

11217-
408 227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

S. S. A.

Handwritten signatures:
Vob
[Signature]
C. [Signature]



HOSPITAL GENERAL MEXICALI
S. S. A.
MEXICALI, B. C.

**PESIS CON
VALA DE CREDITO**

MEXICALI, B. C.

FEBRERO 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

| | PAGINA |
|--|----------|
| I.- HISTORIA | 1 |
| II.- ACTUALIDAD | 4 |
| III.- HIPOTESIS DEL TRABAJO | 15 |
| IV.- MATERIAL Y METODOS | 15 |
| V.- RESULTADOS | 17 |
| VI.- PROCESO DE BIOPSIA CONICA TRANS- OPERATORIA EN PATOLOGIA | 32 |
| VII.- COSTOS | 33 |
| VIII.- DISCUSION | 34 |
| IX.- CONCLUSIONES | 36 |
| X.- BIBLIOGRAFIA | 40 |

CONO-HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO

COMO MANEJO PARA NIC 2,3 Y/O DISPLASIA SEVERA Y CACU ESTADIO 0

H I S T O R I A

CARCINOMA IN SITU DEL CERVIX FUE DESCRITO PRIMERAMENTE POR J. WILLIAMS EN UNA CLASE EN HARVARD EN 1886 (7) EN DONDE DIJO "ESTA ES LA CONDICION MAS TEMPRANA SIN DUDA DE CANCER EN LA PORTIO VAGINALIS QUE YO ME HE ENCONTRADO Y ES LA ETAPA MAS TEMPRANA RECONOCIBLE COMO CANCER. ES SUPERFICIAL Y PERMANECE SUPERFICIAL POR UN PERIODO DE TIEMPO MUY LARGO".

MAS TARDE CULLEN EN 1900, SCHAUENSTEIN EN 1908 Y SCHOTTLANDE Y KERMAUNER EN 1912 (7) DESCRIBIERON CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU EN LA PERIFERIA DE CARCINOMA INVASOR.

CARCINOMA IN SITU PERMANECIO UNA ENTIDAD DIAGNOSTICA RARA HASTA QUE PAPANICOLAOU PUBLICO SU TRABAJO EN SU ESTUDIO DE CITOLOGIA EN 1941 (7) SIN EMBARGO LA GRAN IMPORTANCIA DE ESTE TRABAJO NO FUE RECONOCIDO SINO HASTA PRINCIPIOS DE LOS AÑOS CINCUENTAS EN LOS ESTADOS UNIDOS Y AL FINAL DE LOS AÑOS CINCUENTAS EN EUROPA.

ESTO DIO LUGAR A REVISAR LA LITERATURA Y MODOS DE TRATAMIENTO EN LOS DIFERENTES PAISES DEL GLOBO TERRAQUEO Y COMO TRATAMIENTO PARA EL -- CARCINOMA PREINVASOR EN LOS ESTADOS UNIDOS GALVIN Y TE LINDE EN 1949 RECOMENDARON REALIZAR UNA HISTERECTOMIA RADICAL TIPO WERTHEIM MODIFICADA CON REMOCION DE 2 CM. DE PARAMETRIO DE CADA LADO Y ADEMAS DE UN BUEN RODETE VAGINAL OMITIENDO SIMPLEMENTE LA DISECCION DE LINFADENECTOMIA DEJANDO UN OVARIO EN MUJERES JOVENES COMO TRATAMIENTO PARA EL CARCINOMA IN SITU (7), -- SIENDO CRITICADOS POR SU CONSERVATIVISMO. SIN EMBARGO SU ARTICULO INICIO UN DEBATE EL CUAL EN LA ACTUALIDAD AUN PERSISTE, INTENTANDO ENCONTRAR EL MANEJO OPTIMO PARA EL CARCINOMA IN SITU.

EN 1952 GRAHAM Y MEIGS DECLARARON QUE NO ERA NECESARIO LA EXTIRPACION DE PARAMETRIOS FINALIZANDO ASI EL DEBATE EN CUANTO A ESTO (7).

A PARTIR ENTONCES DE 1952 UNA SIMPLE HISTERECTOMIA (VAGINAL O ABDOMINAL) CON O SIN MANGUITO O RODETE VAGINAL VINO A SER EL TRATAMIENTO MAS COMUN EN LOS ESTADOS UNIDOS (7).

LOS PRIMEROS EN PROPONER QUE EL CONO LIBRE DE MARGENES DE CELULAS ATIPICAS ERA TRATAMIENTO SUFICIENTE PARA CARCINOMA IN SITU INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD Y DESEO DE FUTURA FAMILIA FUERON ENTERLINE Y KRIEGER Y MCCORMACK (7) ESTO DESDE EL AÑO DE 1963. SU PROPOSICION URGIO A VARIOS INVESTIGADORES A ESTUDIAR LA FRECUENCIA DE LA PERSISTENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LOS ESPECIMENES DE HISTERECTOMIA DESPUES DE CONIZACION (7) REPORTANDOSE VALORES -- QUE VAN DESDE 10% Y 70% (7).

CANADA. EN 1949 FUE EL PRIMER LUGAR EN EL MUNDO QUE INICIO EL ESTUDIO DE CITOLOGIA MASIVA EN LA POBLACION FEMENINA.

LA CONIZACION EN PACIENTES CON CARCINOMA IN SITU PERO LIBRES SUS MARGENES DE CELULAS ATIPICAS FUE RECOMENDADO COMO TRATAMIENTO SUFICIENTE EN MUJERES FERTILES INDEPENDIENTEMENTE DE SU EDAD (7). SIN EMBARGO EN LA PRACTICA EL 75% DE DICHAS MUJERES ERAN MANEJADAS MEDIANTE HISTERECTOMIA SIMPLE. RECIENTEMENTE LO QUE SE UTILIZA SON METODOS DESTRUCTORES DE TEJIDO (7).

NUEVA ZELANDIA Y AUSTRALIA. ESTOS DOS PAISES TEMPRANAMENTE DESARROLLARON UNA ACTITUD CONSERVADORA CON RESPECTO AL MANEJO DEL CARCINOMA IN SITU CONCLUYENDO QUE LA CONIZACION ERA SUFICIENTE MANEJO PARA EL MISMO. EN LOS AÑOS SESENTAS ERA EL MANEJO DE ELECCION EN AUSTRALIA (7).

INGLATERRA. EN LOS AÑOS SESENTAS Y SETENTAS SOLAMENTE UNA MINORIA PREFERIA LA CONIZACION CON MARGENES LIBRES COMO UNICO TRATAMIENTO PARA CARCINOMA IN SITU (7). EL MANEJO STANDAR ERA HISTERECTOMIA E INCLUSIVE HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA CON RODETE VAGINAL. SIN EMBARGO A FINES DE LOS AÑOS SETENTAS LA CONIZACION SE HIZO MAS POPULAR (7) ASI COMO LOS METODOS DESTRUCTORES DE TEJIDOS.

CONTINENTES EUROPEOS. CASI DESDE EL PRINCIPIO DE LOS AÑOS CINCUENTAS LA CONIZACION FUE RECONOCIDA Y PRACTICADA COMO TRATAMIENTO SUFICIENTE EN EL CARCINOMA IN SITU (7).

ALREDEDOR DE 1973, SE INICIO UN DEBATE PARA VER SI LA CONIZACION ERA UN SOBRE-MANEJO PARA EL CARCINOMA IN SITU (7) DESDE ESE ENTONCES EXCISION LOCAL, ELECTROCOAGULACION, CRIOCIROUGIA, ASI COMO LASER HAN SIDO UTILIZADOS EN LOS CASOS SELECCIONADOS (7).

EN MEXICO EL DOCTOR FRANCISCO TENORIO ANOTA COMO TRATAMIENTO DEL NIC 3 EN ENFERMAS NO EMBARAZADAS, REALIZA CONIZACION CERVICAL COMO MEDIDA DIAGNOSTICA Y DESCARTAR ASI LA EXISTENCIA DE CARCINOMA INVASOR, ANOTA EL QUE SI BIEN ESTE TIPO DE TRATAMIENTO (CONO) ES CAPAZ DE EXTIRPAR LA NEOPLASIA LOCALIZADA EN LA ZONA PERIORIFICIAL, EN EL AREA DE CONJUNCION DE LOS EPITELIOS Y EN LA PORCION BAJA DEL ENDOCERVIX, PERO QUE SI EL CARCINOMA ESTA FUERA DE ESTAS ZONAS QUEDARA RESIDUAL, DANDO DESDE UN 5% A 40% SEGUN DIFERENTES ESTADISTICAS ESTA PROPORCION. POR LO QUE EL DICE QUE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL O VAGINAL ES EL MEJOR TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN SITU, YA QUE EXTIRPA TODAS LAS ZONAS POSIBLES DE ASIENTO DE LA NEOPLASIA Y POR LO MISMO PROPORCIONA EL 100% DE CURACION. DICE QUE PARA QUE ASI SEA DEBE DE INCLUIRSE EL TERCIO SUPERIOR DE LA VAGINA, PERO NO ES NECESARIO EXTIRPAR LOS OVARIOS. EL INCONVENIENTE ES QUE TIENE MAYOR MORBILIDAD QUE LA CONIZACION E IMPIDE TAMBIEN FUTUROS EMBARAZOS. DICE QUE DEBE PRACTICARSE ESPECIFICAMENTE EN EL CARCINOMA MULTICENTRICO NO EXTIRPABLE POR LA CONIZACION, EN LAS ENFERMAS EN LAS QUE NO ES POSIBLE SEGUIR CONTROL CITOLOGICO DESPUES DE LA CONIZACION Y CUANDO HAY RECURRENCIA O PERSISTENCIA DE CARCINOMA IN SITU DESPUES DE LA CONIZACION (28).

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, S.S.A. EN UN ESTUDIO EFECTUADO EN ESTE CENTRO HOSPITALARIO MOTIVO DE TESIS, EN EL CUAL SE EFECTUO CONIZACION CERVICAL A 83 PACIENTES, DE ESTAS, NUEVE EL DIAGNOSTICO FUE DISPLASIA SEVERA Y EN DIEZ Y SEIS CASOS SE REPORTO CARCINOMA IN SITU. EN 63 PACIENTES LA CONIZACION FUE EL TRATAMIENTO DEFINITIVO. CABE MENCIONAR QUE EL ESTUDIO ABARCO PACIENTES CON DISPLASIA LEVE HASTA CARCINOMA INVASOR DEL CERVIX.

DE LAS PACIENTES CON CANCER IN SITU EN QUIENES SE EFECTUO HISTERECTOMIA SIMPLE EXTRA FACIAL, EN TRES CASOS SE ENCONTRO PERSISTENCIA DEL TUMOR EN EL CERVIX RESIDUAL A LA CONIZACION; EN DOS SE REPORTO CARCINOMA IN SITU Y EN UNO MICROINVASOR. EL RESTO DE LAS PIEZAS SIN TUMOR RESIDUAL (27).

ACTUALIDAD

DESDE LAS COMUNICACIONES DE RICHARDT (25,26) SE DIO IMPORTANCIA AL CONCEPTO DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL QUE ENLOBA LAS DISPLASIAS Y - AL CARCINOMA CERVICAL IN SITU.

LA CLASIFICACION ARBITRARIA DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL - EN GRADOS 1,2, Y 3 SE DICE QUE ES CUESTIONABLE Y QUE MUCHOS PATOLOGOS PREFEREN PENSAR QUE LOS CAMBIOS DEL NIC SON COMO UN ESPECTRO CONTINUO EN DONDE -- CUANDO SE PRESENTAN CAMBIOS LEVES (NIC 1) LA LESION PUEDE TENER UNA REGRESION SIN EMBARGO UNA PROPORCION SIGNIFICATIVA DEL NIC 3 TIENE UN POTENCIAL MUY -- GRANDE PARA MAS TARDE DESARROLLAR CARCINOMA INVASOR DEL CERVIX.

LA CONTROVERSA ALREDEDOR DEL NIC EN CUANTO A QUE PROPORCION PROGRESARA HACIA UNA LESION MAYOR Y EL LAPSO DE TIEMPO EN QUE ESTO OCURRA AUN - PERSISTE EN NUESTROS TIEMPOS (16,28).

