

11217
8A
20y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3
Centro Médico La Raza

"ANALISIS DE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 3

[Handwritten signature]

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I D A D E N:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
QUE PRESENTA EL DR.
CARLOS GERARDO SALAZAR LOPEZ-ORTIZ

ASESOR DE TESIS:
DR. JAVIER MENDEZ GONZALEZ

MEXICO, D. F.

1986



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAGS.
I.- INTRODUCCION	1
II.- MATERIAL Y METODOS	7
III.- RESULTADOS	10
IV.- ANALISIS DE RESULTADOS	23
V.- CONCLUSIONES	34
VI.- BIBLIOGRAFIA	39

I. INTRODUCCION

siendo evidente que mientras más compañeros existan, mayor será la propensión al cáncer. Hay reportes que indican que las pacientes que inician actividad sexual antes de los 17 años de edad tienen mayor riesgo ya que los cambios biológicos que ocurren en la adolescencia, aumentan la susceptibilidad de agentes carcinogénicos en la fase dinámica de la metaplasia (6). Las células que sufren mutación son expresadas por citología e histología como NIC después de un período de latencia(7). Además se ha reportado un aumento de la frecuencia de CaCu en mujeres jóvenes con aumento obvio de la displasia y el CaCu in Situ(8).

El Papanicolaou es el método que intenta identificar a las mujeres con NIC antes de desarrollar carcinoma invasor (9,10). Cuando existe un programa de detección oportuna de cáncer, el carcinoma invasor en teoría debe de eliminarse por completo, -- sin embargo, aun en el programa más completo esto no es posible (11,12), pero lo que sí es posible es encontrar a estas enfermas en un estadio más temprano. Por lo anterior, cualquier alteración cervical sin importar que tan pequeña sea, requiere de evaluación pronta con estudio de colposcopia, con o sin biopsia, revisando el grosor del epitelio, el color exacto del mismo, los contornos de la superficie, la atipia vascular y la tinción con lugol (13). A pesar de los avances en el estudio colposcópico, -

cies epidérmicas o mucosas (18,19,20). Por otra parte, debe tomarse en cuenta en la génesis del CaCu la asociación de materiales del coito que actúan como carcinogénicos sobre las células con metaplasia activa, desarrollándose así anomalías tempranas.

El CaCu y el NIC tienen una prevalencia en mujeres jóvenes. Por tal motivo, hasta que no se sepa la etiología exacta del carcinoma, tendrá que erradicarse en forma más temprana las neoplasias (21).

Una vez operadas las pacientes de histerectomía deben de seguirse con citologías de control cada año por lo menos durante dos años y posteriormente de por vida para prevenir el carcinoma de cúpula vaginal (22).

El número de CaCu ha aumentado, sin embargo, el número de cáncer invasor ha disminuido. La edad de aparición es cada vez más temprana. Cuando existen en estas pacientes evidencia de frotis sospechosos, se realiza colposcopia, biopsia dirigida y en caso de no tener diagnóstico preciso, se realiza la conización cervical para precisarlo y resolver el problema en la forma más conveniente (23).

Hasta el momento el estudio citológico para la detección oportuna de CaCu no cubre por completo a todas las pacientes, -

II. MATERIAL Y METODO

Una vez reunido el grupo de pacientes, se analizaron los siguientes parámetros: Edad, paridad, edad de inicio de actividad sexual, promiscuidad sexual, circuncisión en el conyuge, leucorrea crónica, hemorragia post-coito, citología de envfo, citología en el HGO 3 , estudio colposcópico, resultado de la biópsia, resultado de la conización cervical, tiempo transcurrido entre la conización e histerectomfa, resultado de pieza quirúrgica y por ultimo análisis de la citología de control.

Como método estadístico, se utilizó la Chi Cuadrada para algunos parámetros y para otros se realizó análisis de sensibilidad y especificidad.

