

11217

79 20j



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Dr. Luis Castelazo Ayala"
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Instituto Mexicano del Seguro Social

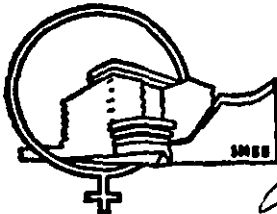
**"CONIZACION DEL CERVIX EN EL MANEJO INTEGRAL
DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL"**

[Handwritten signature]

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de Especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. MANUEL JESUS SANCHEZ MARTINEZ

Asesores **DR. MANUEL VILLALOBOS ROMAN**
DR. ELIAS KARIM SILBY SESIN



México

**D. F. TESIS CON
FALLA EN ORIGEN**

1987



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.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
ORIGEN DEL CANCER CERVICAL	3
MANEJO Y EVALUACION DEL CIN	6
CITOLOGIA VAGINAL	7
COLPOSCOPIA	8
BIOPSIA CERVICAL	15
CONDIZACION CERVICAL	15
MATERIAL Y METODOS	22
RESULTADOS	24
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUCCION

DURANTE LAS 3 ULTIMAS DECADAS SE HA LOGRADO UNA MEJOR COMPRENSION SOBRE LA HISTORIA, EPIDEMIOLOGIA Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL CERVIX, DANDO COMO RESULTADO DIFERENTES ESQUEMAS DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. SIN EMBARGO, AUN EXISTEN CONTROVERSIAS Y SIGNIFICATIVOS DEFECTOS EN LA EVALUACION DE LAS PACIENTES CON PATOLOGIA CERVICAL, LO QUE REDUNDA EN UN RETRASO EN EL DIAGNOSTICO Y POR ENDE EN EL TRATAMIENTO .

ASI, A PESAR DE LA DISMINUCION ESTADISTICA EN RELACION A LA PREVALENCIA, LA INCIDENCIA Y LA MORTALIDAD DEL CARCINOMA DE CERVIX , SE ENCUENTRAN CASOS EN LUGARES DONDE SE LLEVAN A CABO DIFERENTES TIPOS DE ESQUEMAS PARA LA DETECCION OPORTUNA DEL CERVIX EN FORMA MASIVA; ESTO SUGIERE EL HECHO DEMOSTRADO DE QUE EL CANCER ES POTENCIALMENTE PREVENIBLE, CUANDO EL DIAGNOSTICO Y LA EVALUACION DE LA PACIENTE SE REALIZAN ADECUADAMENTE Y EN MANOS DE PERSONAL ESPECIALIZADO.

LA EVIDENCIA DEL CONCEPTO ACTUAL EN LA QUE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (CIN) ES UN EVENTO CONTINUO Y QUE SU EVOLUCION ESTA DADA POR DIFERENTES FACTORES AL AZAR Y EN EL QUE SE ENGLOBALAN PRECURSORES DE UNA ENTIDAD UNICA, LOS CUALES HAN SIDO DELIMITADOS EN FORMA ARBITRARIA CON EL UNICO PROPOSITO DE FACILITAR SU COMPRENSION Y ENTENDERLA COMO UNA SOLA ENFERMEDAD; EN LA CUAL SE ESTABLECE UN CAMINO DE LA NORMALIDAD QUE SIGUE HACIA LOS GRADOS PROGRESIVOS DEL CIN Y QUE POR ULTIMO TERMINARA EN UN CARCINOMA INVASOR.

RICHART INTRODUJO EL TERMINO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PARA ABRAZAR A TODOS LOS PRECURSORES Y ASI MEJORAR EL CONCEPTO DE UN ESPECTRO COMUN DEL CAMBIO. ESTE TERMINO (CIN) HA PAULATINAMENTE DESPLAZADO LOS ANTIGUOS TERMINOS DE DISPLASIA LEVE, MODERADA Y SEVERA .