LANGLEY EN 1976, ESTIMO QUE ENTRE 6 Y 20 ANOS SE REQUIEREN PARA -- QUE UNA LESION (NIC) PROGRESE A CANCER (16). SIN EMBARGO ASHLEY (1966) DECIDIÓ QUE ALGUNOS TUMORES CRECEN TAN RAPIDAMENTE QUE INCLUSIVE NO ES POSIBLE - DETECTAR O RECONOCER UN ESTADIO IN SITU. RECIENTEMENTE PATERSON Y COLABORADORES (1984) EN UN ESTUDIO INGLÉS MOSTRARON QUE DE 312 MUJERES CON CANCER INVASOR DEL CERVIX TENIAN CITOLOGIAS NEGATIVAS DIEZ ANOS ANTES DE SU DIAGNOSTICO 56 TENIAN CITOLOGIAS POSITIVAS SOLAMENTE TRES ANOS ANTES DE DESARROLLARLO. - ESTO SUGIERE QUE LA PROGRESION A CANCER PUEDE OCURRIR A UNA VELOCIDAD MUCHO MAS RAPIDA QUE LO QUE SE HA SUGERIDO Y ACEPTADO ANTERIORMENTE (16).

LOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS DE LAS DISPLASIAS REVELAN DATOS MUY SIGNIFICATIVOS PARA SU MEJOR CONOCIMIENTO QUE PUEDEN SER APLICABLES EN LA PRACTICA CLINICA. UNO DE ESTOS ESTUDIOS SEGUIDO SOLO POR CITOLOGIA CERVICOVAGINAL LA FRECUENCIA DE PROGRESION HACIA CARCINOMA IN SITU FUE DE 6.2% PARA LA DISPLASIA LEVE, 12.9% PARA LA DISPLASIA MODERADA Y 29.1% EN LA SEVERA. EN - 400 CASOS DE DISPLASIA DIAGNOSTICADOS POR BIOPSIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL SE ENCONTRO DESAPARICION EN 60%, PERSISTENCIA EN 15% Y PROGRESION A CARCINOMA EN 13% (28); DE ESTOS CASOS QUE PRO-

GRESARON A CARCINOMA EL 90% FUE INTRAEPITELIAL, Y EL 10% MICROINVASOR. POR LO QUE EN CONCLUSION, ESTO APOYA QUE LA DISPLASIA ES LA PRIMERA ETAPA HISTOLOGICAMENTE DEMOSTRABLE DEL PROCESO CARCINOGENETICO DEL CERVIX.

APARENTEMENTE LA DIFERENCIA ENTRE DISPLASIA Y CARCINOMA IN SITU ES, CONSECUENTEMENTE CUANTITATIVA, POR ESTE MOTIVO FUE QUE SE CAMBIO EL CONCEPTO TRADICIONAL POR EL DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC), EL CUAL CONSIDERA QUE LAS LESIONES (HIPERPLASIAS) PRECURSORAS DEL CARCINOMA DEL CERVIX, SON UN PROCESO CONTINUO QUE, COLPOSCOPICAMENTE, PUEDEN DIAGNOSTICARSE EN DIFERENTES FASES CUYA DELIMITACION NO PUEDE SER PRECISA, ASI LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRADO 1 (NIC 1) CITOLOGICAMENTE CORRESPONDE A LA DISPLASIA LEVE; LA NIC 2, A LAS DISPLASIAS MODERADAS A SEVERA, Y LA NIC 3 A LA DISPLASIA SEVERA Y AL CARCINOMA IN SITU (28).

QUE LESIONES DEBEN SER TRATADAS ?

PARECE PRUDENTE CONSIDERAR LAS LESIONES NIC 2 Y 3 COMO LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS Y POR LO TANTO SOMETERLAS A TRATAMIENTO.

EN 1981 FU ET AL SUGIRIERON QUE LA EVIDENCIA DE LOS NIVELES PLOIDEOS DEL DNA PODIAN SER BENEFICOS PARA SABER CUAL LESION EVOLUCIONARIA HACIA MALIGNIDAD, Y CUAL NO. REFIEREN ELLOS QUE ALREDEDOR DEL 80% DE LESIONES TIPO NIC 3 SON ANEUPLOIDES Y POR LO TANTO TIENEN MAYOR POTENCIAL DE MALIGNIDAD COMPARADAS CON POLIPLOIDES O DIPLOIDES (16), SIN EMBARGO ESTAS TECNICAS GENERALMENTE NO SE ENCUENTRAN AL ALCANCE DEL CLINICO POR LO TANTO SON IMPRACTICAS PARA SU USO EN ESTOS DIAS.

RECIENTEMENTE (29) SE HA CONSIDERADO LA PRESENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA (SUB-TIPOS SEROLOGICOS 16 Y 18) DE ALTO RIESGO, POR LO QUE LA PRESENCIA DE ESTOS DEBE INCLUIRSE COMO CRITERIO PARA HISTERECTOMIA.

METODOS A UTILIZAR, RADICAL O CONSERVADOR ?

NO SE PUEDE DUDAR QUE SI SE UTILIZA UN METODO RADICAL PARA REMOSION DE LESIONES PREMALIGNAS, YA SEA MEDIANTE CONO O HISTERECTOMIA, ESTAS DOS TECNICAS REPRESENTAN LA FORMA MAS SEGURA. SIN EMBARGO SE REFIEREN A

SEGURIDAD EN CUANTO A QUE ESTOS METODOS CONFIEREN UN RIESGO BAJO PARA EL -
DESARROLLO DE MALIGNIDAD SUBSECUENTE. SIN EMBARGO SI UNO PUDIESE SELECCIO-
NAR AL PACIENTE Y UTILIZANDO EL COLPOSCOPIO UNO PUDIESE ASEGURAR:

- 1.- QUE LA TOTALIDAD DE LA LESIÓN PUDIESE SER VISUALIZADA Y SU EXTENSIÓN SUPERIOR CLARAMENTE NOTADA.
- 2.- QUE LA LESIÓN OBSERVADA POR EL COLPOSCOPISTA NO ES SUGESTIVA DE INVASIÓN INICIAL POR EL CÁNCER.
- 3.- QUE LA CITOLOGÍA Y LA HISTOLOGÍA CORRESPONDAN.
- 4.- QUE SI LA BIOPSIA MUESTRA LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD INVASORA, NO IMPORTA QUE TAN INICIAL SEA, SE REALIZARA CONIZACIÓN BIOPSIA.

SIGUIENDO ESTOS REQUISITOS MANDATORIOS ENTONCES ESTARIAMOS EN -
CONDICIONES DE PODER UTILIZAR TÉCNICAS CONSERVADORAS DE MANEJO TALES COMO
CRIOCIRUGIA, ELECTRODIATERMIA, COAGULACIÓN EN FRÍO Y/O LA DESTRUCCIÓN CELU-
LAR MEDIANTE EL LASER CON BÍOXIDO DE CARBONO.

LOS RESULTADOS QUE REPORTA LA LITERATURA (16) CON CRIOCIRUGIA -
EN EL MANEJO DEL NIC VARIAN DE REPORTE A REPORTE Y EN LA REVISIÓN DE CHAR-
LES Y SAVAGE EN 1980 REPORTAN ÉXITO QUE VA EN RANGOS DESDE 27% A 96%. OS--
TERGAR (1980) REPORTÓ 38.8% DE FALLA EN EL MANEJO DEL CARCINOMA IN SITU --
CON ESTE MÉTODO Y ENFATIZÓ QUE LA CRIOCIRUGIA NO ERA UN MÉTODO ACEPTABLE -
EN EL TRATAMIENTO DEL NIC 3, LLEVANDO ESTO A GINECÓLOGOS A LA CONCLUSIÓN -
DE QUE LA CRIOCIRUGIA ES UN MÉTODO SIMPLE, BARATO, PERO QUE ESTA MODALIDAD
DE TRATAMIENTO ERA SOLAMENTE PARA LESIONES TIPO NIC 1 Y SI ACASO NIC 2 INI-
CIAL. CONEY ET AL (1983) EN UNA REVISIÓN DE 240 PACIENTES CON BIOPSIA CON
FIRMADA (NIC INICIAL), REPORTÓ UNA CURACIÓN DE 89%; CON UNA CURACIÓN DE --
HASTA 97% EN AQUELLOS PACIENTES EN QUIENES EL SISTEMA HABÍA FALLADO DE PRI-
MERA INTENCIÓN (16).

LA EFICACIA EN RELACIÓN DE LA CRIOCIRUGIA CON OTRAS TÉCNICAS SE
MUESTRA EN LA TABLA NÚMERO 1.

EL METODO DEL USO DE ELECTROCOAGULACION DIATERMIA EN LA DESTRUCCION FISICA DE LA LESION PRECANCEROSA CERVICAL UTILIZANDO EL CALOR PARA DESTRUIR - EL TEJIDO DEBE DE SER OBSERVADO ESTRICTAMENTE.

EL CALOR ESTIMULA UN EXUDADO MUCOSO PROVENIENTE DE LAS CRIPTAS GLANDULARES, APLICANDOSE EL CALOR HASTA QUE NO HAYA MAS SALIDA DE DICHO MOCO ASEGURANDO ASI LA PROFUNDIDAD REQUERIDA PARA LA DESTRUCCION DEL TEJIDO.

RESULTADOS. CHANEN Y ROME (1983) REVISARON 15 AÑOS DE EXPERIENCIA CON ESTE METODO DE MANEJO UTILIZADO EN 1864 PACIENTES QUIENES CONTABAN CON REPORTE HISTOLOGICO DE SER PORTADORES DE NIC EN DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD. NIC SE ERRADICO EN 97.3% Y NO SE DEMOSTRO PROGRESION HACIA CARCINOMA INVASOR.

METODO DE COAGULACION "FRIO". INVOLUCRA LA APLICACION DE TEFLON -- APLICADO AL TEJIDO CERVICAL A TRAVEZ DEL CUAL SE GENERA CALOR Y ASI LA LESION ES DESTRUIDA.

RESULTADOS. EL GRUPO DUNDEE (DUNCAN 1983) REPORTO 95% DE CURABILIDAD PARA NIC 3.

METODO DE LASER "LIGHT AMPLIFICATION BY STIMULATED EMISSION OR RADIATION" UTILIZANDO BIOXIDO DE CARBONO.

SE DICE QUE EN LA ACTUALIDAD ES UNO DE LOS METODOS MAS AMPLIAMENTE ACEPTADOS COMO UNO DE LOS MAS EFECTIVOS EN EL TRATAMIENTO DEL NIC (SINGER Y WALKER 1982) (16) EL LASER CONVIERTE ENERGIA COMO TAL, CALOR, LUZ O ELECTRICIDAD EN ENERGIA RADIANTE CON UNA LONGITUD DE ONDA ESPECIFICA DETERMINADA POR EL TIPO DE LASER (16). EL LASER DE BIOXIDO DE CARBONO QUE ES EL MAS UTILIZADO EN GINECOLOGIA, PRODUCE ENERGIA CON UNA LONGITUD DE ONDA DE 10.6 μ m ESTA ENERGIA MEDIANTE UNOS LENTES PUEDE SER ENFOCADA EN UNA AREA DE 1.5 A 2 mm DE DIAMETRO. CUALQUIER TEJIDO QUE ESTE EN EL PUNTO FOCAL DEL LASER ES VAPORIZADO A LA VELOCIDAD DE LA LUZ. EL PROPIO LASER ESTA UNIDO A UN COLPOSCOPIO ASI ES QUE EL AREA QUE SERA DESTRUIDA EN TODO MOMENTO ESTA BAJO LA VISION DIRECTA DE LA PERSONA TRATANTE.

RESULTADOS. SE DICE QUE TIENE CONSIDERABLES VENTAJAS INDEPENDIENTE-

MENTE DE LO COSTOSO DE LA INVERSION INICIAL EN EL EQUIPO. LA CURACION QUE SE ANOTA DE ACUERDO A LA TABLA NUMERO 1 VA ALREDEDOR DEL 95% DESPUES DE UNA APLICACION. DESVENTAJAS ? QUE AUN NO SE HA PODIDO EVALUAR UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO (16).

ES EVIDENTE ENTONCES QUE LO IDEAL SERIA QUE NINGUNA MUJER QUE RE- QUIERA TRATAMIENTO NO SE LE PROPORCIONASE SIN QUE ANTES SE OBSERVARA SU CERVIX MEDIANTE COLPOSCOPIA Y ESTO TAMBIEN APLICABLE NO NADA MAS A METODOS CONSERVADORES SINO TAMBIEN A AQUELLOS EN QUE SE DECIDE REALIZAR CIRUGIA PARA EL MANEJO DEL NIC.

LO QUE AHORA SE CONOCE COMO BIOPSIA CONICA DEL CERVIX FUE DESCRITO PRIMERAMENTE POR LISFRANC (1815) QUIEN REMOVIO UN BLOQUE DE TEJIDO QUE INCLUIA DESDE EL MARGEN DE LA VAGINA CON EL CERVIX HASTA EL OS INTERNO DEL MISMO, EN UNA PACIENTE EN QUIEN SE SOSPECHABA CANCER EN ETAPA TEMPRANA (17).