III. RESULTADOS

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

EDAD

AÑOS	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
20 - 25	3	2.41 %
26 - 30	21	16.93 %
31 - 35	22	17.74 %
36 - 40	20	16.12 %
41 - 45	12	9.67 %
46 - 50	15	12.13 %
+ DE 50	31	25.0 %
TOTAL	124	100.0 %

CUADRO I

$\chi^2 = 2.27$ |gl|
P > 0.1 NS

PARIDAD

Nº. DE EMBARAZOS	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
NULIPARA	1	0.81 %
GESTA I	5	4.04 %
GESTA II	9	7.25 %
GESTA III	17	13.71 %
GESTA IV	21	16.94 %
GESTA V O MAS	71	57.25 %
TOTAL	124	100.0 %

CUADRO 2

χ^2_{39} |g|

P < 0.001

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

EDAD	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 15	11	8.87 %
15 - 20	87	70.20 %
21 - 25	19	15.32 %
26 - 30	6	4.83 %
31 - 35	1	0.81 %
TOTAL	124	100.0 %

CUADRO 3

$\chi^2 = 61.9$
 $|g| p < 0.001$

FACTORES DE RIESGO

PARAMETROS	SI	NO	NO CONSIGNADOS
PROMISCUIDAD	4(3.23 %)	102(82.25 %)	18 (14.52 %)
CIRCUNCISION	5(4.03 %)	70(56.45 %)	49(39.52 %)
LEUCORREA	50(40.32 %)	53(42.75 %)	21(16.93 %)
HEMORRAGIA	8(6.45 %)	83(66.94 %)	33(26.61 %)

CUADRO 4

CITOLOGIA DE ENVIO

PARAMETRO	N. DE CASOS	PORCENTAJE
DISPLASIA LEVE	11	8.87 %
DISPLASIA MODERADA	20	24.80 %
DISPLASIA SEVERA	36	29.03 %
CACU IN SITU	52	41.94 %
VIRUS PAPILOMA	5	4.03 %
INFLAMACION	5	4.03 %
CONDILOMA	3	2.42 %
CA INVASOR	5	4.03 %

CUADRO 5

CITOLOGIA HGO 3 CMR

PARAMETRO	N. DE CASOS	PORCENTAJE
DISPLASIA LEVE	11	8.87 %
DISPLASIA MODERADA	16	12.90 %
DISPLASIA SEVERA	29	23.39 %
CACU IN SITU	57	45.97 %
VIRUS PAPILOMA	15	12.09 %
INLAMACION	9	7.25 %
CA INVASOR	5	4.03 %

CUADRO 6

ESTUDIO COLPOSCOPICO

RESULTADOS HALLAZGOS	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
NORMAL	3	2.42 %
MOSAICO	59	47.59 %
LEUCOPLASIA	74	59.67 %
SCHILLER	100	80.64 %
ECTROPION	24	19.35 %
NO CONSIGNADO	18	14.51 %

CUADRO 7

BIOPSIA DE CERVIX

RESULTADO	N.º DE CASOS	PORCENTAJE
NO CONCLUYENTE	8	6.45 %
DISPLASIA MODERADA	13	10.48 %
DISPLASIA SEVERA	21	16.93 %
CACU IN SITU	67	54.03 %
CACU INVASOR	6	4.84 %
CONDILOMA	20	16.12 %
CERVICITIS CRONICA	11	8.87 %
ADENOCARCINOMA	1	0.81 %

CUADRO 8

CONIZACION CERVICAL

RESULTADOS HALLAZGOS	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
NO CONIZABLE	10	8.06 %
CERVICITIS CRONICA	26	20.97 %
CONDILOMA	17	13.70 %
DISPLASIA LEVE	9	7.25 %
DISPLASIA MODERADA	11	8.87 %
DISPLASIA SEVERA	14	11.29 %
CACU IN SITU	27	21.77 %
IN SITU CON EXT GLAND	40	32.25 %
CA INVASOR	10	8.06 %
BORDES AFECTADOS	9	7.25 %
ADENOCARCINOMA	2	1.62 %

CUADRO 9

TIEMPO ENTRE CONIZACION E HISTERECTOMIA

TIEMPO	N ^o DE CASOS	PORCENTAJE
NO AMERITO	21	15.94 %
5-8 SEMANAS	27	21.77 %
9-12 SEMANAS	44	35.48 %
13-15 SEMANAS	14	11.29 %
16-20 SEMANAS	5	4.03 %
21-30 SEMANAS	3	2.42 %
MAS DE 30 SEMANAS	3	2.42 %
HISTERECTOMIA PENDIENTE	7	5.64 %
TOTAL	124	100.00 %

