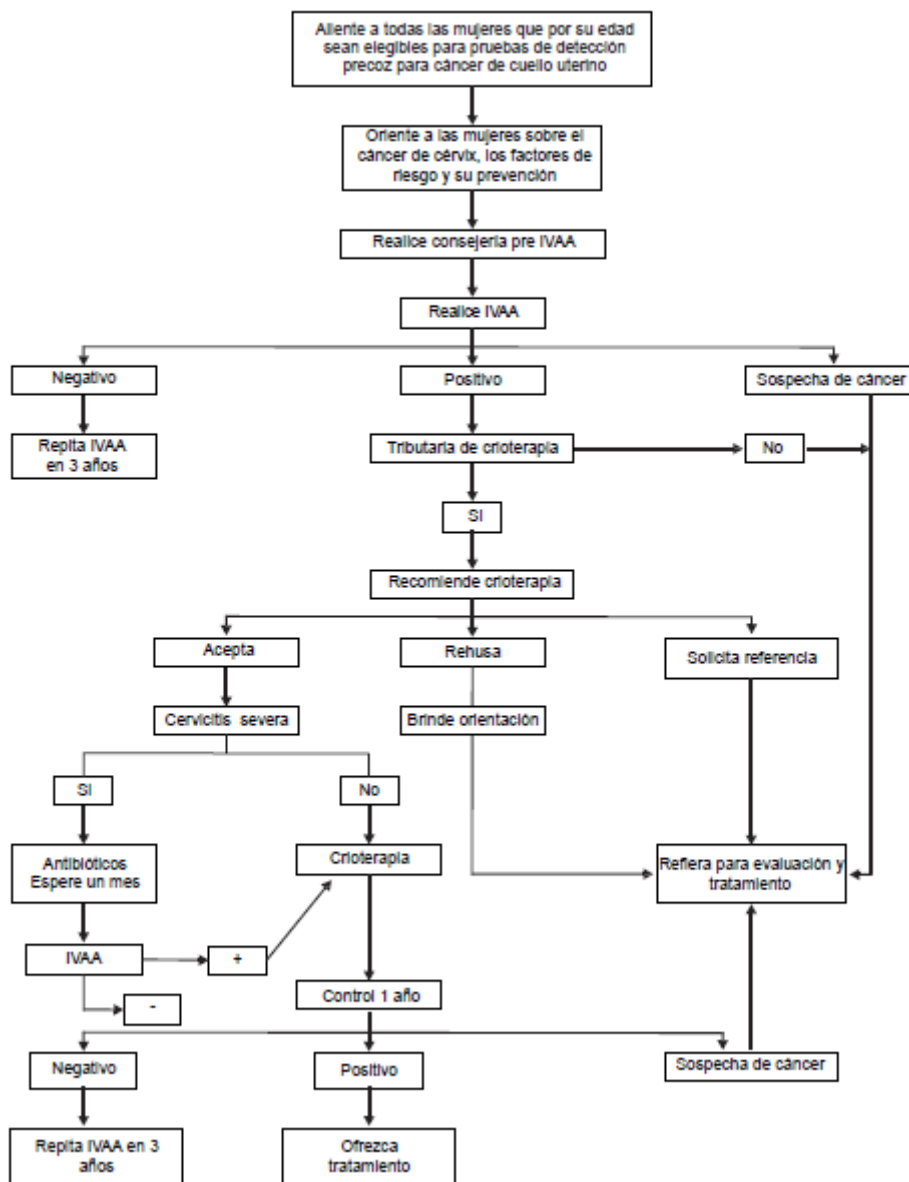

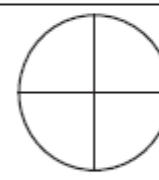
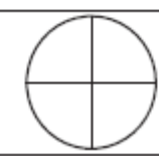