EN LA ACTUALIDAD LAS INDICACIONES PARA REALIZAR UNA BIOPSIA CONICA DEL CERVIX Y ESTA DESPUES DE COLPOSCOPIA, QUIENES CUENTAN CON CITOLOGIAS ANORMALES SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- QUE EL TOTAL DE LA ZONA DE TRANSICION SEA VISIBLE Y QUE CONTENGA LA LESION, CON O SIN EL USO DE ESPECULO ENDOCERVICAL.
- 2.- CUANDO LA LESION SE ENCUENTRA LOCALIZADA EN LA ZONA DE TRANSICION PERO QUE SUS LIMITES ENDOCERVICALES SE EXTIENDEN DENTRO DEL CANAL CERVICAL FUERA DE LA VISION DEL COLPOSCOPIO.
- 3.- CUALQUIERA DE LAS DOS SITUACIONES PREVIAS PERO QUE ADEMAS SE OBSERVE EXTENSION HACIA LA VAGINA.
- 4.- CUANDO NO HAY LESION DETECTABLE QUE APOYE EL REPORTE DE UNA CITOLOGIA ANORMAL.

DEFINITIVAMENTE EN TODAS LAS CATEGORIAS UN DIAGNOSTICO HISTOLOGICO ES ESENCIAL PREVIO AL TRATAMIENTO.

TAMBIEN LO IDEAL ES QUE CUANDO SE REALIZA UNA BIOPSIA CONICA ESTA REMUEVA EL TOTAL DE LA ZONA DE TRANSICION, SIN EMBARGO NIC PUEDE INVOLUCRAR CRIP-TAS EN LAS GLANDULAS CON UNA PROFUNDIDAD DE UNOS 4mm POR ABAJO DE LA SUPERFICIE EPITELIAL . FIGURA 1 (17).

TRATAMIENTO PARA DESTRUCCION LOCAL DEL NIC

CANTIDAD DE FALLA HASTA 1983.

M E T O D O S U T I L I Z A D O S

| <u>TIPOS DE LESION</u> | <u>ELECTROCOAGULACION</u> | <u>CRIOTERAPIA</u> | <u>LASER</u> | <u>COAGULACION EN FRIO</u> |
|------------------------|---------------------------|--------------------|---------------|----------------------------|
| N I C 1 | - - - - | 37/ 771 (5%) | 44/ 398(11%) | 1/ 47 (2%) |
| N I C 2 | - - - - | 60/ 845 (7%) | 78/ 730(11%) | 2/ 73 (3%) |
| N I C 3 | - - - - | 126/1074 (12%) | 193/1106(17%) | 7/283 (2%) |
| T O T A L | *47/1734 (2.7%) | 223/2690 (8%) | 315/2234(13%) | 10/403(2.5%) |

T A B L A # 1 (16).

*ESTE PROCEDE DE UN ESTUDIO DE CHANEN Y ROME (1983) EN DONDE DOS TERCIOS DE LOS CASOS FUERON NIC 3.

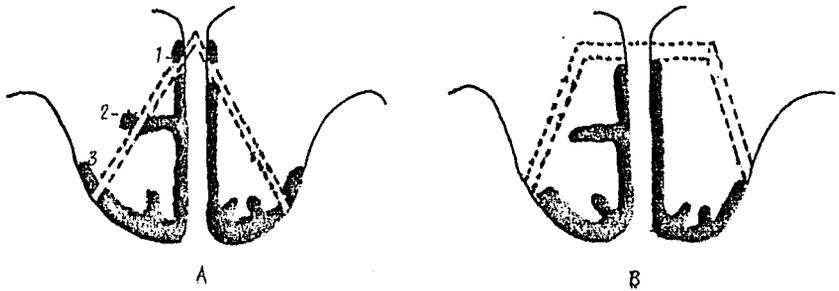


FIGURA 1. A) SITIOS PROBABLES DE EXCISION INCOMPLETA EN LESIONES POR NIC. 1, APEX DEL CONO. 2, GLANDULAS EN EL ESTROMA CERCANAS AL APEX. 3, LIMITE ECTOCERVICAL. B) UN CONO TRUNCADO O CILINDRICO REDUCIRIA LOS PROBLEMAS OBSERVADOS EN AMBAS FIGURAS A Y B.

RESULTADOS DE LA BIOPSIA CONICA

LOS METODOS UTILIZADOS PARA ASEGURAR EL RESULTADO DE LA BIOPSIA CONICA SON VARIOS:

1.- ASEGURAR MEDIANTE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, -- QUE SE OBTUVO LA EXCISION COMPLETA DE LA LESION EN EL ESPECIMEN OBTENIDO.

2.- SECCIONES HISTOPATOLOGICAS DEL MUJON CERVICAL CUANDO SE REALIZA HISTERECTOMIA SUBSECUENTEMENTE.

3.- EVIDENCIA CITOLOGICA Y/O COLPOSCOPICA, DE QUE HAY LESION RESIDUAL O RECURRENCIA DEL NIC, INDEPENDIENTEMENTE DEL PRIMER REPORTE HISTOPATOLOGICO.

4.- EL DESARROLLO DE CANCER INVASOR EN UN PERIODO A CORTO O LARGO PLAZO.

LA REVISION DE LA LITERATURA EN CUANTO A LA EXCISION COMPLETA MEDIANTE CONIZACION CERVICAL, ES COMPLICADA Y CONFUSA. LAS DIFERENCIAS DE CRITERIO EN CUANTO ANORMALIDAD CELULAR, EN LOS BORDES DE LA EXCISION, SON FRECUENTES. LOS RESULTADOS DE DIFERENTES SERIES RECIENTES SE MUESTRAN EN LA TABLA NUMERO 2 (17).

INCIDENCIA DE EXCISION INCOMPLETA MEDIANTE

CONIZACION BIOPSIA

| A U T O R | F E C H A | N U M E R O D E C A S O S | EXCISION. INCIERTA % INCOMPLETO | C R I T E R I O |
|--------------------|-----------|------------------------------|------------------------------------|---|
| AHLGREN ET AL | 1 9 7 5 | 3 2 0 | 19.0 | NIC AL MARGEN |
| KOLSTADT V KLEM | 1 9 7 6 | 7 4 2 | 5.7 | NIC AL MARGEN |
| BJERRE ET AL | 1 9 7 6 | 1 4 3 0 | 36.7 | NIC AL MARGEN O INCIERTO |
| BURGHARDT V HOLZER | 1 9 8 0 | 1 2 1 9 | 40.0 | EPITELIO ANORMAL EN MARGENES DE - RESECCION |
| BENEDET ET AL | 1 9 8 2 | 9 6 6 | 25.0 | NIC AL MARGEN |
| HOLDT ET AL | 1 9 8 2 | 1 1 8 | 17.0 | NIC AL MARGEN |
| JONES V SWEETNAM | 1 9 8 2 | 6 8 8 | 51.0 | NIC AL MARGEN O INCIERTO. |

CUANDO SE REALIZA HISTERECTOMIA COMO MANEJO DEL NIC FRECUENTEMENTE SE OBSERVA LA ALTA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RECIDIVAL EN EL MUJON CERVICAL DEL ESPECIMEN DE LA HISTERECTOMIA. SELIM ET AL (1973) DECLARARON QUE ESTO PUEDE SER TAN ALTO CON HASTA UN 60%. SIN EMBARGO SE DICE QUE EN LA MAYORIA DE ESPECIMENES DE HISTERECTOMIA ES DIFICIL LA INTERPRETACION DEL EPITELIO ESCAMOSO EN REGENERACION, QUIZAS CONLLEVANDO A SOBREDIAGNOSTICAR EL NIC POR PATOLOGOS INEXPERTOS.

LA PREVENCIÓN DE RECURRENCIA DE NIC O DE FRANCA INVASIÓN DEL CÁNCER ES LA FUNCIÓN PRIMARIA DE LA BIOPSIA CÓNICA. SIN EMBARGO BURGHARDT Y HOLZER (1980) DIJERON QUE MUCHOS DE LOS LLAMADOS RECURRENCIAS SON SECUNDARIOS A UN INADECUADO DIAGNÓSTICO INICIAL.

LA TABLA NUMERO 3 MUESTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO DEL NIC - MEDIANTE BIOPSIA CÓNICA Y DESARROLLO DE CARCINOMA INVASOR.

| A U T O R | A N O | N U M E R O D E C A S O S | C A R C I N O M A I N V A S O R |
|--------------------|---------|------------------------------|------------------------------------|
| BOYES ET AL | 1 9 7 0 | 8 0 8 | 2 |
| BRUDENELL ET AL | 1 9 7 3 | 1 0 3 | 1 |
| AHLGREN ET AL | 1 9 7 5 | 3 4 3 | 0 |
| BJERRE ET AL | 1 9 7 6 | 1 4 3 0 | 2 |
| COPPLESON | 1 9 7 6 | 5 9 3 | 0 |
| KOLSTAD Y KLEM | 1 9 7 6 | 7 9 5 | 7 |
| BURGHARDT Y HOLZER | 1 9 8 0 | 1 2 1 9 | 7 |
| BEVAN ET AL | 1 9 8 1 | 5 6 7 | 1 |

TABLA NUMERO 3 (17)

MUCHOS AUTORES HAN SUGERIDO QUE LA HISTERECTOMIA PUEDE PREFERIRSE EN MUCHOS CASOS COMO TRATAMIENTO DEL NIC (17). SIN EMBARGO PARA OTROS - COMO COPPLESON (1981) SUGIERE QUE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE CONIZACION SON EQUIVALENTES A AQUELLOS EN QUE SE REALIZA HISTERECTOMIA. (17)

LA HISTERECTOMIA COMO MANEJO PRIMARIO DEL NIC DE ACUERDO A LA LITERATURA MUNDIAL SE REALIZA MEDIANTE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- 1.- QUE PRE-EXISTA UN PROBLEMA GINECOLOGICO BENIGNO TAL COMO UN SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL, MIOMATOSIS, PROLAPSO UTEROVAGINAL O QUE LA PACIENTE LO REQUIERA COMO METODO DE ESTERILIZACION. CLARO PREVIA OBTENCION DE BIOPSIA CERVICAL ETCETERA.
- 2.- SI LOS MARGENES DONDE SE REALIZO EL CONO MUESTRAN EVIDENCIA DE ANORMALIDAD EPITELIAL. ADEMAS SI EL SEGUIMIENTO CITOLOGICO MUESTRA ENFERMEDAD RESIDUAL.
- 3.- SI LA LESION SE EXTIENDE HACIA LA CUPULA VAGINAL.

LA TECNICA Y LO QUE SE RECOMIENDA ES QUE NO SE REALICE LA HISTERECTOMIA DENTRO DE LAS TRES PRIMERAS SEMANAS QUE SIGUEN A LA BIOPSIA CONICA YA QUE ESTO SEGUN MALINAK ET AL 1964, DE CENZO ET AL 1971, AUMENTA LA MORBILIDAD. SIN EMBARGO WILLIAMS ET AL (1970) REPORTO QUE SI SE UTILIZA LA VIA VAGINAL LA MORBILIDAD NO SE AUMENTA SIN QUE IMPORTE CUANTO TIEMPO HA PASADO DE INTERVALO ENTRE EL CONO Y LA HISTERECTOMIA (17), Y EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA HISTERECTOMIA SIMPLE ES MAS QUE SUFICIENTE TRATAMIENTO PARA EL NIC.

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL NIC MEDIANTE HISTERECTOMIA Y DESARROLLO DE CARCINOMA INVASOR SE MUESTRAN EN LA TABLA NUMERO 4 (17).

POR LO TANTO YA QUE LA CONIZACION CERVICAL HA SIDO DESDE HACE MUCHOS ANOS PRECONIZADA COMO EL PROCEDIMIENTO DE ELECCION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL Y COMO PASO PROTOCOLARIO EN AQUELLOS CASOS DE CARCINOMA MICROINVASOR EN EL QUE SE DESEA DESCARTAR FOCOS DE INVASION, EXISTIENDO INCLUSIVE COMO YA SE MENCIONO PAISES COMO NUEVA ZELANDIA, AUSTRALIA, CONTINENTES EUROPEOS Y OTROS QUIENES EXTENDIERON LA CONIZACION CERVICAL COMO PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO (7).