CUADRO 10

ANALISIS DE LA PIEZA

REPORTE	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CERVICITIS CRONICA	66	53.22 %
METAPLASIA	18	14.51 %
DISPLASIA LEVE	12	9.68 %
DISPLASIA MODERADA	19	15.32 %
CACU IN SITU	10	8.06 %
IN SITU C EXT. GLAND.	18	14.51 %
CA INVASOR	7	5.64 %
ADENO CA CERVIX	2	1.62 %

CUADRO II

CITOLOGIA DE CONTROL

RESULTADO	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
METAPLASIA	4	3.22 %
DISPLASIA MODERADA	2	1.62 %
CARCINOMA	3	2.41 %
NO TIENE CITOLOGIA	41	33.06 %
INFLAMACION	45	36.29 %
NORMAL	14	11.29 %
PENDIENTE	9	7.25 %

CUADRO 12

Para hacer un análisis congruente de algunos de los datos - previamente presentados es necesario señalar el hecho que de -- las 124 pacientes estudiadas, sólo 9 (7.25%) tuvieron CaCu in- vasor en el reporte de la pieza quirúrgica, correspondiendo 7- a carcinoma epidermoide y 2 a adenocarcinoma del cervix(cuadro 11), casos que se encontraban en etapa clínica Ia. El resto de las pacientes, o sea, 115tenían NIC en cualquiera de sus eta- pas o bien CaCu in Situ. De acuerdo con la literatura, las eta- pas de NIC II y III corresponden a mujeres jóvenes que aún no- rebasan la quinta década de la vida (24). En nuestro grupo en- contramos 66 pacientes (53.22%)con las características antes - mencionadas, de suerte que 58 pacientes (46.77%) a pesar de -- que teóricamente estarían en etapas avanzadas, fueron encontra- das en situación muy útil para tratamiento. (cuadro 1. $P > 0.1$ - N.S.).

En relación a gestaciones (cuadro 2) hubo una nulípara, 9 - con dos partos y 17 con tres partos para hacer un grupo de 32- pacientes (25.80%) contra 92 (74.19%) multíparas y grandes mul- típaras con una $P < 0.001$.

Sólo 4 (3.22%) manifestaron promiscuidad sexual y 70(56.45%) refirieron tener conyuge no circuncidado, dándose el caso que - 49 (39.51%) no pudieron proporcionar el dato por ignorar lo que

el término circuncisión significa o por no saber si su pareja - estaba operada o no. Solamente 53 pacientes (42.74%) manifestaron leucorrea crónica, pero hubo 50 (40.32%) que lo negaron, lo cual no marca una diferencia importante. En 21 casos (16.93%) - no se consiguió el dato, en 8 pacientes (6.45%) se presentó san grado postcoito contra 83 (66.93%) que no lo tuvieron y en 33 - (26.61%) lo ignoramos, por lo que este dato no puede tomarse -- con confiabilidad (cuadro 4).

Los diagnósticos citológicos de envío de los diferentes módu los de DOC periféricos fueron de 36 casos de displasia severa, -- 52 casos de CaCu in situ para un total de 88 probables casos de NIC III (cuadro 5). La corroboración del departamento de Citolo gía del HGO 3 fue de 29 casos de displasia severa y 56 de CaCu in situ (cuadro 6) lo que evidencia una sensibilidad de otros - módulos a la displasia severa del 85%. Por lo que respecta a la displasia leve y moderada, los resultados fueron de 11 y 20 para los módulos de DQC y de 11 y 16 respectivamente para el HGO 3 para una sensibilidad del 100%. Los módulos reportaron 5 casos de virus de papiloma y 3 de condiloma para un total de 8, mientras que en el hospital se reportaron 15 casos de virus. Ambos grupos reportaron 5 casos de carcinoma invasor.

A todas las pacientes se les intentó estudio colposcópico --

siendo imposible realizarlo o inadecuado en 18 casos (14.51%) por condiciones especiales de ellos. El diagnóstico colposcópico más frecuente fue de leucoplasia para 74 casos (59.67%), seguido de mosaico con 60 casos (48.38%). El resto tenían alteraciones de imágenes no atípicas, como 24 ectropiones (19.35%) y 4 (3.22%) normales, por ejemplo (cuadro 7). Hay que mencionar que estas lesiones coexisten por lo que no se puede establecer una comparación directa entre resultado de citología y tipo de lesión.