LAS SUBDIVISIONES REALIZADAS ARBITRARIAMENTE POR RICHART HAN PERMITIDO UN ACERCAMIENTO A UN MANEJO MAS RACIONAL Y TIENDE A DISMINUIR LA RESPONSABILIDAD DEL PATOLOGO EN SU OBLIGACION DE BRINDAR UN DIAGNOSTICO UTIL Y PRECISO .(22)

POR OTRO LADO, SE HA ENCONTRADO QUE EL PICO DE LA PREVALENCIA DEL CA IN SITU SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN LA TERCERA DECADA DE LA VIDA Y EXISTEN REPORTE DE UN INCREMENTO EN LA FRECUENCIA DEL CIN EN ADOLESCENTES .

COMO EL CIN AFECTA CADA VEZ MAS MAYOR NUMERO DE MUJERES JOVENES AL COMIENZO DE SU EDAD REPRODUCTIVA (ENTRE 20 Y 29 ANOS) LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SE DIRIGEN A CONSERVAR LA CAPACIDAD CERVICAL EN CUANTO A LA FUTURA FERTILIDAD, ASI COMO A LA ELIMINACION DE LA NEOPLASIA .

A PESAR DEL AUMENTO CONTINUO DE METODOS AMBULATORIOS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CIN AUN LE QUEDA UN LUGAR IMPORTANTE A LA CONIZACION CERVICAL EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CIN.

ORIGEN DEL CANCER CERVICAL

HACE UNOS 25 AÑOS LOS ESTUDIOS DE LOS PATÓLOGOS LLAMARON LA ATENCIÓN RESPECTO A LA POSIBILIDAD DE QUE UNA LESIÓN TOPOGRÁFICA MUY ESPECÍFICA DEL ÚTERO MOSTRARA PREDISPOSICIÓN AL CÁNCER .

ENTRE LA PORCIÓN UTERINA Y LA VAGINAL DEL CUELLO HAY UNA BANDA CIRCULAR DE TEJIDO QUE EL HISTÓLOGO RECONOCE POR SU NÚMERO Y CONTENIDO GLANDULAR O CILÍNDRICO CON LA INCLUSIÓN DE ZONAS DE EPITELIO ESCAMOSO . EL HISTÓLOGO PRONTO SUPO QUE DICHO EPITELIO ERA ATACADO POR CAMBIOS CELULARES QUE INCLUIA UNA RESPUESTA INFLAMATORIA INTENSA, QUE SEGUN SE PENSÓ ERA LA FASE PREDECESORA DE LA APARICIÓN DEL CÁNCER ESCAMOSO . DESPUÉS SE PRESTÓ ATENCIÓN AL PROCESO DE TRANSICIÓN, ESTO ES DE EPITELIO GLANDULAR A ESCAMOSOS QUE EL HISTÓLOGO DENOMINÓ METAPLASIA Y QUE ACTUALMENTE SE CONSIDERA FISIOLÓGICO; SIN EMBARGO, AQUELLOS HALLAZGOS CUYOS DATOS HISTOLÓGICOS SEÑALABAN QUE HABÍAN COMENZADO ALTERACIONES NEOPLÁSICAS DEL EPITELIO, CASI SIEMPRE SE LOCALIZABAN DENTRO DE LA FRANJA TRANSICIONAL DE TEJIDO, A DICHA FRANJA SE LE DENOMINÓ ZONA DE TRANSFORMACIÓN . (11)

LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO METAPLÁSICO QUE EXPONE LAS CELULAS INTEGRANTES A LA TRANSFORMACIÓN NEOPLÁSICA, PUEDE EXPONERSE EN FORMA SINTETIZADA : LA CELULA CILÍNDRICA DEJA DE SECRETAR MOCO Y A MENUDO ASUME UN ASPECTO REDONDEADO Y SU SUPERFICIE EMPIEZA A MOSTRAR INNUMERABLES FILAMENTOS . ESTOS

REDISPOSICION DEL SISTEMA DE FILAMENTOS LLAMADA A MENUDDO CITOESQUELETO DE LA CELULA, LO CUAL ES CONGRUENTE CON SU NUEVA OCUPACION DE CELULA SINTETIZADORA DE QUERATINA, EN ESE MOMENTO LA CELULA COMIENZA UNA FASE DE CRECIMIENTO, PARA CONSTITUIR LA BASE DE UN NUEVO EPITELIO DE MULTIPLES CAPAS CUYAS CARACTERISTICAS SON LA CAPTACION DE ACIDO NUCLEICO Y PRECURSORES PROTEINICOS . (9)

