



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 94  
DE MEXICO

11/2/7  
2ej.

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

EL CONO CERVICAL SIRVE COMO  
TRATAMIENTO DEL NIC III

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. ANTONIO JOSÉ MAJJUL CASTILLO.

ASESOR DE TESIS: DR. MANUEL MATUTE GONZALEZ

MEXICO, D. F.

1998



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

03/04/98



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## A MIS PADRES:

Por todo el amor y afecto que me prodigaron, por haberme inculcado el sentido de la responsabilidad, por guiarme en el camino de mi vocación y apoyarme en momentos de flaqueza. Hoy les entrego el fruto de su trabajo, esperando que el futuro me permita recompensar todo su esfuerzo.

## A MIS HERMANOS:

Por su apoyo y confianza depositada.

## A MI ESPOSA:

Motor de mi existencia a quien debo el haber culminado esta especialidad, gracias por estar siempre a mi lado, por nuestros sueños compartidos y lograr hacerlos realidad, por darme ánimos en los momentos de frustración y también de éxito.

## A MIS HIJAS:

A quienes les tocó padecer sin comprender aún, mis largas horas de ausencia y el no poder brindarles todo lo que hubiera deseado.

AL DOCTOR MANUEL MATUTE GONZALEZ:

Por todo el tiempo dedicado, ya que sin su orientación y ayuda no hubiera sido posible terminar este trabajo.

A MIS AMIGOS RUTH Y EDGARDO:

Por todos los momentos de felicidad y tristeza compartidos.

A MEXICO:

Por darme la oportunidad de realizar la especialidad y así desarrollarme profesionalmente.

1. ANTECEDENTES.....	1
<b>2. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>3</b>
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
B. HIPOTESIS.....	3
1. GENERAL.....	3
2. ESPECIFICAS:.....	3
C. OBJETIVO.....	3
1. GENERAL.....	3
2. ESPECIFICOS.....	3
D. DISEÑO.....	4
E. LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.....	4
F. POBLACION.....	4
1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	4
2. CRITERIOS DE ELIMINACION.....	4
3. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	4
G. VARIABLES.....	5
1. INDEPENDIENTES.....	5
2. DEPENDIENTES.....	6
3. DEMOGRAFICAS.....	8
H. METODOLOGIA.....	9
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>14</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>15</b>

## 1. ANTECEDENTES.

En los años 1800, la más común indicación para la conización cervical fue la cervicitis crónica como resultado de procesos infecciosos, laceraciones cervicales por el traumatismo del parto, ya que esto precedía el cáncer cervical <sup>1</sup>, la remoción del tejido inflamado no únicamente fue terapéutico, sino que también proporcionó tejido para examen histológico del espécimen.

En 1815 Lisfrac fue uno de los primeros en describir una técnica quirúrgica que resultó en la remoción de un espécimen con forma de cono que incluyó el cervix entero, la unión de vagina y el canal interno del mismo <sup>1</sup>. Estos procedimientos esencialmente resultaron en la amputación de casi todo el cervix, conllevando al final dado la granulación muy elevada y fibrosis a producir estenosis cervical, ocasionando dismenorrea e infertilidad. <sup>2 3 4 5 6 7</sup>

En 1861 Sims y Emmet describen un procedimiento llamado traquelorrafia, diferenciándose del procedimiento inicial en que la muestra fue más pequeña (Cono), lo que disminuyó la incidencia de estenosis cervical. <sup>1</sup>

En 1915 Sturmdorf refinó la traquelorrafia y describe su técnica que moviliza la vagina adyacente, cubriendo el lecho del cono su técnica de sutura y la reparación plástica del cervix tuvo aceptación popular desde entonces.