Gráfico N° 8
Prevención de cáncer de cuello uterino



Fuente: INEN⁽¹⁶⁾

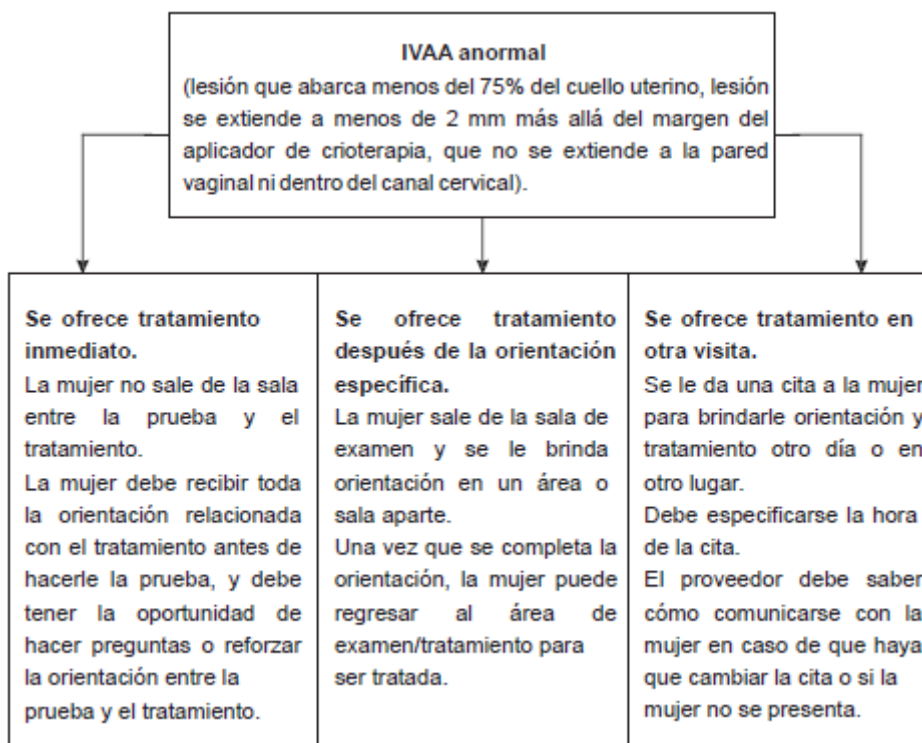
Gráfico N° 9
Formato de Reporte IVAA (Referencia y Contra-referencia)

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)															
ESTABLECIMIENTO DE LA SALUD															
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE TAMIZAJE</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	FECHA DE TAMIZAJE			Día	Mes	Año				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HISTORIA CLÍNICA</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	HISTORIA CLÍNICA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DNI</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	DNI	
FECHA DE TAMIZAJE															
Día	Mes	Año													
HISTORIA CLÍNICA															
DNI															
Apellidos y Nombres:		Edad:													
Dirección:		Teléfono:													
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS															
Menarquia: 1a R.S.: _____, 1er Embarazo: _____, N° Hijos: _____, N° de parejas sexuales: _____, FUR:															
Uso de Anticonceptivos sexuales: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo de Anticonceptivo:															
Antecedentes ITS: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo de ITS:															
N° de Tamizaje en la vida:	Año del último Tamizaje:	Resultado del último Tamizaje													
PAP ()	PAP ()	PAP _____													
IVAA ()	IVAA ()	IVAA _____													
TIPO DE EXAMEN <input type="radio"/> 1° IVAA <input type="radio"/> Control al año <input type="radio"/> Control cada tres años															
REPORTE DE IVAA															
	Borde de la unión escamocolumnar Zona aceto blanca Orificio cervical Descartar neoplasia														
		RESULTADO: Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Sospecha de cáncer <input type="radio"/>													
¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA? (solo para IVAA (+)): Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>															
OTROS DIAGNÓSTICOS: EPI <input type="checkbox"/> Condilomatosis <input type="checkbox"/> Cervicitis <input type="checkbox"/> Pólipo <input type="checkbox"/> Otros: (especificar):															
REFERENCIA Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>															
RAZÓN DE REFERENCIA: Sospecha de cáncer <input type="radio"/> Lesión extensa o lesión que se introduce al canal <input type="radio"/> Otros: (especificar): <input type="radio"/>															
SITIO DE REFERENCIA															
PRÓXIMA CITA:		FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE													
REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA															
Establecimiento de Salud: Fecha de Tamizaje: Historia clínica:		1. IVAA positiva no confirmada <input type="radio"/> 2. IVAA positiva confirmada tributario para crioterapia <input type="radio"/> 3. IVAA positiva confirmada y y crioterapia postergada <input type="radio"/> 4. IVAA positiva confirmada no tributario para crioterapia. Referida <input type="radio"/>													

Fuente: INEN⁽¹⁶⁾

Gráfico N° 10

Posibles vínculos entre la prueba de IVAA y el tratamiento



Fuente: INEN⁽¹⁶⁾