REID HA EXPUESTO CON DETALLE LAS CONSECUENCIAS DE LA INVAGINACION DE LOS CONSTITUYENTES CITOPLASMATICOS INTERNALIZADOS EN ESTE PROCESO DE REDISPOSICION . LA IMPORTANCIA DEL FENOMENO ANTERIOR REBIDE EN LA OCLUSION DE INNUMERABLES PROTEINAS ESPECIALIZADAS, QUE SON CAPTADAS EN LA REDISPOSICION, MISMAS QUE PUEDEN INTERVENIR IMPORTANTEMENTE EN EL CONTROL DE LA FUNCION CELULAR Y CUYA OCLUSION AMINORA LA CAPACIDAD DEL ORGANISMO PARA CONTROLAR LAS CELULAS . TAL VEZ EBE SEA EL MECANISMO DE DESAPARICION DE UNA PROTEINA ESPECIALIZADA COMO LA ALFA 1 ANTITRIPSINA INVESTIGADO POR MILFORD Y SINGER EN CASOS , DE PRENEPLASIA Y NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO . (20,28)

CABE CONSIDERAR AL ORIGEN DEL CANCER COMO UNA INTERACCION DEL CARCINOGENO Y LA CELULA BLANCO EN LA QUE ACTUA .

LA TEORIA VIRAL DE LA CARCINOGENESIS PARTE DE LA IDEA DE QUE LOS GENES VIRALES O SUS COMPONENTES DE ACIDO NUCLEICO SE INTEGRAN Y MEZCLAN CON LA CELULA HUESPED Y EN ALGUNA FORMA LA ALTERAN PARA PRODUCIR ABERRACIONES EN EL CONTROL DEL CRECIMIENTO . EN LA ACTUALIDAD CUANDO MENDS TRES MICROORGANISMOS HAN ATRAIDO LA ATENCION DE LOS CIENTIFICOS COMO POSIBLES INDUCTORES DE LA

ACTIVIDAD CARCINOGENICA . SON CLAMYDIA TRACHOMATIS, EL VIRUS DEL HERPES Y EL PAPILOMA O VERRUGA . (9)

LAS INFECCIONES POR PAPILOMA VIRUS HUMANO SE HAN INCREMENTADO EN FORMA INTERESANTE EN LOS ULTIMOS ANOS ; CONSIDERADO UNA RAREZA APENAS HACE DIEZ ANOS, LA INFECCION POR PAPILOMAS SE DIAGNOSTICA ACTUALMENTE EN 1 AL 10% DE TODAS LAS MUESTRAS DE PAPANICOLAU . EL IMPETU DE RECONOCERLO VINO EN 1976 CUANDO MESISELS DEFINIO LOS CAMBIOS HISTOLOGICOS PRODUCIDOS POR LOS PAPILOMAS ; KOILOCITOS, PARAQUETOSIS Y DISCARIOSIS .

LA HIPOTESIS DE QUE EL PAPILOMA PUEDE TENER UN PAPEL EN EL CANCER GENITAL HUMANO ESTA BASADO EN ; 1.-LA CONDUCTA EPIDEMIOLOGICA SE IDENTIFICA CON LA DEL CIN ; 2.-SE TRANSMITE SEXUALMENTE . SE ENCUENTRA EN MUJERES CON UNA EDAD DE 27.5 ANOS COMO PROMEDIO, PRECEDEN AL CA IN SITU EN 9.3 ANOS Y AL INVASOR EN 27 ANOS . LA COEXISTENCIA DE CONDILOMA DE CERVIX CON DISPLASIA O NEOPLASIA SE OBSERVA EN EL 25 Y 50% DE LAS LESIONES DIAGNOSTICADAS EN CITOLOGIAS, CONOS E HISTERECTOMIAS. (2,18)

PROGRESION Y REGRESION

SE CONSIDERA QUE LA PROGRESION DEL CIN A CIS VARIA DE UN 0% A UN 70% Y DE CA IN SITU HA INVASOR VARIA ENTRE EL 80% AL 100% . LA ESCALA DE TIEMPO ENTRE CARCINOMA Y SITU Y EL INVASOR VARIA DE 1 A 20 ANOS .