En 1943, el papanicolau seriado fue introducido y en la presencia de citología anormal, el cono biopsia fue realizado como regla. <sup>1</sup>

conización cervical haciendo más específica la toma de biopsias.<sup>7 8</sup>

-El cono biopsia en el pasado fue también usado como tratamiento primario en las displasias cervicales, pero otras modalidades conservadoras han surgido y han probado también su efectividad, ejemplos: criocirugía, vaporización con láser, excisión cono láser<sup>8 9 10 11</sup>

Desde que se introdujo el láser ha sido aplicado en muchos aspectos de cirugía ginecológica, sobre todo en cirugías del cervix. La conización con láser fue reportada por primera vez por Dorsey en 1979 y la técnica fue posteriormente modificada por Baggish.<sup>1</sup>

## COMPLICACIONES

La complicación más frecuente posterior a la realización de la conización cervical es la hemorragia, la cual puede ocurrir incluso después de varias semanas de haberse realizado el procedimiento<sup>1 2 3 5 11 12</sup>. El sangrado en el postoperatorio puede ser manejado por compresión del cervix y en otros casos se realizan cauterización o aplicación de sutura hemostática en los sitios de sangrado, en pocos casos menos del 1% dado la intensidad del sangrado se debe realizar histerectomía abdominal o ligadura de arterias hipogástricas<sup>1</sup>. Las complicaciones tardías resultan desde una extensiva cicatrización cervical que puede llevar a estenosis, ocasionando en algunas pacientes dismenorrea, infertilidad al comprometer la capacidad de penetración del esperma; en otros casos se ha reportado mayor incidencia de partos preterminos e incompetencia ístmico cervical.<sup>1 2 5 7 13</sup>

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿El Cono Cervical sirve como tratamiento del NIC III?

### B. HIPOTESIS

#### 1. GENERAL

El cono cervical es una alternativa de tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical III.

#### 2. ESPECIFICAS:

1.- Las pacientes tratadas con cono cervical tienen la misma tasa de persistencia que las tratadas con histerectomía total abdominal extrafascial.

2.- Las pacientes tratadas con cono cervical tienen la misma tasa de recurrencia que las tratadas con histerectomía total abdominal extrafascial.

### C. OBJETIVO

#### 1. GENERAL

Demostrar que el Cono Cervical es una alternativa de tratamiento de la NIC III.

#### 2. ESPECIFICOS

1. Comparar la persistencia de la NIC III en pacientes tratadas con histerectomía abdominal total extrafascial y Cono Cervical.

2. Comparar la recurrencia de pacientes tratadas con Cono Cervical e histerectomía total abdominal extrafascial, con diagnóstico de NIC III.

## **D. DISEÑO**

Experimental - prospectivo - longitudinal y comparativo Ensayo clínico: controlado

## **E. LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:**

Este estudio se realizó en el servicio de ginecología del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de tercer nivel que atiende pacientes referidas de hospitales generales de zona (HGZ), unidades de medicina Familiar (UMF) y las delegaciones 15 y 13 del Estado de México e Hidalgo del IMSS.

## **F. POBLACION**

### **1. CRITERIOS DE INCLUSION**

1. NIC III o CACU in situ en el resultado histopatológico del Cono.
2. Edad entre 20 y 60 años.
3. Sexo femenino
4. Derechohabientes al IMSS.
5. Acepten participar en el estudio.
6. Menos de 4 factores de riesgo para cáncer cervicouterino.

### **2. CRITERIOS DE ELIMINACION**

1. Cono Cervical con bordes quirúrgicos con lesión.
2. Permeación linfática o vascular en el Cono Cervical.
3. Enfermedades de la colágena (L.E.S., Síndrome de Sjogreen).
4. Uso de inmunosupresores y corticosteroides.
5. Pacientes con V.P.H. y H.I.V.

### **3. CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Pacientes que no acudan en una ocasión a su cita.

3. Enfermedad invasora endocervical.
4. Otra patología ginecológica que requiera tratamiento radical.

## **G. VARIABLES**

### **1. INDEPENDIENTES**

#### **a) CONO CERVICAL Y LEGRADO ENDOCERVICAL**

Definición conceptual de CONO CERVICAL:

Procedimiento diagnóstico y terapéutico que consiste en obtener tejido cervical con ápice truncado cuya circunferencia de base pasa por fuera de la zona yodo negativa con solución de lugol y cuyas paredes comprenden el canal cervical en buena parte de su altura, se puede realizar con láser o bisturí frío.