SIN EMBARGO SI OBSERVAMOS LA CONFIABILIDAD QUE EN LA ACTUALIDAD SE OFRECE CUANDO SE CUENTA CON LAS TECNICAS Y EQUIPO MAS SOFISTICADOS PARA

RESULTADOS DEL MANEJO DEL NIC MEDIANTE HISTERECTOMIA Y DESARROLLO DE

CARCINOMA INVASOR

| A U T O R | A N O | N U M E R O D E C A S O S | C A R C I N O M A I N V A S O R |
|---------------------|---------|------------------------------|------------------------------------|
| BOYES ET AL | 1 9 7 0 | 2 8 4 9 | 3 |
| CREASMAN Y RUTLEDGE | 1 9 7 2 | 6 0 8 | 5 |
| BRUDENELL ET AL | 1 9 7 3 | 3 5 2 | 3 |
| COPPLESON | 1 9 7 6 | 4 3 9 | 2 |
| KOLSTAD Y KLEM | 1 9 7 6 | 2 3 8 | 5 |
| BURGHARDT Y HÖLZER | 1 9 8 0 | 4 1 8 | 2 |

TABLA NUMERO 4 (17)

OBSERVAR LA LESION (NIC) INCLUYENDO COLPOSCOPIO Y COLPOSCOPISTAS EXPERIMENTADOS ADEMÁS DE CONTAR INCLUSIVE CON MICROCOLPOHISTEROSCOPIO PARA VISUALIZAR HASTA DONDE SEA POSIBLE EL TOTAL DE LA LESION EN EL CANAL ENDOCERVICAL (17) Y DE ACUERDO A LA TABLA NUMERO 2 DONDE SE NOS PROPORCIONA LA INCIDENCIA DE EXCISION INCOMPLETA MEDIANTE BIOPSIA CONICA CON PORCENTAJES QUE VAN DESDE 5.7% HASTA 40% EN UNA CANTIDAD IMPORTANTE DE PACIENTES QUE VA DESDE UN GRUPO (EL MENOR DE 118 PACIENTES CON 17% DE EXCISION INCOMPLETA) Y OTRO GRUPO EL MAS NUMEROSO QUE ES DE 1430 PACIENTES CON UN 36.7% DE EXCISION IN COMPLETA Y ESTO ABARCANDO AÑOS DESDE 1975 A 1982, ES EVIDENTE QUE ESTE PROCEDIMIENTO NO OTORGA UN GRADO DE CONFIABILIDAD. POR LO TANTO NO SE TRATA DE UN PROCEDIMIENTO DEFINITIVO, INVOCANDOSE COMO CAUSAS DE RECIDIVAS A PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEFECTUOSOS Y A CAPACIDAD DE NEOFORMACION POST-CO NIZACION (17,10).

LA BIBLIOGRAFIA MODERNA SI BIEN PRECONIZA QUE LA HISTERECTOMIA - UNA VEZ QUE SE HAYAN SEGUIDO TODOS LOS PASOS DE TECNOLOGIA, PARA ALGUNOS - AUTORES ES EN LA ACTUALIDAD RARA, OBSERVAMOS TAMBIEN QUE EL RESULTADO QUE SE MENCIONA EN LA TABLA NUMERO 4 DE PACIENTES HISTERECTOMIZADOS COMO TRATAMIENTO DEL NIC EN LAS DIFERENTES SERIES SE OBSERVAN CASOS DE CARCINOMA INVASOR QUE VAN DESDE 2 A 5 CASOS DE ACUERDO AL REPORTE (17). DEFINITIVAMENTE ESTE DEBE DE SER EL TRATAMIENTO DE ELECCION SOBRE TODO EN AQUELLOS CASOS DE MUJERES QUE ACEPTAN EL PROCEDIMIENTO POR PARIDAD SATISFECHA, OTRA - PATOLOGIA UTERINA Y LAS DE DIFICIL SEGUIMIENTO (17).

EN EL LIBRO DE REID'S DE CONTROVERSIAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA III, ZUSPAN Y CHRISTIAN HAN HECHO ESTUDIOS EN QUE RECOMIENDAN LA REALIZACION DE UNA CONIZACION CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO Y DE CORROBORARSE EL NIC III SE PROCEDE A HISTERECTOMIA CON BUENOS RESULTADOS. (24,6).

NAGELL ET AL DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE KENTUCKY SOMETIO A 264 PACIENTES A HISTERECTOMIA VAGINAL POSTERIOR A BIOPSIA CONICA POR HABERSELES DIAGNOSTICADO CARCINOMA IN SITU. ESTE NUMERO DE PACIENTES LO DIVIDIO EN TRES GRUPOS DE LOS CUALES 123 PACIENTES FUERON SOMETIDOS A CONIZACION BIOPSIA TRANSOPERATORIA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA VAGINAL EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO.- (14)

DE LOS 123 PACIENTES SE ENCONTRO CARCINOMA RESIDUAL IN SITU EN - EL ESPECIMEN EN 27 CASOS (22%) (14).

VAN NAGELL CONCLUYE QUE LA HISTERECTOMIA VAGINAL, POSTERIOR A LA CONIZACION CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO DEL ESPECIMEN (CONO), ES EL METODO OPTIMO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER IN SITU DEL CERVIX.

HIPOTESIS DEL TRABAJO

EN NUESTRO MEDIO LA PACIENTE CON NIC REPRESENTA UN PORCENTAJE MUY IMPORTANTE DE CONSULTA SIENDO ALGUNAS DE ELLAS PACIENTES CON PARIDAD SATISFECHA Y DE DIFICIL CONTROL CITOLOGICO SUBSECUENTE Y EN ALGUNOS CASOS CON PATOLOGIA UTERINA O VAGINAL.

ESTAS PACIENTES LLEGAN A PRESENTAR CITOLOGIAS POSITIVAS POSTERIORES A CONIZACION Y SON TRIBUTARIAS A HISTERECTOMIA CON EL CONSIGUIENTE ALTO RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO Y EL ALTO COSTO ECONOMICO SIN CONTAR CON LA POSIBILIDAD DE QUE ESTAS PACIENTES SE LLEGASEN A "PERDER" O NO ASISTIR A CONTROLES ULTERIORES.

PENSAMOS QUE EN UN HOSPITAL COMO EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD, DONDE NO CONTAMOS CON COLPOSCOPIO, - CRIOCIRUGIA, ELECTROCOAGULACION DIATERMIA, COAGULACION "FRIO" CON APLICACION DE TEFLON, LASER, NI MICROCOLPOHISTEROSCOPIO, PERO DONDE SI CONTAMOS CON UN PATOLOGO EXPERIMENTADO Y CON EL EQUIPO NECESARIO PARA EL ESTUDIO INMEDIATO DEL ESPECIMEN QUIRURGICO (CONO) TRANSOPERATORIO Y EL GRADO DE CERTeza DIAGNOSTICA SEA SATISFACTORIO SE ESTA EN CONDICIONES DE OFRECER A LA PACIENTE PREVIAMENTE SELECCIONADA LA POSIBILIDAD DE UN SOLO PROCEDIMIENTO ANESTESICO QUIRURGICO QUE ELEVARA PROBABLEMENTE EN 30 O 45 MINUTOS MAS EL TIEMPO OPERATORIO, PERO QUE REDUCIRA SIGNIFICATIVAMENTE LOS ALTOS COSTOS PREVIAMENTE MENCIONADOS. CONVENIENDO ADENAS EN GRADO EXTREMO EL PROCEDIMIENTO EN AQUELLAS PACIENTES CON PATOLOGIA GINECOLOGICA AGREGADA Y QUE INDICARIA FINALMENTE TAMBIEN LA REMOCION DEL UTERO Y/O ANEXOS.

MATERIAL Y METODOS

SE ESCOGIERON PARA EL PRESENTE TRABAJO PACIENTES DE LA "CLINICA DE DISPLASIAS" DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, BAJA CALIFORNIA, DE LA SECRETARIA DE SALUD S.S.A. LAS CUALES HABIAN SIDO CANALIZADAS POR PRESENTAR CITOLOGIAS ANORMALES O LESION CERVICAL.

SE FIJO PARA EL PRESENTE ESTUDIO UN LIMITE DE TIEMPO QUE ENGLOBO ENTRE EL MES DE ENERO DE 1984 HASTA AGOSTO DE 1985 A FIN DE CONTAR CON UNA CITOLOGIA DE CONTROL A SEIS MESES DE LA ULTIMA INTERVENCION. EL NUMERO DE PACIENTES DEPENDERIA DE LA CAPTACION MISMA.

A TODAS LAS PACIENTES SE LES EFECTUO HISTORIA CLINICA COMPLETA, - DESTACANDOSE TODOS AQUELLOS ASPECTOS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO PARA CARCINOMA DEL CERVIX, TAMBIEN SE OBTUVIERON EXAMENES BASICOS DE LABORATORIO, - - BIOPSIA CERVICAL MULTIFRAGMENTARIA DIRIGIDA MEDIANTE PRUEBA DE SCHILLER Y EN BASE AL REPORTE HISTOPATOLOGICO Y TOMANDO EN CUENTA CARACTERISTICAS DE OPERABILIDAD, PARIDAD Y DESEO DE MANTENER LA FUNCION GENERATRIZ DE LA PACIENTE ASI COMO SU DIFICULTAD PARA CONTROLES CITOLOGICOS ULTERIORES SE LES PROPUSO EL PROCEDIMIENTO DE CONO-HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO

LOS PARAMETROS QUE SE ESTUDIARON FUERON: EDAD, OCUPACION, ESCOLARIDAD, TOXICOMANIAS, HABITOS HIGIENICO DIETETICOS, PATOLOGIA GENITAL Y EXTRAGENITAL, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA, NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES, - PARIDAD, CITOLOGIA MOTIVO DEL ENVIO, RESULTADO HISTOLOGICO DE LA BIOPSIA - MULTIPLE, EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE LA CONIZACION TRANSOPERATORIA, EL ESPECIMEN UTERINO Y PERSISTENCIA O NO DEL TUMOR EN EL CERVIX RESIDUAL A LA CONIZACION, SI HABIA O NO PATOLOGIA AGREGADA, EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DEL PROPIO CONO EN LA PREPARACION MEDIANTE PARAFINA, TIEMPO QUIRURGICO TIEMPO ANESTESICO, TECNICA ANESTESICA, COMPLICACIONES INMEDIATAS, MEDIATAS Y TARDIAS (QUIRURGICAS), CONTROL CITOLOGICO SUBSECUENTE, Y COSTOS DEL PROCEDIMIENTO ASI COMO DE LOS COSTOS QUE SE ORIGINARAN POR LOS DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

SE OBTUVIERON UN TOTAL DE DIEZ PACIENTES, EN EL TIEMPO PREVIAMENTE ESTIPULADO PARA ESTE ESTUDIO, LAS CUALES CUMPLIERON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS.

RESULTADOS

EL RANGO DE EDAD DE LAS PACIENTES FUE DE 28 A 50 AÑOS Y LAS MISMAS SE ANOTAN EN EL CUADRO NUMERO 1.

| N O M B R E | E D A D E N A Ñ O S | D I A G N O S T I C O |
|-------------|------------------------|-----------------------|
| A M M L | 4 3 | N I C 2 |
| M R M A | 3 8 | N I C 3 |
| L R C | 3 8 | N I C 3 |
| E G R | 5 0 | N I C 3 |
| A B C | 4 3 | N I C 3 |
| A M R | 4 2 | N I C 3 |
| A N G | 2 8 | N I C 3 |
| G L L S | 4 1 | N I C 2 |
| C C G | 3 9 | N I C 2 |
| Q ~ E | 2 8 | N I C 3 |

CUADRO NUMERO 1.

OCUPACION.

NUEVE DE NUESTRAS PACIENTES SE DEDICAN A ACTIVIDADES PROPIAS DE SU HOGAR Y SOLAMENTE UNA SE DEDICA A LA PROSTITUCION.

ESCOLARIDAD.

TRES DE NUESTRAS PACIENTES SON ANALFABETAS, DOS ASISTIERON - UNICAMENTE HASTA TERCERO DE PRIMARIA Y UNA HASTA QUINTO AÑO DEL MISMO NIVEL EDUCATIVO, DOS CUENTAN CON INSTRUCCION DE ESCUELA ELEMENTAL COMPLETA, UNA CURSO ESTUDIOS DE PREPARATORIA Y OTRA LLEGO HASTA EL SEGUNDO AÑO DE ESTUDIOS A NIVEL UNIVERSITARIO.

TOXICOMANIAS.