Pensamos que más que asociar un resultado con otro, lo importante es que la citología nos lleve a practicar la colposcopia que nos oriente de donde tomar las muestras de biopsia. En estas condiciones solamente se tomaron 106 biopsias de cervix que dieron lugar a 146 diagnósticos anatomopatológicos por la coexistencia de dos o más lesiones en cada muestra (cuadro 8). Como dato digno de comentar tenemos que en 8 de ellos (6.45%) el reporte anatomopatológico no fue concluyente. Esto hace pensar que además de practicarla con tiempo adecuado y técnica tenemos un hueco que debemos subsanar con mayor experiencia dado a que estos estudios no son efectuados por una sola persona, sino que son realizados por un grupo en el que existen diferencias importantes.

El diagnóstico más frecuente fue el CaCu intraepitelial -- por lo que respecta a biópsia dirigida por colposcopia, con - 67 casos (54.03%) que debemos comparar con 52 con el mismo -- diagnóstico por citología vaginal de los módulos de DOC y los 56 detectados en la Unidad, evidenciando una sensibilidad del 91% y una especificidad del 35%.

La conclusión más evidente es que la citología aún no cubre satisfactoriamente el diagnóstico de CaCu in situ al comparar ambos grupos de citólogos con el diagnóstico del patólogo de las muestras tomadas con orientación colposcópica.

Ahora bien en relación con displasias, tuvimos 21 casos de displasia severa (16.93%) contra 36 diagnósticos citológicos de los módulos de DOC y 29 de los módulos de citología del -- HGO 3 .

Las biópsias proporcionaron 20 casos de condiloma (18.86%). Desde el punto de vista diagnóstico, la citología en estos ca sos es insuficiente ya que solamente se tenían 5 y 15 casos - de virus de las citologías respectivamente de acuerdo a los - módulos de DOC. Probablemente sea necesario mayor experiencia para encontrar las células alteradas por los virus, valiendo la pena que este dato también el clínico lo maneje sobre la - base de que el número real de casos sea mayor que el reporta- do por citología.

Por otro lado, también deben compararse los siguientes resultados: de 106 biópsias, 88 corresponden a NIC III (83.01%), dados por 67 casos de CaCu in situ y 21 casos de displasia severa --- (19.81%) y 20 casos de condilomas (18.86%). La relación de 20 - casos de condilomas en 106 biópsias sospechosas es de 1:5.3 pero la relación con NIC III es de 1:4.4 que pensamos que es muy elevada para ser explicada solamente por azar. Cobra pues cierta vigencia ante nuestros ojos y ante estos resultados la asociación viral con el CaCu (25,26).

Por lo que respecta al análisis de los conos mencionaremos - que 10 pacientes no podían ser conizadas por tener el cervix -- completamente cupulizado, de manera que se dispuso de 114 conos y que como es lógico, dieron lugar a muchos diagnósticos por la coexistencia de los mismos (cuadro 9).

Las 10 pacientes que no pudieron ser conizadas, se sometieron a Histerectomía. Se diagnosticaron por cono 67 casos de carcinoma in situ de los cuales 40 (59.70%) tenían extensión glandular. El número total de CaCu in situ es el mismo que se había - obtenido por biópsia dirigida, lo cual reporta una sensibilidad a CaCu del 100%. Los casos de displasia severa fueron de 17 solamente, 4 menos que antes por que probablemente la biópsia extirpó toda la lesión. Algo similar se encontró en la infección-

por virus del papiloma ya que solamente se reportaron 17 casos contra los 20 previos.

Como dato de gran importancia señalaremos que: se encontraron 9 casos de carcinoma invasor, contra 5 reportados por citología y 6 por biópsia, o sea que hasta el momento del cono no se pudo definir completamente el grado de avance y penetración de la lesión, a pesar de todos los estudios previos. Se diagnosticaron 2 casos de adenocarcinoma del endocervix y solamente teníamos conocimiento de un caso.

En 9 casos los bordes quirúrgicos estaban afectados y por lo tanto, el cono se consideró insuficiente. Hubo además 11 casos de displasia moderada, 9 para leve y 26 casos para cervicitis crónica.