Definición conceptual de LEGRADO ENDOCERVICAL

Procedimiento diagnóstico mediante el cual se obtiene muestra del epitelio del canal endocervical para estudio histopatológico y descartar la presencia de células neoplásicas.

**PROCEDIMIENTO:**

Una vez que el cirujano haya obtenido el espécimen deberá identificar con una seda el labio anterior (12 hrs). se abrirá la pieza con una tijeras de punta fina (o bisturí) insertadolas dentro del canal endocervical y cortando longitudinalmente a lo largode las 12 hrs, se sujetara con alfileres en un abatelenguas con el lado mucoso hacia arriba (endocervix), se dejará fijar en formol al 10 % durante 24 hrs.

Se marcaran los limites quirúrgicos con tinta china, se realizaran cortes paralelos cada 3 mm. del plano del canal endocervical, comenzando en la posición de las 12 hrs, (o en el lado izquierdo de la pieza) y siguiendo en el sentido de las manecillas del reloj, los cortes deberán hacerse de tal manera que en todos ellos este presente el epitelio (incluyendo la unión escamo columnar).

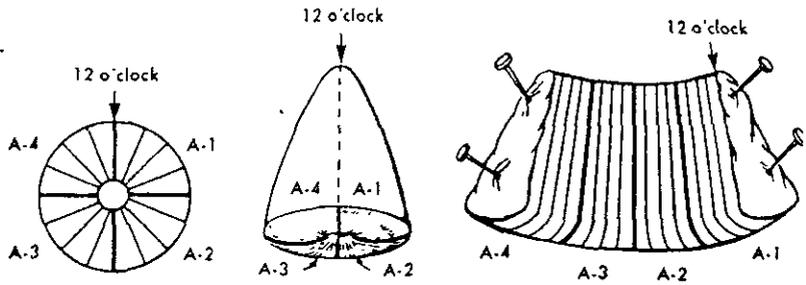
se incluirán de la siguiente manera (ver esquema):

1.-cortes de 12 a 3 hrs.

2.-cortes de 3 a 6 hrs.

3.-cortes de 6 a 9 hrs.

4.-cortes de 9 a 12 hrs.



Después serán incluidos en parafina 4 micras y serán teñidos con hematoxilina y eosina, observados con microscopía de luz.

## b) HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SIN MANGUITO VAGINAL

Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa el útero y el cervix con o sin anexos, a través de una incisión infraumbilical media sin incidir la fascia posterior del útero y sin manguito vaginal.

## 2. DEPENDIENTES

### a) PERSISTENCIAS

Definición Conceptual

La presencia de células neoplásicas dentro de los tres primeros meses después de haber realizado el procedimiento, se medirá con las siguientes subvariables:

a). Citología Cervico-Vaginal

Definición Conceptual:

Es el estudio de las células superficiales de la pared vaginal y de las células del epitelio estratificado del exocervix, del epitelio cúbico y cilíndrico del endocervix y aun del endometrio, permite orientar hacia un diagnóstico hormonal en cuanto a su valoración del nivel circulante de los esteroides sexuales, o hacia el estado de estos epitelios en cuanto a su normalidad o alteraciones menores de tipo inflamatorio o traumático o displasias leves, moderadas o severas; y aún cambios morfológicos y tintoriales típicos de carcinomas epidermoides y adenocarcinomas.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA

ESCALA DE MEDICION: NOMINAL

UNIDADES DE MEDIDA:

No células Neoplásicas

Si Células Neoplásicas

b) RECURRENCIA:

Definición Conceptual

Presencia de células neoplásicas después de 3 meses hasta 5 años posteriores al procedimiento. Se medirá con las siguientes subvariables:

a). Citología Cervico Vaginal

Definición Conceptual:

Es el estudio de las células superficiales de la pared vaginal y de las células del epitelio estratificado del exocervix, del epitelio cúbico y cilíndrico del endocervix y aún del endometrio, permite orientar hacia un diagnóstico hormonal en cuanto a su valoración del nivel circulante de los esteroides sexuales, o hacia el estado de estos epitelios en cuanto a su normalidad o alteraciones menores de tipo inflamatorio o traumático o displasias leves, moderadas o severas y aún cambios morfológicos y tintoriales típico de carcinomas epidermoides y adenocarcinomas.

**TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA**

**ESCALA DE MEDICION: NOMINAL**

**UNIDADES DE MEDIDA:**

Si células Neoplásicas

No células Neoplásicas

### **3. DEMOGRAFICAS**

#### **a) EDAD DE LA PÁCIENTE,**

Definición operacional. Años cumplidos en la fecha del estudio.

#### **b) INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA.**

Definición operacional: edad referida por la paciente de inicio en las relaciones sexuales.

#### **c) GESTACIONES**

Definición operacional: número total de embarazos.

#### **d) ABORTOS**

Definición operacional: número total de embarazos terminados antes de las 20 semanas de gestación o con peso del producto menor de 500 gramos, referidos por la paciente.

Las células del epitelio estratificado del exocervix, del epitelio cúbico y cilíndrico del endocervix y aún del endometrio, permite orientar hacia un diagnóstico hormonal en cuanto a su valoración del nivel circulante de los esteroides sexuales, o hacia el estado de estos epitelios en cuanto a su normalidad o alteraciones menores de tipo inflamatorio o traumático o displasias leves, moderadas o severas y aún cambios morfológicos y tintoriales típico de carcinomas epidermoides y adenocarcinomas.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA

ESCALA DE MEDICION: NOMINAL

UNIDADES DE MEDIDA:

Si células Neoplásicas

No células Neoplásicas

### 3. DEMOGRAFICAS

#### a) EDAD DE LA PACIENTE,

Definición operacional. Años cumplidos en la fecha del estudio.

#### b) INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA.

Definición operacional: edad referida por la paciente de inicio en las relaciones sexuales.

#### c) GESTACIONES

Definición operacional: número total de embarazos.

#### d) ABORTOS

Definición operacional: número total de embarazos terminados antes de las 20 semanas de gestación o con peso del producto menor de 500 gramos, referidos por la paciente.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Definición operacional: número total de nacimientos por vía abdominal referidos por la paciente.

f) HIJOS NACIDOS.

Definición operacional: el total de cesáreas y de partos de cada una de las pacientes.

g) PARTOS.

Definición operacional: número total de nacimientos por vía vaginal en embarazos mayores de 20 semanas y con peso mayor de 500 gramos, referidos por la paciente.

h) NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

Definición operacional: número total de personas referidas por la paciente con las cuales ha tenido relaciones sexuales hasta el momento del estudio.

## H. METODOLOGIA

Todas las pacientes con citología clase III o mayor referidas de los hospitales generales de zona (HGZ), Unidades de medicina Familiar (UMF) y las delegaciones del Estado de México e Hidalgo del IMSS, acuden a la preconsulta del servicio de ginecología del hospital de Gineco Obstetricia N°3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS.

Se realiza historia clínica, solicitando revisión de láminillas para corroborar el diagnóstico, en los casos en que este estudio no haya sido realizado por el departamento de patología del Hospital de Gineco Obstetricia N°3 del Centro Médico "La Raza".

Se citan a examen colposcópico donde se realiza citología cervicovaginal, biopsia dirigida y legrado endocervical.

neoplasia intraepitelial cervical III (NIC III) se les realiza biopsia en Cono del cervix. Se puede realizar con bisturí frío, asa diatermica o láser.

Las pacientes con resultado de histopatología de NIC III y que reúnan criterios de elegibilidad, se les invitará a participar en el estudio.

A todas las pacientes se les realizará citología 3, 6, 9 y 12 meses posteriores al procedimiento (Histerectomía total abdominal extrafacial o conización cervical).



### 3. RESULTADOS

Se analizaron un total de 127 expedientes, 65 pacientes presentaron infección por virus del papiloma humano diagnosticada por patología, y en 36 pacientes los bordes quirúrgicos presentaron compromiso.