SOLAMENTE UNA DE NUESTRAS PACIENTES QUE ES QUIEN SE DEDICA - A LA PROSTITUCION ADMITIO SER ADICTA AL USO DE HEROINA, MARIHUANA, TODO TIPO DE ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO Y TODO ESTO LO HA LLEVADO A CABO DESDE LOS 12 AÑOS DE EDAD, CUENTA ADEMÁS CON HISTORIA DE ALCOHOLISMO CRONICO HASTA LLEGAR A LA EMBRIAGUEZ DESDE LOS VEINTE AÑOS DE -- EDAD.-

LAS OTRAS NUEVE PACIENTES NEGARON EN FORMA CATEGORICA CUALQUIER TOXICOMANIA.

HABITOS HIGIENICO DIETETICOS.

EN ESTE PARAMETRO, SOLAMENTE SE PUDO EVALUAR EN BASE A LA -- CONFIABILIDAD DE LA PACIENTE COMO INFORMANTE Y EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO REALIZADO POR EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL DE NUESTRA INSTITUCION Y SOLAMENTE REFLEJO DOS ASPECTOS A SABER: HABITOS HIGIENICO DIETETICOS DEFICIENTES O ACEPTABLES. SE ENCONTRO QUE EL 50% DE LAS PACIENTES SON DE ESTADO SOCIOECONOMICO MUY BAJO Y CONSECUENTEMENTE DE HABITOS DEFICIENTES, CORRESPONDIENDO EL OTRO 50% A HABITOS ACEPTABLES.

PATOLOGIA GENITAL Y EXTRAGENITAL ASOCIADA.

SOLAMENTE UNA PACIENTE ACEPTO CONTAR CON LEUCORREA DESDE MAYO DE 1983. EL RESTO NEGARON CATEGORICAMENTE PROBLEMAS AL RESPECTO.

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

LA EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL DE NUESTRAS PACIENTES FLUCTUO ENTRE LOS 15 Y 25 ANOS DE EDAD CON UN PROMEDIO DE 18.3 Y SE MUESTRAN EN EL CUADRO NUMERO 2.

INICIO DE VIDA SEXUAL

| ANOS | PACIENTES | POR CIENTO |
|-------|-----------|------------|
| 15 | 4 | 40.0 |
| 16 | 1 | 10.0 |
| 17 | 1 | 10.0 |
| 18 | 2 | 20.0 |
| 19 | 1 | 10.0 |
| 25 | 1 | 10.0 |
| TOTAL | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 2NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES

LO ACEPTADO POR NUESTRAS PACIENTES FUE DE LA SIGUIENTE MANERA; UN COMPANERO SEXUAL SOLAMENTE EN TRES DE ELLAS, DOS PARA SEIS Y SOLAMENTE LA PACIENTE PROSTITUTA ADMITIO NO SABER EL NUMERO EXACTO. ESTO SE PRESENTA EN EL CUADRO NUMERO 3.

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES

| NUMERO | PACIENTES | POR CIENTO |
|-----------|-----------|------------|
| UNO | 3 | 30.0 |
| DOS | 6 | 60.0 |
| MULTIPLES | 1 | 10.0 |
| TOTAL | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 3

GESTACION Y PARIDAD.

EL MAYOR GRUPO DE PACIENTES CORRESPONDIO AL GRUPO DE GESTACIONES ENTRE 4 Y 6 SIGUIENDOLE EN ORDEN DE FRECUENCIA LAS DEL GRUPO DE 7 O MAS CON UNA DE ELLAS QUIEN CONTABA CON EL MAYOR NUMERO DE GESTACIONES EN NUESTRO ESTUDIO QUE FUE DE 11.

EN CUANTO A LA PARIDAD, EL PORCENTAJE TAMBIEN SE ENCONTRO LA MAYORIA ENTRE LOS GRUPOS DE MULTIPARAS Y GRAN MULTIPARAS, NO ENCONTRANDOSE NINGUNA PACIENTE NULIPARA Y LA DE MAYOR PARIDAD CON 10. VER CUADRO NUMERO 4.Y 5.

GESTACION

| GESTACIONES | PACIENTES | POR CIENTO |
|-------------|-----------|------------|
| 1 A 3 | 2 | 20.0 |
| 4 A 6 | 5 | 50.0 |
| 7 O MAS | 3 | 30.0 |
| T O T A L | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 4

PARIDAD

| PARIDAD | PACIENTES | POR CIENTO |
|-----------|-----------|------------|
| 1 A 3 | 2 | 20.0 |
| 4 A 6 | 5 | 50.0 |
| 7 O MAS | 3 | 30.0 |
| T O T A L | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 5

CITOLOGIA MOTIVO DE ENVIO.

EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES FUE REMITIDA A NUESTRA CLINICA DE DISPLASIAS CON UNA CITOLOGIA POSITIVA PERSISTENTE, QUE VAN DESDE - CLASE II A CLASE V, LAS CUALES SE MUESTRAN EN EL CUADRO NUMERO 6.

CITOLOGIA MOTIVO DE ESTUDIO.

| CLASIFICACION | PACIENTES | POR CIENTO |
|---------------|-----------|------------|
| CLASE II | 1 | 10.0 |
| CLASE III | 2 | 20.0 |
| CLASE IV | 6 | 60.0 |
| CLASE V | 1 | 10.0 |
| T O T A L | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 6

BIOPSIA MULTIFRAGMENTARIA DEL CERVIX.

A TODAS NUESTRAS PACIENTES SE LES EFECTUO BIOPSIA CERVICAL UTILIZANDO TINCIÓN CON SCHILLER Y LOS RESULTADOS SE MUESTRAN EN EL -- CUADRO NUMERO 7.

RESULTADO HISTOLÓGICO DE LA BIOPSIA CERVICAL

| CLASIFICACION | PACIENTES | POR CIENTO |
|---------------|-----------|------------|
| N I C 2 | 3 | 30.0 |
| N I C 3 | 7 | 70.0 |
| T O T A L | 10 | 100.0 |

CUADRO NUMERO 7

REPORTE HISTOLOGICO DE LA CONIZACION (TRANSOPERATORIO)

DE LOS DIEZ ESPECIMENES TRANSOPERATORIOS ENVIADOS PARA SU ESTUDIO HISTOPATOLOGICO EN TODOS ELLOS SE CORROBORO EL DIAGNOSTICO EN CONTRADO EN LA BIOPSIA MULTIFRAGMENTARIA SIN VARIANTES EN SUS RESULTADOS. SIENDO TAMBIEN IDENTICO EN EL NUMERO DE PACIENTES Y PORCENTAJES A LOS ANOTADOS EN EL CUADRO NUMERO 7.

REPORTE HISTOLOGICO DEL UTERO Y ANEXOS.

TODAS LAS PIEZAS FUERON ENVIADAS PARA SU ESTUDIO HISTOPATOLOGICO REPORTANDOSE QUE EN OCHO DE ELLAS NO HABIA HALLAZGOS ANORMALES Y EN EL RESTO (DOS) CON MIOMATOSIS DE PEQUEÑOS ELEMENTOS Y EN UNO DE ESTOS ULTIMOS TAMBIEN SE REPORTO HIPERPLASIA ENDOMETRIAL SIMPLE. EN NINGUNO DE LOS DIEZ CASOS SE ENCONTRO TUMOR RESIDUAL.

EN LOS ANEXOS PREDOMINANTEMENTE EN EL IZQUIERDO EN TRES CASOS SE ENCONTRO PATOLOGIA AGREGADA. REPORTANDOSE HISTOPATOLOGICAMENTE LO SIGUIENTE:

EN UN CASO OVARIO POLIQUISTICO (IZQUIERDO); Y EN DOS CASOS SE ENCONTRO QUISTE FOLICULAR (IZQUIERDO TAMBIEN).

LA VIA DE ACCESO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EVIDENTEMENTE QUE PARA LA CONIZACION FUE VAGINAL PERO PARA LA HISTERECTOMIA - EN DOS DE NUESTRAS PACIENTES SE REALIZO HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA POR SER PORTADORAS ADEMAS DE DISTOPIA GENITAL.

REPORTE HISTOLOGICO DEL CONO DEL ESTUDIO MEDIANTE PARAFINA.

DE LOS DIEZ CONOS ENVIADOS A LOS QUE SE LES REALIZO ESTUDIO TRANSOPERATORIO, POSTERIORMENTE FUERON SOMETIDOS A ESTUDIO MEDIANTE - PARAFINA ENCONTRANDOSE UN CASO QUE SE HABIA REPORTADO COMO NIC 3 AHORA CON REPORTE SOLAMENTE DE CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA. UNO MAS QUE ORIGINALMENTE SE HABIA REPORTADO COMO NIC 3, MEDIANTE ESTE METODO (PARAFINA) SE REPORTO NIC 2 Y FINALMENTE UNO MAS CON REPORTE PREVIO - DE NIC 2 FINALMENTE SE NOS REPORTO NIC 3.

EN EL RESTO DE ESPECIMENES ESTUDIADOS SI COINCIDIO TANTO EL ESTUDIO TRANSOPERATORIO COMO EL REPORTE FINAL MEDIANTE EL ESTUDIO DEL CONO-PARAFINA. VER CUADRO NUMERO 8

. REPORTE HISTOLOGICO DEL CONO MEDIANTE PARAFINA

| CLASIFICACION | PACIENTES | POR CIENTO |
|------------------------------------|-----------|------------|
| N I C 2 | 2 | 20.0 |
| N I C 3 | 7 | 70.0 |
| CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA | 1 | 10.0 |
| T O T A L | 10 | 100.0 |

TIEMPO QUIRURGICO, ANESTESICO Y DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

EL TIEMPO QUIRURGICO FLUCTUO ENTRE 1:40 HORAS Y 4:00 HORAS CON UN PROMEDIO DE 3:00 HORAS. LOS TIEMPOS DE CADA CASO SE ANOTAN EN EL CUADRO NUMERO 9.

EL TIEMPO ANESTESICO TUVO UNA DURACION ENTRE 2:05 HORAS Y 4:20 HORAS CON UN PROMEDIO DE 3:10 HORAS. LOS TIEMPOS EN FORMA INDIVIDUAL TAMBIEN SE INCLUYEN EN EL CUADRO NUMERO 9.

LOS DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA, EL QUE MENOS DURO HOSPITALIZADO FUE UNA PACIENTE CON 4 DIAS Y EL QUE DURO MAS, UNA PACIENTE -- CON 8 DIAS, CON UN PROMEDIO DE 5.3 DIAS. VER CUADRO NUMERO 9.

| N O M B R E | TIEMPO QUIRURGICO EN HORAS | TIEMPO ANESTESICO EN HORAS | DIAS DE ESTANCIA |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| A M M L | 1:40 | 2:05 | 5 |
| M R M A | 2:10 | 2:45 | 5 |
| L R C | 2:50 | 3:15 | 6 |
| E G R | 3:20 | 3:50 | 6 |
| A B C | 2:25 | 3:05 | 5 |
| A M R | 2:40 | 3:05 | 5 |
| A N G | 2:20 | 2:45 | 5 |
| G L L S | 3:30 | 4:05 | 8 |
| C C G | 3:00 | 3:20 | 6 |
| Q - E | 4:00 | 4:20 | 4 |

CUADRO NUMERO 9

TECNICA ANESTESICA.

EL PROCEDIMIENTO ANESTESICO MAS UTILIZADO EN NUESTRAS PACIENTES FUE ANESTESIA GENERAL INHALATORIA YA QUE SE ADMINISTRO A NUEVE DE -- ELLAS Y SOLAMENTE EN UNA LA TECNICA FUE BLOQUEO REGIONAL PERIDURAL.

CORRELACION CITOLOGIA BIOPSIA.

EN UNA PACIENTE QUIEN CONTABA CON UNA CITOLOGIA CLASE II, A BIOPSIA CERVICAL MULTIFRAGMENTARIA REPORTO NIC 3; OTRA CITOLOGIA CLASE III-BIOPSIA REPORTO NIC 2; UNA MAS CON CITOLOGIA CLASE IV EL REPORTE DE LA BIOPSIA FUE DE NIC 2 TAMBIEN Y FINALMENTE UNA PACIENTE CON CITOLOGIA CLASE V, LA BIOPSIA REPORTO NIC III.

EN EL RESTO DE CASOS (SEIS) SI HUBO CORRELACION ENTRE LA CITOLOGIA Y LA BIOPSIA MULTIFRAGMENTARIA DEL CERVIX. VER CUADRO NUMERO 10.

CORRELACION CITOLOGIA-CONO TRANSOPERATORIO.

SI SE ENCONTRO UNA CORRELACION IDENTICA ENTRE LA BIOPSIA MULTIFRAGMENTARIA Y EL CONO TRANSOPERATORIO DE ACUERDO AL REPORTE - HISTOPATOLOGICO POR LO TANTO LA CORRELACION CITOLOGIA-CONO TRANSOPERATORIO ES IDENTICA AL CUADRO NUMERO 10.