El manejo final de las 124 pacientes fue el siguiente: 21 casos, se dejaron en el cono (16.93%), 9 por tratarse de mujeres jóvenes que aún tenían deseo de aumentar su paridad, 6 por que a pesar de tener NIC III su edad y el riesgo quirúrgico -- elevado hicieron electivo el control citológico. En 6 casos -- por tratarse de displasias leves o moderadas también se maneja ron en forma conservadora con controles periódicos. Al realizar el análisis de estos resultados 7 pacientes aún no habían sido sometidas a histerectomía (cuadro 10).

El resto de las pacientes (96 mujeres) fueron histerectomizadas para un porcentaje del 77.42%. A 10 de ellas (8.06%) se les practicó histerectomía radical 9 casos de CaCu invasor y uno de adenocarcinoma del cervix. Todas resultaron con ganglios negativos. Las 86 pacientes restantes, fueron sometidas a histerectomía extrafascial (69.35%).

Los reportes anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas -- amerítan un análisis cuidadoso. 28 pacientes tuvieron CaCu in situ, de los cuales 18 tenían extensión glandular. En 7 casos -- hubo cáncer invasor de los 9 ya conocidos. Esto quiere decir -- que 25 pacientes de 96 histerectomizadas (86 simples y 10 radicales) tenían tumor. 31 pacientes mostraron displasia (12 leves -- y 19 moderadas). Hubo además 66 diagnósticos de cervicitis crónica y 18 casos de metaplasia (cuadro 11).

Aunque el grupo es heterogéneo y puede argumentarse que 10 -- pacientes no habían sido conizadas previamente por dificultades técnicas y que nueve de los conos fueron insuficientes no todos correspondieron a estas situaciones.

Esto es una fuerte llamada de atención para volver a meditar si el cono además de ser un excelente medio de diagnóstico es -- curativo o no lo es. A la luz de estos resultados pensamos que -- no lo es pues la patología encontrada en las piezas quirúrgicas

es múltiple, ahigarrada y preocupante como para tomar conductas conservadoras. Pensamos que el cono debe quedar limitado a pacientes muy bien seleccionadas por condiciones especiales de edad, paridad, riesgo quirúrgico, tipo de diagnóstico, etc., pero no como una conducta generalizada por ser peligrosa. Aún debemos de agregar otros datos interesantes. De las 96 pacientes operadas, 41 no han sido sometidas a control citológico posterior, pero a las 55 restantes se les han tomado 1 a 2 citologías y tenemos 3 reportes de carcinoma epidermoide, 2 de displasia moderada que continuan en estudio (cuadro 12).

Como comentario podemos señalar que dado a que nuestro servicio acuden pacientes enviadas de los diferentes módulos de DOC por las campañas, sin tener ninguna selección desde el punto de vista citológico, los resultados son excelentes porque colocan en control médico a pacientes con estadios clínicos tempranos con posibilidades de tratamientos útiles, sencillos, de bajo costo en relación a los necesarios para estadios más avanzados.

Los factores que predisponen a la enfermedad citados con más frecuencia (27,28), como el inicio de actividad sexual temprana y la multiparidad, tuvieron significancia estadística en el presente trabajo con una $P < 0.001$. El resto de los factores como la edad, promiscuidad sexual, leucorrea crónica, falta de circun-

cisión en el conyuge, sangrado post coito no tuvieron significancia. (cuadros 3 y 4)

De acuerdo a los resultados emitidos en los cuadros ya señalados, la comparación de resultados es homogénea lo que permite concluir que sí son confiables los reportes de la campaña de -- DOC del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Debido a la gran cantidad de diagnósticos y manera de reportar los estudios colposcópicos, hacemos una llamada de atención para que se realice en forma homogénea el estudio colposcópico-siguiendo los lineamientos de lectura de los mismos, analizando la coloración de la superficie, las atipias vasculares, la tinción con lugol además de otros parámetros de menor importancia- (13).

Por otro lado, se toman con displasias severas a un buen número de casos de CaCu in situ. Dada la trascendencia de estas importantes diferencias diagnósticas en todos los casos de displasia severa sobre la duda razonable de que muchos de ellos serán a fin de cuentas cánceres intraepiteliales. Por otro lado, si conocemos la tenue frontera que hay entre uno y otro grado de alteración desde el punto de vista anatomopatológico, comprendemos que la dificultad de los citólogos para inclinarse por una u otra parte es grande, pero debemos de estar siempre en guar--

dia ante ella.