Los criterios de elegibilidad los presentaron 26 pacientes, doce asignadas al grupo de tratamiento con histerectomía total abdominal y el resto a realización de cono cervical.

No encontramos diferencias significativas en las variables demográficas (tabla 1). El número de gestaciones fue menor en las pacientes con cono cervical terapéutico, excluyendo a la paciente con 12 gestaciones se encuentra una diferencia estadísticamente significativa, en el número de nacimientos. ( $p = 0.05$ .)

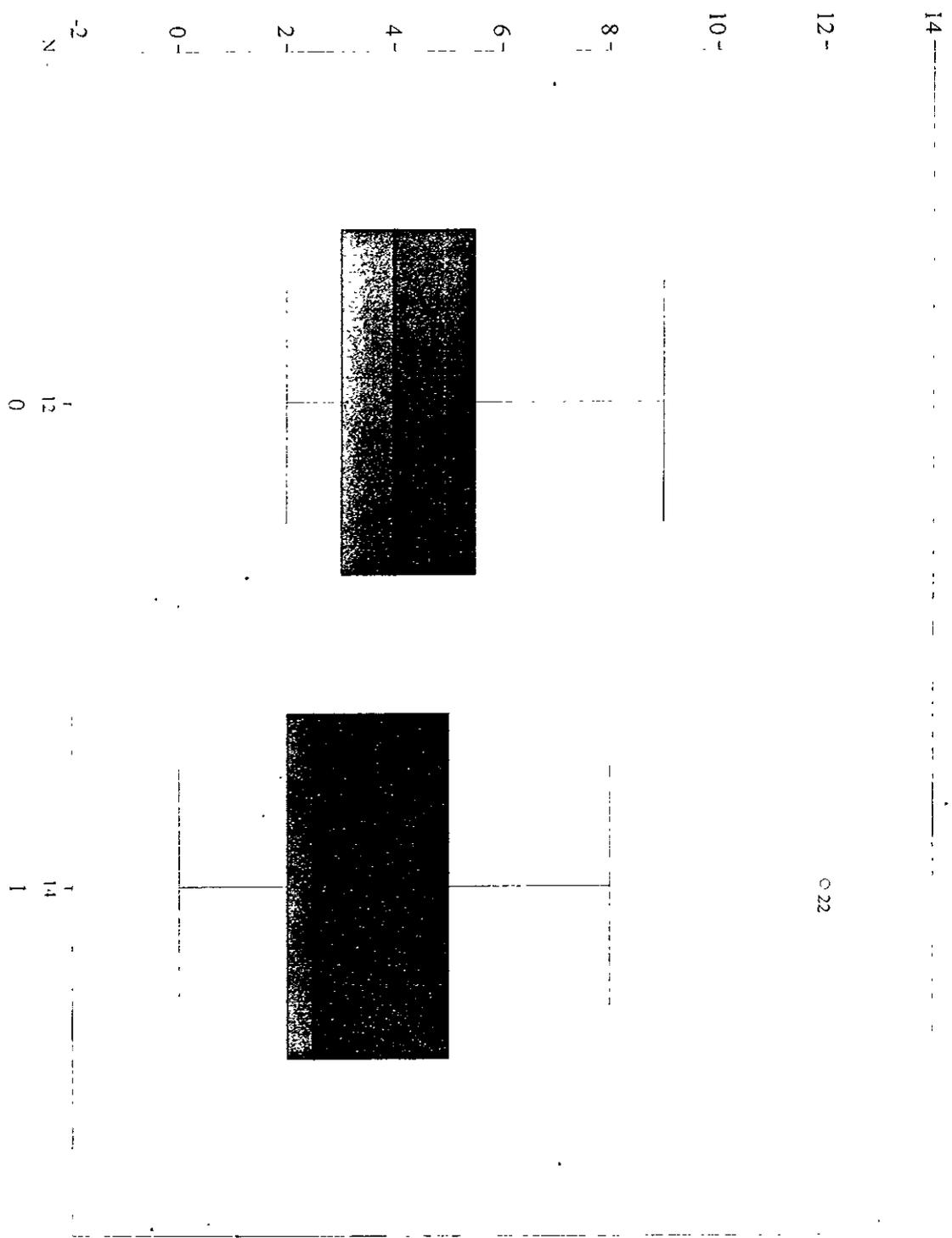
**Tabla # 1. Análisis de las variables demográficas pacientes con neoplasia intraepitelial cervical III. Tratamiento con histerectomía total abdominal y cono cervical.**