CORRELACION CITOLOGIA-CONO PARAFINA.

DE LOS CASOS CON CITOLOGIA CLASE II, EN EL REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL CONO PARAFINA EL RESULTADO FUE PARA UN CASO NIC 2 Y EL OTRO NIC 3. CON CITOLOGIA CLASE III (DOS CASOS), EN EL CONO PARAFINA EL RESULTADO FUE PARA UNO NIC 3 Y PARA EL OTRO CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA. CITOLOGIA CLASE IV, (CINCO CASOS) EN UNO SE REPORTO NIC 2 Y EN EL RESTO SI HUBO CORRELACION CON REPORTE DE NIC 3 Y FINALMENTE LA CITOLOGIA CLASE V (UN CASO) EL CONO PARAFINA REPORTO NIC 2.- VER CUADRO NUMERO 11.-

CORRELACION CONO TRANSOPERATORIO-CONO PARAFINA.

EN SIETE DE LOS DIEZ CASOS SI SE ENCONTRO CORRELACION EN LOS REPORTES HISTOPATOLOGICOS DE DICHOS ESPECIMENES. SIN EMBARGO EN UN CASO REPORTADO COMO NIC 2 EN EL TRANSOPERATORIO, EN EL REPORTE DEL CONO PARAFINA SE LEE CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA. EN - -

CORRELACION CITOLOGIA BIOPSIA

| CITOLOGIA | CASOS | N I C 2 | N I C 3 |
|-----------|-----------|---------|---------|
| CLASE II | 2 (20%) | 1 (10%) | 1 (10%) |
| CLASE III | 2 (20%) | 1 (10%) | 1 (10%) |
| CLASE IV | 5 (50%) | 1 (10%) | 4 (40%) |
| CLASE V | 1 (10%) | | 1 (10%) |
| TOTAL | 10 (100%) | 3 (30%) | 7 (70%) |

CUADRO NUMERO 10

CORRELACION CITOLOGIA CONO-PARAFINA

| CITOLOGIA | CASOS | N I C 2 | N I C 3 | C C I* |
|-----------|-----------|---------|---------|---------|
| CLASE II | 2 (20%) | 1 (10%) | 1 (10%) | |
| CLASE III | 2 (20%) | | 1 (10%) | 1 (10%) |
| CLASE IV | 5 (50%) | 1 (10%) | 4 (40%) | |
| CLASE V | 1 (10%) | 1 (10%) | | |
| TOTAL | 10 (100%) | 3 (30%) | 6 (60%) | 1 (10%) |

*CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA.

CUADRO NUMERO 11

OTRO MAS DE NIC 3 EN EL TRANSOPERATORIO, EL RESULTADO FINAL EN EL CONO PARAFINA FUE DE NIC 2, Y FINALMENTE UNO MAS CON REPORTE DE --- NIC 2 TRANSOPERATORIAMENTE EL REPORTE EN EL CONO PARAFINA FUE DE -- NIC 3. SIN EMBARGO NUNCA SE ENCONTRO NINGUN REPORTE QUE SUGIRIERA - CARCINOMA MICROINVASOR O INVASOR. VER CUADRO NUMERO 12.-

CORRELACION CONO-TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA-CONIZACION EN UN TIEMPO QUIRURGICO E HISTERECTOMIA EN UN SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO.

EN ESTA CORRELACION LA CUAL SE OBSERVA EN EL CUADRO NUMERO 14 PARA EL CONO-TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA SE OBTUVO UN TIEMPO QUIRURGICO MENOR DE 1:40 HORAS Y EL MAYOR DE 4:00 HORAS, CON UN PROMEDIO DE 03:00 HORAS. ESTO COMPARADO Y YA SUMADOS LOS TOTALES -- DEL TIEMPO QUE TOMO REALIZAR LA CONIZACION Y EN UN SEGUNDO TIEMPO - QUIRURGICO LA HISTERECTOMIA, EL MENOR TIEMPO FUE DE 1:50 HORAS Y EL MAYOR DE 8:15 HORAS CON UN PROMEDIO DE 3:36 HORAS.

PARA EL TIEMPO ANESTESICO SE OBSERVARON VALORES QUE FLUCTUARON PARA EL CONO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA DE 2:05 HORAS PARA EL MENOR TIEMPO UTILIZADO Y DE 4:20 HORAS PARA EL MAYOR CON UN - PROMEDIO DE 3:10 HORAS. COMPARADO ESTE CON EL TIEMPO UTILIZADO EN - LOS PROCEDIMIENTOS DE CONIZACION EN UN PRIMER TIEMPO QUIRURGICO E - HISTERECTOMIA EN UN SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO, EL MENOR TIEMPO UTILIZADO EN LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA FUE DE 2:15 HORAS Y EL MAYOR DE 9:15 HORAS CON UN PROMEDIO DE 4:17 HORAS.

LOS DIAS DE ESTANCIA PARA EL PROCEDIMIENTO CONO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA, EL MENOR FUE DE 4 DIAS Y EL MAYOR DE 8 DIAS, CON UN PROMEDIO DE 5.3 DIAS, Y PARA CONIZACION Y EN UN SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO HISTERECTOMIA YA SUMADOS, EL MENOR FUE DE 6 DIAS Y EL MAYOR DE 16 DIAS CON UN PROMEDIO DE 9.4 DIAS.

VER ESTA CORRELACION EN EL CUADRO NUMERO 14.

CORRELACION CONO TRANSOPERATORIO CONO PARAFINA

| N O M B R E | CONO-TRANSOPERATORIO | CONO-PARAFINA |
|-------------|----------------------|-------------------------------------|
| A M M L | N I C 2 | N I C 2 |
| M R M A | N I C 3 | N I C 3 |
| L R C | N I C 3 | N I C 3 |
| E G R | N I C 3 | N I C 3 |
| A B C | N I C 3 | N I C 3 |
| A M R | N I C 3 | N I C 3 |
| A N G | N I C 3 | N I C 3 |
| G L L S | N I C 2 | CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA. |
| C C G | N I C 2 | N I C 3 |
| Q - E | N I C 3 | N I C 2 |

CORRELACION ENTRE TIEMPOS QUIRURGICOS, TIEMPOS ANESTESICOS Y DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PRONEDIO, ENTRE CONO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA Y CONIZACION EN UN PRIMER TIEMPO QUIRURGICO E HISTERECTOMIA EN UN SEGUNDO TIEMPO.

CONO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA

CONIZACION CERVICAL EN UN TIEMPO E HISTERECTOMIA EN UN SEGUNDO TIEMPO

| T.Q.* EN HORAS | T.A.* EN HORAS | DIAS ESTANCIA | T.Q.* EN HORAS | T.A.* EN HORAS | DIAS ESTANCIA |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| 3:00 | 3:10 | 5.3 | 4:29 | 4:41 | 12.4 |

* T.Q.=TIEMPO QUIRURGICO.

* T.A.=TIEMPO ANESTESICO.

CUADRO NUMERO 14

CONIZACION CERVICAL E HISTERECTOMIA EN UN SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO

| NOMBRE | CONIZACION | | | HISTERECTOMIA | | | TOTAL | | |
|---------|------------|------|---------------|---------------|------|---------------|-------|------|---------------|
| | T.Q. | T.A. | DIAS ESTANCIA | T.Q. | T.A. | DIAS ESTANCIA | T.Q. | T.A. | DIAS ESTANCIA |
| P Z G | 0:30 | 0:45 | 2 | 1:20 | 1:30 | 4 | 1:50 | 2:15 | 6 |
| A R R M | 1:30 | 1:45 | 6 | 3:00 | 3:30 | 7 | 4:30 | 5:15 | 15** |
| G M E | 5:00 | 5:30 | 8 | 3:15 | 3:45 | 8 | 8:15 | 9:15 | 16* |
| L G A | 0:30 | 1:10 | 2 | 2:10 | 2:30 | 7 | 2:40 | 3:40 | 9 |
| H S J | 0:30 | 0:45 | *** | 3:20 | 3:40 | *** | 3:50 | 4:25 | 7 |
| A B D | 0:30 | 1:30 | 1 | 2:45 | 3:12 | 5 | 3:15 | 4:42 | 6 |
| B A E L | 0:20 | 0:35 | 4 | 2:00 | 2:20 | 5 | 2:20 | 2:55 | 9 |
| M C D | 0:30 | 1:00 | 1 | 3:00 | 3:30 | 7 | 3:30 | 4:30 | 8 |
| D M E | 0:55 | 1:20 | 2 | 2:20 | 2:40 | 7 | 3:15 | 4:00 | 9 |
| M H B | 0:45 | 1:00 | 3 | 1:15 | 1:35 | 6 | 2:00 | 2:35 | 9 |

***SE REALIZO CONIZACION Y A LOS TRES DIAS HISTERECTOMIA SIN QUE ABANDONARA EL HOSPITAL.

** CURSO CON ESTENOSIS CERVICAL CON DOS INGRESOS APARTE DE LOS PROCEDIMIENTOS ANOTADOS; UNO PARA DILATACION CERVICAL (FALLIDA) Y EL OTRO POR SANGRADO POST-CONO CON UN DIA DE ESTANCIA EN CADA CASO.

* SOMETIDA A CONIZACION Y OTB VAGINAL COMPLICADA ESTA ULTIMA POR PERFORACION DE COLON REALIZANDOSE CO--
LSTOMIA Y POSTERIORMENTE REINGRESO AL HOSPITAL PARA CIERRE DE LA MISMA (DURACION TOTAL EN HOSPITAL
40 DIAS.-

TQ=TIEMPO QUIRURGICO.
TA=TIEMPO ANESTESICO.

CUADRO NUMERO 13

PROCESO AL CUAL ES SOMETIDO EL ESPECIMEN DEL CONO TRANSOPERATORIO.

UNA VEZ QUE ES OBTENIDA LA PIEZA EN QUIROFANOS Y LLEVADA A PATOLOGIA A ESTA SE LE EFECTUAN DOS CORTES A CADA CUADRANTE, COLOCADOS CADA UNO DE ELLOS EN UN PORTAOBJETOS PREVIA COLOCACION SOBRE EL MISMO DE UN AGAR (MEZCLA DE UN GRAMO DE POLVO EASTMAN 5009 EN CIENTO MILILITROS DE AGUA BIDESTILADA), ESTE MISMO AGAR SE APLICA SOBRE LA SUPERFICIE DEL TEJIDO COLOCADO EN EL PORTAOBJETOS.

ESTE PORTAOBJETOS ES COLOCADO EN EL MICROTOMO EL CUAL SE PREPARA PREVIAMENTE PONIENDOSE A UNA TEMPERATURA DE MENOS 15 O MENOS 20, SE REALIZAN LOS CORTES Y SE COLOCAN EN UNA LAMINILLA, LA CUAL A SU VEZ SE SUMERGE EN ALCOHOL UN MINUTO PARA QUE SE FIJE (ALCOHOL DE 96 GRADOS, LUEGO ENJUAGUE EN AGUA CORRIENTE 5-6 SEGUNDOS; SE SUMERGE EN HEMATOXILINA DURANTE UN MINUTO TOMANDO UN COLOR VIOLETA EL TEJIDO, NUEVO ENJUAGUE EN AGUA CORRIENTE POR ESPACIO DE 30 O 40 SEGUNDOS; SE SUMERGE LA PIEZA EN ACIDO ACETICO GLACIAL- CH_3COOH EN FRACCIONES DE SEGUNDOS CON LAVADO INMEDIATO EN AGUA CORRIENTE - ESTO CON EL FIN DE OBTENER UN COLOR ADECUADO Y NO MUY OSCURO DE LA HEMATOXILINA, SE SUMERGE EN ALCOHOL DE 96 GRADOS Y NUEVO ENJUAGUE CON AGUA. SIGUE LA TINCION CON EOSINA, INMERSION 30 SEGUNDOS, LUEGO SUMERSION EN ALCOHOL DE 96 GRADOS DURANTE UN MINUTO CON NUEVO PASO EN ELCOHOL ABSOLUTO DURANTE OTRO MINUTO. EL ULTIMO PASO DEL PROCEDIMIENTO EN SUMERGIR LA LAMINILLA EN CIROL-AGREGANDOSELE UNA GOTAS DE FIJADOR "PRO-TEX" EL CUAL CONTIENE INGREDIENTES ACTIVOS. FINALMENTE PASA A SER LEIDA POR EL PATOLOGO.