El grado de sensibilidad de los módulos de DOC en comparación con el HGO 3 fue del 91% global en relación a displasias y CaCu y su especificidad fue del 35%.

La comparación de citología contra biópsia en el HGO 3 demuestra una sensibilidad del 73% y una especificidad del 31%.

Cuando se compara biópsia contra cono, se obtuvo una sensibilidad del 87% y no fue específico porque escaparon a su detección 4 casos. Finalmente la sensibilidad del cono contra la hysterectomía fue del 100% y del 43% de especificidad.

V. CONCLUSIONES

El servicio de Ginecología del Hospital de Gineco-Obstetricia # 3 del Centro Médico la Raza I.M.S.S. tiene un protocolo de manejo de las pacientes que les son enviadas de los módulos de DOC del IMSS que comprende: nueva citología en el HGO colposcopia, biópsia dirigida, conización cervical, histerectomía y seguimiento de acuerdo al caso.

En el servicio labora un grupo de médicos y todos participan de estas actividades, así que las diferencias en experiencia y habilidad deben ser importantes y deben ser tomadas en cuenta como una variable grande.

De acuerdo con lo anterior y los resultados presentados y comentados, podemos realizar las siguientes conclusiones:

En la población que nosotros manejamos, los factores predisponentes habitualmente aceptados para el CaCu no son evaluables.

Los módulos de DOC de la campaña del IMSS, son confiables. Tal vez falte un poco de experiencia en la identificación de las lesiones por el virus del Papiloma Humano, reportandose una sensibilidad global del 91% en relación a displasias severas y CaCu y su especificidad fue del 35%, permitiendo tomar biópsias útiles en el 95% de las veces.

La colposcopia es adecuada en el 80% de los casos, permitiendo tomar biópsia en la frecuencia ya comentada, teniendo una --- sensibilidad del 73% y especificidad del 31% al comparar citología con biópsia dirigida.

Las biópsias dirigidas por colposcopia hacen evidente que -- los diagnósticos citológicos del CaCu se queden cortos, es de-- cir, muchos de ellos se reportan citologicamente como displa--- sias severas. Desde el punto de vista clínico, hay que tomarlo--- muy en cuenta y nos reafirma la importancia y el buen juicio de la clasificación del NIC al considerar ambas lesiones como grado III y darles la misma importancia y manejo.

Estas mismas biópsias, correlacionan mejor con la citología en el caso del cáncer invasor.

Por último, nos muestran que el diagnóstico de infección -- por virus de papiloma es más frecuente que lo encontrado por - citología y nos permite mantener vigente la hipótesis de rela- ción causal entre virus y cáncer (19).

El cono cervical no es posible de realizar en todas las pa- cientes por dificultades técnicas y no creemos que las bióp---

sias en cuña sean un buen sucedaneo ya que estas son por azar, a pesar de que la sensibilidad sea del 87% al comparar biópsia contra conización. Pensamos que ante la duda franca es mejor - la histerectomía extrafascial aunque se corra el riesgo de algún hallazgo de invasor en la pieza quirúrgica, situación muy-ocasional después de la citología, colposcopia y biópsia.

El cono no siempre es suficiente, pues aunque se tome con - todas las precauciones fijadas por la técnica quirúrgica, habrá casos en los que sus bordes no estén libres de lesión.

El cono permite asegurar el grado de invasión del carcinoma y definir la conducta más adecuada.

El cono NO es curativo. Los hallazgos de lesiones residuales en las piezas quirúrgicas de histerectomía así lo demuestran en un porcentaje lo suficientemente alto como para no tomarlo en cuenta.

Incluso la histerectomía, parece no ser cien por ciento curativa en casos de NIC III o CaCu microinvasor, ya que en controles citológicos postquirúrgicos, se han encontrado citologías-

positivas, quedando la interrogante ¿por estudio previo deficiente? o ¿por defecto en la técnica quirúrgica?

Aunque los resultados presentados no corresponden muy estrechamente con los conceptos aceptados ortodoxamente en relación al NIC y CaCu, pensamos que el protocolo de manejo actual en el hospital es útil y rinde resultados muy aceptables en el manejo de estos problemas.