NO OBSTANTE DE QUE EL TIEMPO DE PROGRESION NO ES ISOCRONO, RICHART CONSIDERA QUE EL CIN I PROGRESARA A CA IN SITU EN 50 A

60% EN 10 AÑOS . SE HA OBSERVADO QUE EL PERIODO DE PROGRESION DISMINUYE CUANDO EL GRADO DEL CIN ES MAYOR Y SE ESTIMA QUE EL TIEMPO APROXIMADO DE DISPLASIA LEVE A CIS ES DE 85 MESES, DE DISPLASIA MODERADA A CIS ES DE 35 MESES Y DE DISPLASIA SEVERA ES DE 12 MESES .

LA EDAD DE PRESENTACION DEL CIN HA DISMINUIDO, PRESENTANDOSE EN UN 22% DE LOS CASOS EN PACIENTES ENTRE LOS 15 Y 21 AÑOS . TAMBIEN EL PROMEDIO DE EDAD PARA LA APARICION DEL CIS HA DISMINUIDO DE 40 A 28 AÑOS DE EDAD .

MANEJO Y EVALUACION DEL CIN I

EN EL MANEJO TRADICIONAL DEL CIN EL PATOLOGO HA SIDO EL PRINCIPAL Y EN OCASIONES EL UNICO QUE DETERMINA EL ESTADIO Y POR ENDE EL MANEJO ; SIN EMBARGO ES BIEN SABIDO QUE EN OCASIONES LO QUE PARA UNO ES DISPLASIA PARA OTRO ES CA IN SITU . ES CLARO QUE EN LA ACTUALIDAD EL MANEJO ES MULTIDISCIPLINARIO Y SE BASA EN LA VALORACION DE LAS LESIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO, HISTOLOGICO Y COLPOSCOPICO, BUSCANDO QUE LA PACIENTE TENGA LA ATENCION ADECUADA .

DENTRO DEL PROTOCOLO DE MANEJO Y EVALUACION DEL CIN DEL HOSPITAL " DR.LUIS CASTELAZO AYALA " SE INICIA EL ESTUDIO CUANDO EN UNA PACIENTE SE DETECTAN ALTERACIONES EN LA PRUEBA DEL PAPANICOLAU .

CITOLOGIA VAGINAL

EXISTEN EN LA ACTUALIDAD MUCHOS ESQUEMAS EN RELACION A LA FRECUENCIA POR LA QUE SE DEBE EMPLEAR LA CITOLOGIA VAGINAL PARA LA DETECCION DEL CA DE CERVIX . ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE CON DOS FROTIS NEGATIVOS Y ALGUNOS CON TRES DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE LA FOSIBILIDAD DE OBTENER UN FROTIS POSITIVO SUBSIGUIENTE Y QUE LA FRECUENCIA DE LAS MUESTRAS DEPENDERA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CADA PACIENTE EN PARTICULAR.(23)

LA SEGURIDAD DE LA CITOLOGIA ES GENERALMENTE ELEVADA Y POR EL COSTO Y SU DISPONIBILIDAD SE CONSIDERA LA MEJOR PARA RASTREO DEL CIN EN POBLACION ABIERTA .

LAS FALSAS POSITIVAS SON RARAS Y OCURREN CUANDO EXISTEN FENOMENOS DE REPARACION Y OTRAS FUENTES DE ANORMALIDADES CITOLOGICAS .

LAS FALSAS NEGATIVAS SON UN PROBLEMA MAS COMPLEJO, YA QUE EN EL, SE INVOLUCRAN PROBLEMAS DE LA TECNICA ASI COMO LA INTERPRETACION DE LABORATORIO . LA REAL FALSA NEGATIVA, QUE SE CONSIDERA CUANDO NO EXISTEN CELULAS ANORMALES EN PACIENTES CON NEOPLASIA, SE ESTIMA GENERALMENTE DEL 0 AL 10% .