ESTOS SON PUES LOS PASOS A LOS CUALES ES SOMETIDA LA BIOPSIA CONICA - TRANSOPERATORIAA CORTE Y FIJACION MEDIANTE EL SISTEMA POR CONGELACION. -- (CRYO).

COSTOS.

ES EXTRAORDINARIAMENTE DIFICIL EN UN HOSPITAL COMO EL NUESTRO CALCULAR EL COSTO REAL DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA ASI COMO EL COSTO - DIA CAMA.

EN VISTA DE ESTO, SE RECURRIO A ALGUNAS FUENTES PRIVADAS.

EL PROMEDIO PARA UNA CONIZACION CERVICAL EN EL MEDIO PRIVADO - ES ALREDEDOR DE \$150.00 DOLARES, Y EL PROMEDIO PARA UNA HISTERECTOMIA ES ALREDEDOR DE \$ 250.00 DOLARES. (COSTOS DE HOSPITALIZACION).

EN NUESTRO HOSPITAL TENTATIVAMENTE AMBOS PROCEDIMIENTOS ANDAN ALREDEDOR DE \$ 500.00 DOLARES.

NOTA: SE TOMA COMO BASE EL DOLAR PARA EVITAR INTERPRETACIONES ERRONEAS EN VIRTUD DE LOS CAMBIOS DE PARIDAD DE LA MONEDA MEXICANA.

DISCUSION

VAN NAGELL ET AL, EN 1971, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y-OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDIO DE LA UNIVERSIDAD DE KENTUCKY, SOMETIO A 264 PACIENTES A HISTERECTOMIA VAGINAL POSTERIOR A BIOPSIA CONICA POR HABERSE-LES DIAGNOSTICADO CARCINOMA IN SITU. DIVIDIO A ESTE NUMERO DE PACIENTES - EN TRES GRUPOS DE LOS CUALES 123 PACIENTES FUERON SOMETIDOS A CONIZACION BIOPSIA TRANSOPERATORIA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA VAGINAL EN UN MISMO TIEMPO QUIRURGICO (14).

ELLOS ENCONTRARON CARCINOMA RESIDUAL IN SITU EN EL ESPECIMEN EN 27 CASOS (22%) Y CONCLUYERON QUE LA HISTERECTOMIA VAGINAL, POSTERIOR A LA CONIZACION CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO DEL ESPECIMEN (CONO), ES EL METODO OPTIMO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER IN SITU DEL CERVIX.

DADAS LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA DE LOS PAISES DESARROLLADOS EN CUANTO A TECNOLOGIA MODERNA SE REFIERE Y EL TIPO DE PACIENTE CON UN NIVEL SOCIO CULTURAL ADECUADO, HA SIDO POSIBLE MANEJAR EN FORMA CONSERVADORA LOS CASOS DE PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA IN SITU SIN SER ESTO UN METODO DEFINITIVO DE CURACION YA QUE SE REPORTA UN 95% DE CURACION Y -- QUEDA UN 5% DE PACIENTES EN LAS CUALES SON DETECTADAS GRACIAS A LA CONCIEN TIZACION DE SU PROBLEMA ACUDIENDO A TODAS SUS CITAS CONTROLES.

EN NUESTRO MEDIO LA PACIENTE CON NIC REPRESENTA UN PORCENTAJE -- MUY IMPORTANTE DE CONSULTA SIENDO ALGUNAS DE ELLAS PACIENTES CON PARIDAD - SATISFECHA Y DE DIFICIL CONTROL CITOLOGICO SUBSECUENTE Y EN ALGUNOS CASOS CON PATOLOGIA UTERINA O VAGINAL. SON ADEMÁS PACIENTES DE NIVEL SOCIO CULTU RAL BAJO.

ESTAS PACIENTES LLEGAN A PRESENTAR CITOLOGIAS POSITIVAS POSTERIO RES A CONIZACION Y SON TRIBUTARIAS A HISTERECTOMIA CON EL CONSIGUIENTE ALTO RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO Y EL ALTO COSTO ECONOMICO SIN CONTAR CON LA - POSIBILIDAD DE QUE NO ASISTAN A CONTROLES ULTERIORES.

EN VISTA DE QUE NO SE TIENE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PAISES DESA RROLLADOS EN NUESTRO HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, Y DONDE SI CONTAMOS CON UN PATOLOGO EXPERIMENTADO Y CON EL EQUIPO NECESARIO PARA EL PROCESAMIENTO -

DEL ESPECIMEN (CONO) TRANSOPERATORIO, SE REALIZO UN ESTUDIO EN DIEZ PACIENTES OBTENIDOS DE LA CLINICA DE DISPLASIAS, DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI S.S.A., LAS CUALES HABIAN SIDO CANALIZADAS POR PRESENTAR CITOLOGIAS ANORMALES.

TODAS ELAS FUERON SOMETIDAS AL PROCEDIMIENTO COMO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO. LA VIA DE ABORDAJE QUIRURGICO, FUE ABDOMINAL PARA OCHO DE LAS PACIENTES, Y VAGINAL PARA DOS; INTERVINIENDO EN EL PROGRAMA DIFERENTES CIRUJANOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MENCIONADO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTE PEQUEÑO GRUPO DE PACIENTES FUERON ALENTADORES COMO PARA CONTINUAR APLICANDOLOS EN FORMA PROTOCOLARIA, A AQUELLAS PACIENTES QUIENES REUNAN LOS REQUISITOS DE SELECCION.

HAY QUE RECORDAR, QUE EN NUESTRO HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI S.S.A., NO EXISTE EL EQUIPO NECESARIO COMO PARA PENSAR EN EL RECURSO DE PODER OFRECER A NUESTRAS PACIENTES, TRATAMIENTOS DE TIPO CONSERVADOR, Y QUE NI EL NIVEL SOCIO CULTURAL DE ELAS, ES EL ADECUADO, COMO PARA CONFiar EN QUE VOLVERAN COMO DEBE DE SER, PARA CITOLOGIAS DE CONTROL POSTERIORES A SU INTERVENCION QUIRURGICA.

UNA EXPLICACION DEL BAJO NUMERO DE PACIENTES SOMETIDAS A ESTE PROCEDIMIENTO, (ORIGINALMENTE SE HABIA PLANEADO UN GRUPO DE 30 PACIENTES) ES DEBIDA A UNA DECISION DE LAS AUTORIDADES DE NUESTRO HOSPITAL, DE CAMBIAR LOS FLUJOS DE PACIENTES PARA LA CONSULTA GENERAL, Y ESTO INCLUYO NECESARIAMENTE LA CLINICA DE DISPLASIAS. CON ESTA MEDIDA OBSERVAMOS INMEDIATAMENTE QUE SE HABIA DESPLOMADO ESTE TIPO DE CONSULTA.

CREEMOS QUE SI EL VOLUMEN DE PACIENTES VISTOS POR PRIMERA VEZ EN NUESTRO SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, (GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA), VUELVE A SER COMO HASTA 1984, ESTAREMOS EN CONDICIONES DE DETECTAR UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES Y DE PODER OFRECERLES UN METODO QUE, AL IGUAL QUE VAN NAGELL, NOSOTROS TAMBIEN LO ENCONTRAMOS OPTIMO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER IN SITU, EN NUESTRAS PACIENTES.

CONCLUSIONES

DESDE QUE J. WILLIAMS EN 1886 DESCRIBIO POR PRIMERA VEZ EL CARCINOMA - IN SITU DEL CERVIX, PRACTICAMENTE PERMANECIO UNA ENTIDAD RARA HASTA QUE PAPANICOLAOU PUBLICO SU ESTUDIO SOBRE CITOLOGIA, Y GALVIN Y TE LINDE EN 1949 EN LOS ESTADOS UNIDOS PROPUSIERON COMO MANEJO UNA HISTERECTOMIA RADICAL AMPLIADA TIPO WERTHEIM SIN LINFADENECTOMIA CREANDO UN DEBATE EN CUANTO A QUE ESTO ERA UN MANEJO CONSERVADOR EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CERVIX IN - SITU, DANDO LUGAR A LA BUSQUEDA DE METODOS ADECUADOS QUE INCLUSIVE EN LA AC TUALIDAD AUN PERSISTE.

EN LOS PAISES DONDE SE CUENTA CON COLPOSCOPIO Y COLPOSCOPISTAS EXPERI MENTADOS ADEMÁS DE LA INFRAESTRUCTURA DE TECNOLOGIA MODERNA Y PACIENTES -- CON UN NIVEL SOCIO CULTURAL ADECUADO, HA SIDO POSIBLE EL TRATAMIENTO DEL - CARCINOMA IN SITU EN FORMA CONSERVADORA (FOCAL) SIN SER ESTO UN METODO DE- FINITIVO YA QUE LA LITERATURA REPORTA UN 95% DE CURACION MEDIANTE CRIOCIRU GIA, COAGULACION DIATERMIA, LASER ETC., ESTE 5% DE PACIENTES EN LAS CUALES NO ES SUFICIENTE EL TRATAMIENTO, SON DETECTADAS GRACIAS A LA CONCIENTIZA-- CION DE SU PROBLEMA ACUDIENDO A TODAS SUS CITAS CONTROL.

EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE - SALUD, DONDE NO SE CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA OFRECER -- TRATAMIENTOS CONSERVADORES Y SOBRE TODO EL NIVEL SOCIO CULTURAL DE NUESTRAS PACIENTES ES BAJO Y DE LAS CUALES UN PORCENTAJE MUY ALTO SE LLEGAN A "PER- DER", SIENDO ESTO YA DEMOSTRADO ANTERIORMENTE EN TESIS RECEPCIONAL EN NUES TRO HOSPITAL: "CONIZACION CERVICAL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO" REALIZANDOSE UN ANALISIS DE 83 CASOS Y DONDE EL 55.43% DE LAS PACIENTES DE DICHO ESTUDIO, JAMAS HAN ACUDIDO A CONTROLES CITOLOGICOS ULTERIORES A PE-- SAR DE HABER SIDO CITADAS EN DIVERSAS OCASIONES MEDIANTE EL SERVICIO DE -- TRABAJO SOCIAL, Y DADOS LOS REPORTES DE LA LITERATURA MUNDIAL EN CUANTO A QUE LA EXCISION COMPLETA MEDIANTE CONIZACION CERVICAL ES COMPLICADA Y CON- FUSA Y DONDE LOS RESULTADOS DE EXCISION INCIERTA O INCOMPLETA EL PORCENTA- JE VA DESDE UN 5.7% HASTA UN 51.0%, ESTO NOS HABLA DE QUE NO ES UN TRATA-- MIENTO DEFINITIVO HIZO NECESARIO UN ESTUDIO SOBRE PACIENTES CON CARCINOMA IN SITU MEDIANTE COMO TRANSOPERATORIO HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO -- QUIRURGICO.

SE OBTUVIERON UN TOTAL DE 10 PACIENTES CON RANGOS DE EDAD QUE FLUCTUA
RON ENTRE 28 Y 50 AÑOS DE EDAD SIENDO EL DIAGNOSTICO DE NIC 2 PARA 3 PA-
CIENTES Y DE NIC 3 PARA 7.

Ocupacion, NUEVE DE NUESTRAS PACIENTES SE DEDICAN AL HOGAR Y SOLAMEN-
TE UNA SE DEDICA A LA PROSTITUCION; ESCOLARIDAD, EL 30% DE NUESTRAS PACIEN-
TES SON ANALFABETAS Y SOLAMENTE DOS (20%) ALCANZARON NIVEL EDUCACIONAL AL-
TO. EL 50% DE LAS PACIENTES PERTENECEN A ESTADO SOCIOECONOMICO MUY BAJO.

LA EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN EL 40% DE NUESTRAS PACIENTES
FUE A LOS 15 AÑOS DE EDAD, Y EL NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES SE OBSERVO
MUY REDUCIDO, ESTO ES EN UN 30% SOLAMENTE UN SOLO COMPANERO, Y DOS PARA EL
60% (SEIS PACIENTES). TRADICIONALMENTE SE HA COMENTADO QUE LA MUJER ES PRO
MISCUA, SIN EMBARGO EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA ENCONTRADO QUE NO ES ASI. LA
LITERATURA MUNDIAL NOS HABLA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL HECHO DE LA --
EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y DEL VARON DE ALTO RIESGO (TERMINO QUE --
ACUÑO A.SINGER) EN LA ETIOLOGIA DEL CANCER DEL CERVIX.

GESTACION Y PARIDAD. CONTINUAMOS VIENDO QUE EL CARCINOMA DEL CERVIX -
AUN PERTENECE A LAS MULTIPARAS YA QUE EL 80% DE NUESTRA MUESTRA SON ASI.