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

VI . BIBLIOGRAFIA

- 1.- Richart, R.M. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obstet Gynecol 10:723, 1967.
- 2.- Benoit, A.G. Results of prior cytologic screening in patients with a diagnosis of Stage I Carcinoma of the cervix. Am.J. Obstet Gynecol 148:690, 1984.
- 3.- Task Force convened by the department of National Health and Welfare: Cervical Cancer Screening Programs. Can. -- Med. Assoc J. 114:1003, 1976.
- 4.- Wright, V.C. Age at beginning of coitus versus chronological age as a basis for Papanicolaou smear screening: An analysis of 747 cases of preinvasive disease. Am. J. Obstet Gynecol 149:824, 1984.
- 5.- Berkowitz, R.S. et al: Invasive Cervical Carcinoma in -- young women. Gynecol Oncol 8:311, 1979.
- 6.- Rotkin I.D. Cervical Carcinogenesis:An epidemiologic model applicable to control programs. Cancer Research 39: - 165, 1972.
- 7.- Coppleson, M. The origin and nature of premalignant lesions of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet 8:593, 1970.
- 8.- Carmichael, J.A. et al: The cytologic history of 245 patients developing invasive cervical carcinoma. Am J Obstet Gynecol 148:685, 1984.

- 9.- Stenkvist, B. et al: Papanicolaou Smear Screening and Cervical Cancer. What can you expect? JAMA 252:1423, 1984.
- 10.- Bjerre, B.: Invasive Cervical Cancer in a cytologically --- screened population. Acta Obstet Gynecol Scand 62:569-574, 1983.
- 11.- Walton, R.J. et al: Cervical Cancer Sreenig Programs. Can. Med Assoc J. 127: 581, 1982.
- 12.- Rylander, E.: Cervical cancer in women belonging to a cytologically screened population. Acta Obstet Gynecol ---- Scand 55:361, 1976.
- 13.- Richard, R., et al: Genital warts and cervical cancer. IV. A colposcopic index for differentiating subclinical papillomaviral infection from cervical intraepithelial neoplasia. Am J. Obstet Gynecol 149:815, 1984.
- 14.- Reid, R. Genital warts and cervical cancer. V. The tissue basis of colposcopic change. Am J. Obstet Gynecol 149:293, 1984.
- 15.- Schuurmans, S.N. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with electrocautery: Report of 426 cases. Am J. Obs tet Gynecol 148:544, 1984.
- 16.- Dietl, J. et al: CIN and preclinical cervical carcinoma. A study of morbidity trends over a 10 year period. Int J. -- Gyneacol Obstet 21:283, 1983.

- 17.- Coppleson, M. Colposcopy: a scientific and practical -- approach to the cervix and vagina in health and disease. 2nd Edition Springfield Illinois: Charles C. and Thomas-Publisher, 1978.
- 18.- Reid R. et al: Genital warts and cervical cancer II. Is human papilloma virus infection the trigger to cervical-carcinogenesis. Gynecol Oncol 15:239, 1983.
- 19.- Reid R. et al: Genital warts and cervical cancer. I. Cancer 50:377, 1982.
- 20.- Reid R. et al: Genital warts and cervical cancer III. -- subclinical papillomaviral infection and cervical neoplasia are linked by the spectrum of continuous morfologic - and biologic change. Cancer 53:943, 1984.
- 21.- Sadeghi, S.B. et al: Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia in sexually active teenagers and young -- adults. Am J. OHstet Gynecol 148:726, 1984.
- 22.- Fawdry, R.D.S. Carcinoma in Situ of the Cervix: is post--histerectomy cytology worthwhile? Br. J. Obstet Gynecol- 91:67, 1984.
- 23.- Staf1, A. Diagnóstico y tratamiento de la Neoplasia Intra epitelial. Clin Obstet Gynecol Vol.4 pp:1129, 1983.
- 24.- Andrews, F.J. et al: Cervical cancer in younger women. -- Lancet 2:776, 1978.

- 25.- Howley, P.M. : The human papillomaviruses. Arch Pathol Lab Med. 106:429, 1982.
- 26.- Meisles A. , Morin, C. : Human papillomavirus and cancer - of the uterine cervix. Gynecol Oncol 12:S111, 1981.
- 27.- Rotkin I.D. et al: Clusters of variables influencing -- risk of cervical cancer. Cancer 21:663, 1968.
- 28.- Rotkin I.D et al. Adolescent coitus and cervical cancer: Association of related events with increased risks. Cancer-Res. 27: 603., 1968.