ACTUALMENTE EL MAYOR PROBLEMA AL QUE SE ENFRENTA EL PATOLOGO ES DISTINGUIR ENTRE METAPLASIA, PROCESOS REPARATORIOS, PROCESOS VIRALES Y PROCESO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL .

EL PATOLOGO DEBE REPORTAR CIN PARA CUALQUIER LESION LA CUAL

EL CREA ES PRECURSORA DE CANCER; SI CONSIDERA QUE LA LESION ES OTRA DEBE DENOMINARSE EN OTRA MANERA. DE ESTA FORMA SE ELIMINA LA CONFUSION QUE EXISTE ENTRE TERMINOS DE DISPLASIA BENIGNA Y ANAPLASIA LA CUAL EN ALGUNAS MANOS INDICA NEOPLASIA Y EN OTRAS REPARACION . LA MEJOR BASE PARA DECIR SI LA LESION ES PRECURSORA O NO ES LA PRESENCIA DE ANEUPLODIA .

LA CORRELACION CON LA CLASIFICACION TRADICIONAL COLOCA A LA DISPLASIA LEVE Y MODERADA DENTRO DEL CIN I; A LA DISPLASIA MODERADA EN EL CIN II; Y DISPLASIA SEVERA Y EL CA IN SITU COMBINADO DENTRO DEL CIN III . EL CIN I INCLUYE FROTIS EN LOS CUALES LAS CELULAS ATIPICAS SON 10% DE TIPO BASAL; EL CIN II 10 A 20% Y EL CIN III 20% O MAS DE CELULAS ATIPICAS SON DE ORIGEN BABAL .

COLPOSCOPIA

CUANDO EN ALGUNAS PACIENTES SE DETECTA UN FROTIS ANORMAL SE REALIZA COLPOSCOPIA .

LA COLPOSCOPIA ES UN METODO PARA LA EXAMINACION ILUMINADA DEL CERVIX Y TRACTO GENITAL , CON AUMENTO INTERMEDIO ENTRE EL OJO Y EL MENOR AUMENTO DEL MICROSCOPIO .

FUE INTRODUCIDA EN ALEMANIA POR HINSGELMAN CON LA IDEA DE OBSERVAR NODULO, QUE EN AQUEL ENTONCES SE CONSIDERABA EL INICIO DEL CANCER .

EL COLPOSCOPIO ES UN INSTRUMENTO BINOCULAR QUE OPERA COMO MICROSCOPIO MODIFICADO, MONTADO EN UNA BASE MOVIL Y UN SISTEMA DE

BRAZOS LOS CUALES PERMITEN MOVIMIENTOS UNIVERSALES Y FACIL MANIPULACION. PERMITE UNA VISION ESTEREOSCOPICA CON AMPLIFICACIONES QUE VAN EN EL RANGO DE X6 A X40 .

TECNICA

SE PONE A LA PACIENTE EN POSICION GINECOLOGICA Y SE COLOCA UN ESPEJO VAGINAL, ABRIENDO LAS VALVAS TAN PRONTO ENTRE A VAGINA; ESTO PERMITE UNA EXPOSICION DEL CERVIX SIN TRAUMA DEL MISMO. EL MOCO SE RETIRA SUAVEMENTE CON UNA GASA SECA . SE COLOCA EL OBJETIVO DEL COLPOSCOPIO A 20 CMS DEL CERVIX, LA AMPLIFICACION DEPENDE DEL APARATO RECOMENDANDOSE X10 CON EL ZEISS Y DE 13.5 CON EL LEISegang .