	H.T.A (n 12)		CONO (n 14)		P
	PROM	DS	PROM	DS	
EDAD	42.7	±12.13	41.9	±13.43	0.8
LV.S.	18.3	±4	20	±5	0.1
MENARCA	12.69	±1.8	13.3	±1.12	0.2
	MED	RANGO	MED	RANGO	P
GESTACIONES	5	(2-9)	2	(0-12)	0.08
PARTOS	4	(0-9)	2	(0-12)	0.20
CESAREAS	0	(0-3)	0	(0-1)	0.6
ABORTOS	0	(0-1)	0	(0-3)	0.24
HIJOS NACIDOS	4	(2-9)	2	(0-12)	0.05*
# PAREJAS SEXUALES.	1	(1-2)	1	(1-2)	0.7

H.T.A.= histerectomía total abdominal. LV.S.= inicio de vida sexual activa. \* significancia estadística.

Las percentilias 25 y 75% de los hijos nacidos se encuentran en 6 y 6 en las pacientes con histerectomia total abdominal y en las pacientes con cono son de 2 y 4. (gráfica 1).

C E S P A

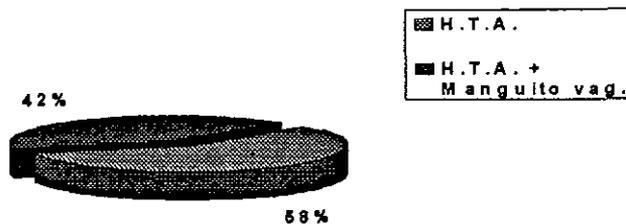


022

HC

De las histerectomías realizadas en siete de ellas la técnica fue exclusivamente extraficial y en el resto se efectuó toma de manguito vaginal. Los diagnósticos son en todos los casos neoplasia intraepitelial cervical III o cáncer cervico uterino in situ. ( Gráfica # 2 )

Gráfica # 2 Tipo de Histerectomía realizada a las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical III.



En el seguimiento a 3, 6, 9 y 12 meses las citologías en ambos grupos fueron negativas.

En las pacientes tratadas con cono y posterior realización de histerectomía abdominal encontramos lesión residual en dos de ellas (16.6%). El cono fue realizado con bisturí frío, la profundidad mayor de 0.8 cm. y los bordes quirúrgicos fueron reportados libres de lesión.

## CONCLUSIONES

Las variables demográficas no son diferentes en el grupo, lo que apoya la igualdad de todas las pacientes. Encontramos un sesgo en nuestro estudio pues las pacientes sometidas a histerectomía son aquellas con paridad satisfecha.

No hay acuerdo en la decisión del tipo de histerectomía a realizar como lo demuestra el hecho que en las pacientes con HTA más manguito vaginal tenemos pacientes con neoplasia intraepitelial cervical III y cáncer cervicouterino in situ.

Las citologías negativas de control es lo esperable, nuestra muestra es muy pequeña, pero la literatura refiere una recurrencia del CA CU después del cono y la histerectomía de 1 a 2 por 1000 pacientes.

El estudio se tuvo que suspender porque en dos pacientes con tratamiento con histerectomía complementaria hubo presencia de carcinoma residual cervical en la pieza quirúrgica, lo que obliga a que se investigue la causa de este hallazgos.

Es conveniente realizar un protocolo donde se tomen en cuenta todos los factores que pueden provocar errores en la interpretación de la pieza. Los primeros en considerar son la forma de obtención de la muestra, la profundidad de la extensión, y como es fijada en el momento de su obtención. En el proceso inicial es muy importante la técnica de tinción de los bordes. Después de ser fijada se deben de tomar en cuenta el número de cortes realizados.