SE EFECTUO UNA COMPARACION ENTRE LOS RESULTADOS DE LA CITOLOGIA DE EN-
VIO Y LA BIOPSIA MULTIFRAGMENTARIA ENCONTRANDOSE CORRELACION EN EL 60% DE
LOS CASOS Y DISCREPANCIA EN EL 40% RESTANTE OBSERVANDOSE SOBRE TODO QUE UNA
PACIENTE CON CITOLOGIA CLASE V SOLAMENTE SE OBSERVO (BIOPSIA) NIC 3. EN CAM-
BIO SI SE OBSERVO UNA CORRELACION IDENTICA ENTRE LA BIOPSIA MULTIFRAGMENTA-
RIA Y EL REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL CONO TRANSOPERATORIO.

LA COMPARACION ENTRE LA CITOLOGIA Y EL CONO PARAFINA, TAMBIEN EN EL --
60% DE LOS CASOS SI SE OBSERVO CORRELACION Y EN EL REPORTE DE CITOLOGIA CLA-
SE V SE ENCONTRO UNA DISCREPANCIA TOTAL YA QUE EL RESULTADO DEL CONO PARA-
FINA FUE DE UNA LESION NIC 2.

LA CORRELACION CONO TRANSOPERATORIO - CONO PARAFINA SE ENCONTRO CON- --
GRUENCIA EN EL 70% DE LOS ESPECIMENES, SIN EMBARGO UN CASO REPORTADO COMO -
NIC 2 EN TRANSOPERATORIO EL CONO PARAFINA REPORTA CERVICITIS CRONICA INESPE

CIFICA, OTRO MAS DE NIC3, EL RESULTADO FINAL FUE DE NIC 2, Y EL ULTIMO REPOR TADO ORIGINALMENTE COMO NIC 2, FINALMENTE SE REPORTO COMO NIC 3, ES SALUDA-- BLE MENCIONAR QUE NO SE ENCONTRO EN NINGUNO DE LOS CASOS, NI MICROINVASORES NI INVASORES.

DENOMINAREMOS GRUPO "A", A LOS PACIENTES SOMETIDOS A CONIZACION E HISTERECTOMIA EN UN MISMO TIEMPO; Y GRUPO "B", A AQUELLOS PACIENTES A QUE-- NES SE LES EFECTUO CONIZACION CERVICAL EN UN TIEMPO, E HISTERECTOMIA EN UN - SEGUNDO TIEMPO.

LA CORRELACION DEL GRUPO "A" CONTRA EL GRUPO "B", ARROJA QUE EN - PROMEDIO SE UTILIZO 3:00 HORAS PARA EL PRIMERO Y 3:36 HORAS PARA EL SEGUNDO, CON UN AHORRO EN ESTE PARAMETRO DE HASTA 36 MINUTOS. PARA EL TIEMPO ANESTESI CO EN EL GRUPO "A", EL PROMEDIO FUE DE 3:10 HORAS, Y EL GRUPO "B" DE 4:17 HO RAS, POR LO QUE TAMBIEN ARROJA UN AHORRO DE TIEMPO DE UNA HORA. REDUCIENDO - ASI EL TIEMPO ANESTESICO QUIRURGICO DE RIESGO PARA LA PACIENTE.

LOS DIAS DE ESTANCIA, PARA EL GRUPO "A"; EL PROMEDIO QUE SE OBTU VO FUE DE 5.3 DIAS, Y PARA EL GRUPO "B"; EL PROMEDIO FUE DE 9.4 DIAS, PARA - UNA DIFERENCIA DE 4 DIAS ENTRE GRUPO Y GRUPO.

SI BIEN ES CIERTO QUE ES EXTRAORDINARIAMENTE DIFICIL, EN UN HOSPI TAL COMO EL NUESTRO, CALCULAR EL COSTO REAL DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA, - ASI COMO EL COSTO DIA CAMA, ES EVIDENTE QUE SI OBSERVAMOS LOS COSTOS PROME-- DIO DE UNA CONIZACION EN EL MEDIO PRIVADO, Y EL DE UNA HISTERECTOMIA, ASI CO MO LOS COSTOS DE HOSPITALIZACION, EL AHORRO QUE SE OBTIENE, UTILIZANDO EL -- PROCEDIMIENTO DE NUESTRO ESTUDIO, ES POR LO MENOS, DE UN 50% PARA LA INSTITU CION Y OTRO TANTO PARA EL PROPIO PACIENTE; APARTE DE LO QUE IMPLICAN LOS TRA NMITES DE INGRESO Y EGRESO EN UNA SOLA OCASION, COMPARADOS CON EL DE DOS IN-- TERNAMIENTOS.

HACEMOS INCAPIE, EN QUE UN AHORRO DE TAL MAGNITUD, PARA EL PACIEN TE QUE MANEJAMOS, QUE ES DE NIVEL SOCIOECONOMICO MUY BAJO, ES INCALCULABLE - DESDE CUALQUIER PUNTO DE VISTA.

COINCIDIMOS AMPLIAMENTE CON LA OPINION DE VAN NAGELL, EN LA - -
CUAL, SE ASIENTA QUE, LA HISTERECTOMIA INMEDIATA, ES EL PROCEDIMIENTO OPTI
MO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN SITU, YA QUE NOS PERMITE ASEGURAR UN
TRATAMIENTO DEFINITIVO, (RECORDAR QUE ELLOS REPORTARON 22% DE PATOLOGIA RE
SIDUAL POST-CONIZACION), Y QUE, EN NUESTRO MEDIO, EL INDICE DE DESERCIÓN -
POST CONIZACION, ES DEL 60%.

LAS CITOLOGIAS DE CONTROL, DE LOS PACIENTES QUE MEDIANTE VISITA
DOMICILIARIA SI SE PUDIERON LOCALIZAR, (60%), TODOS LOS REPORTES DE ELLAS
CORRESPONDIERON A CLASE I. CONTANDOSE PARA ESTO CON UN AÑO DE EVOLUCION --
DESDE LA ULTIMA CIRUGIA EFECTUADA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- LARSSON G.: CONIZATION FOR CERVICAL DYSPLASIA AND CARCINOMA IN SITU: - LONG TERM FOLLOW-UP OF 1012 WOMEN. ANN.CHIR. ET GYNAECOL 70:79,1981.
- 2.- MYLLYNNEN L. KARJALAINEN O.: ACCURACY OF THE DIAGNOSIS IN SUSPECTED INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA OF THE CERVIX. ANN.CHIR.ET GYNAECOL 73:45,1984
- 3.- NUNNALLY R.M. ABBOTT J.P.: USE OF THE MICROTOME CRYOSTAT FOR RAPID FROZEN SECTIONS. AM J. OF CLIN. PATHOL. 35:20,1961.
- 4.- KLIONSKY B. SMITH O.D.: APPLICATION OF THE REFRIGERATED MICROTOME IN - SURGICAL PATHOLOGY. AM.J.OF.CLIN.PATHOL. 33:144,1960
- 5.- MURRAY M. JAESCHKE W. H., STOVALL W.D.: RAPID TECHNIC FOR FROZEN SECTIONS. AM. J. OF. CLIN. PATHOL. 31:419, 1959.
- 6.- NELSON J.H.: SURGICAL APPROACHES TO STAGES 0 AND 1A CARCINOMA OF THE - CERVIX. INT J. RAD. ONCOL.BIOL. PHYS. 5:1029,1979.
- 7.- LARSSON G.: CONIZATION FOR PREINVASIVE AND EARLY INVASIVE CARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX. ACTA OBSTET GYNAECOL SCAND SUPPL 114:1983.-
- 8.- YOUNGE P.A., HERTING A.T., ARMSTRONG D.: A STUDY OF 135 CASES OF CARCINOMA IN SITU OF THE CERVIX AT THE FREE HOSPITAL FOR WOMEN. AM.J.OBST & GYNEC. 58:867,1949.
- 9.- MUSSEY E.M., SOULE E.S.: CARCINOMA IN SITU OF THE CERVIX.AM.J.OBST. & GYNEC. 77:957,1959.
- 10.- FUNNELL J.D., MERRILL J.A.: RECURRENCE AFTER TREATMENT OF CARCINOMA IN SITU OF THE CERVIX. SURG. GYNAEC & OBST. 18:15,1963.
- 11.- GIGLIO F.A., DOWLING E.D., JONES W.N.: CARCINOMA IN SITU OF THE CERVIX. AN ANALYSIS OF TREATMENT BY HYSTERECTOMY. AM.J.OBST & GYNEC. 93:193,69
- 12.- DEVEREUX W.P., EDWARDS C.L.: CARCINOMA IN SITU OF THE CERVIX. APPLICABILITY OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT METHODS IN 632 CASES. AM.J.OBST.& - - GYNEC. 98:497,1967.
- 13.- VARGA A.: PROGNOSTIC ACCURACY OF CERVICAL CONE BIOPSY IN DETERMINATION OF THE MANAGEMENT OF CARCINOMA IN SITU. AM.J.OBST&GYNEC.957:90,1964.
- 14.- VAN NAGELL J.R., RODDICK J.W., COOPER R.M., TRIPLETT H.B.: VAGINAL HYSTRECTOMY FOLLOWING CONIZATION IN THE TREATMENT OF CARCINOMA IN SITU OF - THE CERVIX. AM. J.OBSTET. GYNECOL. 113:948,1972
- 15.- REID B.L.: THE CAUSATION OF CERVICAL CANCER. A GENERAL REVIEW. CHAPTER NUMER 1. CLINICS IN OBSTET.& GYNAECOL. 12:1,1985

BIBLIOGRAFIA.

- 16.- SINGER A., WALKER P.: THE TREATMENT OF CIN: CONSERVATIVE METHODS CHAPTER 7. CLINICS IN OBSTET & GYNAECOL. 12:121,1985.
- 17.- SHARP. F., CORDINER J.W.: THE TREATMENT OF CIN: CONE BIOPSY AND - HYSTERECTOMY. CHAPTER NUMBER 8. CLINICS IN OBSTET & GYNAECOL. - - 12:133,1985.
- 18.- KAUFMAN R.H., ABBOTT J.P., SCHEITHING W.C.: USE OF THE REFRIGERATED MICROTOME FOR RAPID DIAGNOSIS OF CERVICAL CONIZATION SPECIMENS. - AM. J. OBST & GYNEC. 84:107,1962.
- 19.- LAMBERT B.: DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA DYSPLASIE ET DU CANCER IN SITU DU COL UTERIN. UNION MED. CANADA. 112:175,1983.
- 20.- KUNZ M.P.: DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA DYSPLASIE ET DU CANCER -- IN SITU DU COL UTERIN. UNION MED. CANADA. 112:177,1983.
- 21.- LAMBERT.B., ROUSSEAU S., BIELMAN P., LAMOUREUX.E., BOIVIN.V: IS CO-NIZATION APPROPRIATE TREATMENT FOR CERVICAL CANCER IN SITU?. CMA - JOURNAL. 126:1176,1982.
- 22.- BURGHARDT E.: TECHNIQUE AND PLACE OF CERVICAL CONIZATION. CLINICAL OBST & GYNECOL. 25:849,1982.
- 23.- POWELL J.M., JONES F.S., DOUGHERTY R.E., DIDDLE A.W.: CERVICAL CARCINOMA: CORRELATION OF MICROTOME CRYOSTAT, CYTOLOGIC, AND HISTOLO--GIC DIAGNOSES. OBST & GYNECOL. 33:476,1969.
- 24.- REID'S BOOK. : ZUSPAN AND CHRISTIAN :OBSTETRICS AND GYNECOLOGY-III. PAGE 623.-
- 25.- RICHARDT R.M.: NATURAL HISTORY OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA CLIN. OBSTET. GYNEC. 5:748,1968.
- 26.- RICHARDT R.M.: CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA EN: SOMMERS S.C. (ED) PATHOLOGY ANNUAL 1973 APPLETON CENTURY-CROFTS. NEW YORK 1973 PAGE 301.-
- 27.- ROJAS J.: CONIZACION CERVICAL. PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO HOSPITAL GRAL. MEXICALI S.S.A. TESIS RECEPCIONAL FEB. 1983.
- 28.- TENORIO.F.: NEOPLASIAS MALIGNAS DEL SISTEMA REPRODUCTIVO. LIBRO DE GINECOLOGIA. ZARATE A., CANALES E. 365:20,1982.
- 29.- MEISELS A., MORIN C.: PROBLEMS IN CYTOLOGICAL SCREENING FROM CONDYLO MATOUS LESIONS OF THE CERVIX. CLINICA IN OBST & GYNAEC 12:54,1985.