POSTERIORMENTE SE REALIZA UNA APLICACION DE ACIDO ACETICO EN AGUA (3-5%) QUE ADEMAS DE SER UN MUCOLITICO EFECTIVO, SE HA OBSERVADO QUE PRODUCE CAMBIOS TRANSITORIOS EN VARIAS SUPERFICIES EPITELIALES, HACIENDO APARENTE PRINCIPALMENTE EL EPITELIO COLUMNAR . (10,12,15)

ALTERNATIVAMENTE CON EL ACIDO ACETICO, TAMBIEN SE UTILIZA LA APLICACION DE SOLUCION SALINA (TECNICA DE KULLER-KOLSTAD), CON LO CUAL SE REVELA AMPLIAMENTE LA MORFOLOGIA VASCULAR . (12)

LA IMAGEN COLPOSCOPICA DEPENDE BASICAMENTE DE 3 CARACTERISTICAS: EL COLOR DEL EPITELIO, EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DEL EPITELIO Y LA DISPOSICION TERMINAL DE LOS VASOS .

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES

EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL . ESTE EPITELIO ES DE UN COLOR ROSA Y CONTRASTA CON EL ROJO DEL EPITELIO COLUMNAR. EN LAS PACIENTES POSTMENOPAUSICAS EL EPITELIO LLEGA A OBSERVARSE MAS PALIDO. SU SUPERFICIE ES LISA Y EL PATRON VASCULAR NO ES LLAMATIVO, ES OBSERVA COMO UNA RED. HISTOLOGICAMENTE EL EPITELIO SE CARACTERIZA POR SER ALTAMENTE DIFERENCIADO, ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y SE TINE POSITIVAMENTE AL GLUCOGENO .

EPITELIO COLUMNAR ESTAS AREAS SON CARACTERISTICAMENTE DE COLOR ROJO FORMADO POR UNA SOLA CAPA DE CELULAS ALTAS, ESTA ZONA DEL CERVIX EXHIBE QUIZAS LAS MAS GRANDES VARIACIONES EN LOS HALLAZGOS COLPOSCOPICOS .

LA CARACTERISTICA MAS VARIABLE ES LA FORMA PLEGADIZA DE SU SUPERFICIE. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA PRESENCIA DE CARACTERISTICAS VELLOSA Y PAPILAS LARGAS DE ESTROMA HACEN RECONOCER ESTE TEJIDO DE INMEDIATO. EL EPITELIO CILINDRICO SEMEJA UVAS Y ESTA BAMEJANZA SE HACE MAS MARCADA DESPUES DE LA APLICACION DE ACIDO ACTICO ESPECIALMENTE DURANTE EL EMBARAZO .

ZONA DE TRANSFORMACION TIPICA CASI TODOS LOS CERVIX MUESTRAN EVIDENCIA DE TRANSFORMACION DE EPITELIO COLUMNAR A ESCAMOSO EN ALGUN MOMENTO. LA TRANSFORMACION ES CONOCIDA COMO METAPLASIA Y EL AREA INVOLUCRADA ES CONOCIDA COMO ZONA DE TRANSFORMACION EN COLPOSCOPIA (ZTT). ES LA ESTRUCTURA MAS LLAMATIVA OBSERVADA EN EL EXAMEN COLPOSCOPICO. ESTA ESTRUCTURA USUALMENTE FISIOLOGICA ES LA

LLAVE PARA ENTENDER COMO, CUANDO Y DONDE EL PROCESO NEOPLASICO SE DESARROLLA .

LOS LIMITES DE LA ZONA DE TRANSFORMACION SE DEBEN DELIMITAR; EL LIMITE INFERIOR ES EL SITIO DE LA UNION ESCAMOCOLUMNAR ORIGINAL Y EL LIMITE SUPERIOR LA UNION ENTRE LA METAPLASIA Y EL EPITELIO COLUMNAR, LA NUEVA UNION ESCAMO COLUMNAR.

EN EDADES TEMPRANAS EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE ES METAPLASIA CON CARACTERISTICAS DE EPITELIO COLUMNAR ORIGINAL .GRADUALMENTE LOS CONTORNOS LLEGAN A SER MENOS APARENTES Y CON EL TIEMPO EL EPITELIO METAPLASICO ES LIBRO .