## 5. BIBLIOGRAFIA.

1. David M. Gershenson. Conization of The Cervix. Operative Gynecology. 1993. Primera edición
2. Roger L. García, M.D., Bradley Bigelow, M.D., and Cols. Evaluation of cone biopsy in the management of carcinoma in situ of the cervix. Gynecologic oncology, 1975; 3: 32-39.
3. Mats Ahlgren, M.D., Ingemar Ingemarsson, M.D., And cols. Conization As treatment of Carcinoma In situ of the Uterine Cervix. Obst-Gynecol. 1975; 46: 135-139.
4. E. Burghart, M.D., And E. Hoizer. Treatment of carcinoma In situ: Evaluation of 1609 Cases. Obstetrics And Gynecology. 1980; 55: 539-545.
5. Bengt Bjerre, M.D., Gosta Eliasson, M.D. And Cols. Conization As Only treatment Of carcinoma in situ of Uterine cervix . Am.J. Obstet-Gynecol 1976; 125: 143-152.
6. Richard Reid, M.D., And Patricia Scalzi, Ph.D. Genital Warts And Cervical Cancer. Am.J. Obstet-Gynecol. 1985; 153: 611-618.
7. Per Kolstand, M.D., And Valborg Klem, M.D. long Term Followup of 1121 Cases of carcinoma In situ. Obstetrics Gynecology Journal of. 1976; 48: 125-129.
8. Stig Kullander and Nils. Otto Sjoberg. Treatment of Carcinoma in situ of the Cervix Acta Obstet Gynecol. Scand 1971; 50: 153-157.
9. V. Cecil Wright, M.D., Eleanor Davies, M.D.. Laser Surgery for Cervical Intraepithelial Neoplasia: Principles and Results. Am.J. Obstet-Gynecol 1983; 145: 181-1845.

10. Michael S. Baggish, M.D., James H. Dorsey, M.D., And Mark Adelson, M.D. A ten year Experience Treating Cervical Intra epithelial Neoplasia With the Co2 Laser. *Am. J. Obstetric Gynecol.* 1989;161:60-68.

11. Howard C. Adelman, Steven I. Hajdu, M.D. e, Afld Cois Role of Conization in the Treatment of Cervical Carcinoma in situ. *A m. J. Gynecol Obstetric* 1967;98:173-179

12. Néstor H. Amorocho, M.D. Martin E. Guardiola M.D.. Cono cervical con radiocirugía: a Alternativa en Diagnóstico y tratamiento de Neoplasia Intra epithelial del Cervix. *Rev-Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 1993;4:297-300.

13. Frank Girardi, M.D. Michaela Heydarfadai, M.D. ,And Cols. Cold Knife Conization versus Loop Excision: Histopathologic and Clinical Results of a Randomized trial. *Gynecologic Oncology.* 1994;55:368-370.

14. Stephen Matsecane, M.D., Sterling B. Williams, M.D., And cols. Diagnostic value of conization of the Uterine Cervix in the management of cervical neoplasia: A Review of 756 consecutive patients. *Gynecologic Oncology.* 1992;47:287-291

15. E.J. Buxton, Marcog, D.M And cols. Residual Disease Afetr Cone Biopsy: Completeness of Excision And Follow-Up Cytology As Predictive Factor. *Obsterics And agaynecology* 1987;70:559-532.

16. Minoru Ueki, Kosuke Kitsuki, Osamu Misaki, Yasuo Seiki And Masatsugu Ueda. Clinical Evaluation of Contact Nd-Yag Laser conization for Cervical Intraepithelial neoplasia of the Uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:465-470.

17. Erik Soegaard Andersen, M.D., Bjoem Pedersen, M.D., And Karsten Nielsen, M.D. Laser Crization: The Results of Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Gynecologic-Oncology.* 1994; 54:201-204.

18. Brunella Guerra, M.D., Gerado Guida, M.D., And Cols. Microc olposcopic Topographic Endocervical Assesment Before Excisional Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet-Gynecol.* 1996;88:77-81.