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES

ZONA DE TRANSFORMACION ATIPICA, CUANDO LA METAPLASIA ATIPICA SE OBSERVA EN LUGAR DE LA METAPLASIA ESCAMOSA DENTRO DE LA ZONA DE TRANSFORMACION , SE ENCUENTRAN HALLAZGOS QUE CORRESPONDEN A LESIONES INTRAEPITELIALES. ESTAS AREAS SON DELINEADAS Y SU BORDE CRANEAL ES POR ARRIBA DE LA UNION ESCAMO COLUMNAR; PUEDEN APARECER DIFERENTES COMBINACIONES DE ESTOS HALLAZGOS .

EPITELIO BLANCO: CON APLICACION RUTINARIA DE ACIDO ACETICO SE OBSERVA EN LA ZONA DE TRANSFORMACION ATIPICA QUE EXHIBE UN AREA DELINEADA EN COLOR BLANCO O COLOR GRIS, QUE SE OBSERVA OPACA Y CON AUSENCIA DE VASOS. LA RAZON DE ESTE CAMBIO TRANSITORIO ES AUN DESCONOCIDA .

PUNTILLED: ESTE TERMINO ES APLICADO A LA PRESENCIA DE UN PUNTEADO QUE ES PRODUCIDO POR AGAS CAPILARES EN PAPILAS DEL ESTROMA. LOS CAMBIOS VASCULARES RESALTAN EN RELACION AL EPITELIO NORMAL .

MOSAICO: FINOS VASOS DE LINEAS O PORCIONES ENTRE BLOQUES DE EPITELIO BLANCO, RARA VEZ DE FORMA Y TAMAÑO REGULAR, QUE DAN UN PATRON DE MOSAICO .

VASOS ATIPICOS: UNA EXAGERACION DE LAS ALTERACIONES VASCULARES YA DESCRITAS EN PUNTILLED Y MOSAICO LLEGA A OCURRIR CUANDO LA LESION ES MAS SEVERA, EN LA QUE LOS VASOS APARECEN COMO "COMAS" , SACACORCHOS O ESPAGUETI .

HIPERQUERATOSIS: ANTERIORMENTE DENOMINADA LEUCOPLAQUIA. ES RECONOCIBLE COMO UNA PLACA BLANCA ANTES DE LA APLICACION DE ACIDO ACETICO Y NO NECESARIAMENTE SIGNIFICA LA PRESENCIA DE ANORMALIDAD, USUALMENTE REPRESENTA UNA CAPA DE QUERATINA SOBRE LA ZTA O LA ZONA DE TRANSFORMACION ORIGINAL .

GRADUACION COLPOSCOPICA:

CUANDO LA BANDA DE LA UNION ESCAMO-COLUMNAR SE VE ENTERA ENTONCES SE LE DENOMINA COLPOSCOPIA SATISFACTORIA; CUANDO EL EPITELIO COLUMNAR NO ES VISUALIZADO CRANEALMENTE Y EL NUEVO EPITELIO ESCAMOSO SE EXTIENDE POR FUERA DE LA VISION DENTRO DEL CANAL LA COLPOSCOPIA ES NO SATISFACTORIA .

EL RANGO DE HALLAZGOS YA DESCRITOS VARIA EN CALIDAD Y EN CANTIDAD, UNA VARIACION LA CUAL TIENE PROFUNDA SIGNIFICANCIA PARA EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO

COPPLESON HA SUGERIDO EL SIGUIENTE ESQUEMA:

GRADO I : LISO, CON EPITELIO BLANCO, CALIBRE FINO, VASOS DE FORMA REGULAR, AUSENCIA DE VASOS ATIPICOS, DISTANCIA INTERCAPILAR PEQUENA. SE CONSIDERA NO SIGNIFICATIVA .

GRADO II : LISO, MAYOR CANTIDAD DE EPITELIO BLANCO, CALIBRE DILATADO, VASOS DE FORMA REGULAR, SIN ATIPIAS, USUALMENTE AUMENTADA LA DISTANCIA INTERCAPILAR. SE CONSIDERA SIGNIFICATIVA .

GRADO III: GRAN CANTIDAD DE EPITELIO BLANCO CALIBRE DILATADO FORMA IRREGULAR, FRECUENTEMENTE ENROLLADOS, FRECUENTEMENTE CON VASOS ATIPICOS, INCREMENTANDO EN FORMA MUY VARIABLE LA DISTANCIA INTERCAPILAR Y USUALMENTE SUPERFICIE IRREGULAR DEL CONTORNO .

ALGUNAS CONDICIONES NO NEOPLASICAS SON FRECUENTEMENTE RECONOCIDAS CON EL COLPOSCOPIO Y SON IMPORTANTES YA QUE PUEDEN SER CONFUNDIDAS CON NEOPLASIA O ESTADOS PRENEOPLASICOS .

CERVICITIS: CUANDO SON DE ORIGEN INFECCIOSO, LAS LESIONES INFLAMATORIAS SON CARACTERIZADAS POR ALTERACIONES PROMINENTES EN LOS CAPILARES EPITELIALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN ENROLLADOS Y EN OCASIONES DILATADOS .

ULCERAS: PUEDEN OCURRIR POR UN TRAUMA O POR HERPES GENITAL, SIFILIS Y TUBERCULOSIS. EN OCASIONES REALIZAR EL DIAGNOSTICO POR COLPOSCOPIA ES DIFICIL POR LO QUE SE REQUIERE DE OTROS METODOS INCLUYENDO BIOPRIA PARA REALIZAR EL DIAGNOSTICO .

EROSION VERDADERA: LA DENUDACION DEL EPITELIO ES FRECUENTEMENTE PRODUCIDA POR LESION SUPERFICIAL AL TIEMPO DE QUE SE INTRODUCE EL ESPEJO ESPECIALMENTE EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS. DE IMPORTANCIA EN LA INTERPRETACION DE UNA EROSION VERDADERA ES EL BORDE. NORMALMENTE SE ENCUENTRAN LESIONES DE APARIENCIA NORMAL. SI SE OBSERVA EL BORDE CON ALGUNA OTRA LESION ENTONCES PROBABLEMENTE REPRESENTA PERDIDA DE UN EPITELIO CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL.

CAMBIO POST IRRADIACION: EN OCASIONES ES IMPOSIBLE DIFERENCIAR ENTRE VASOS ATIPICOS Y LA APARIENCIA BLANQUECINA Y PATRONES VASCULARES INUSUALES QUE SE PRESENTAN POSTERIOR A LA IRRADIACION.

POLIPOS : LOS POLIPOS PUEDEN TENER CARACTERISTICAS DE CUALQUIER PARTE DEL ORGANO INCLUYENDO ITT Y IZA O SUS COMBINACIONES .

CORRELACION COLPOSCOPICA -HISTOLOGICA

TRADICIONALMENTE LOS HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ASOCIADOS CON ZONA DE ZONA DE TRANSFORMACION ATIPICA IMPLICA LA PRESENCIA DE UNA PRENEOPLASIA. CON IMPORTANTES EXCEPCIONES EXISTE RELACION ENTRE LA COLPOSCOPIA ATIPICA Y LOS HALLAZGOS HISTOLOGICOS .

EL USO SIMULTANEO DE LA CITOLOGIA Y LA COLPOSCOPIA PROPORCIONA MAYOR EXACTITUD DIAGNOSTICA; YA QUE EL USO DE AMBAS TECNICAS TIENE UNA EFECTIVIDAD DE 98%. MIENTRAS QUE SOLO SE OBTIENE EL 90 A 92% CUANDO SE EMPLEAN EN FORMA SEPARADA. (10-12)

BIOPSIA CERVICAL

CUANDO SE ENCUENTRAN HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES SE RECOMIENDA REALIZAR UNA BIOPSIA CERVICAL DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA LA BIOPSIA LLEGA A SER EL PRINCIPAL METODO DE DIAGNOSTICO SOBRE TODO EN AQUELLAS PACIENTES CANDIDAS A TRATAMIENTOS CONSERVADORES.

LA CORRELACION COLPOSCOPICA HISTOLOGICA POR BIOPSIA DIRIGIDA ES DE 91%, ENCONTRANDOSE LESION MAS AVANZADA EN EL 1.8% Y MENOS AVANZADA EN EL 5%.

LEGRADO ENDOCERVICAL

CUANDO HAY DATOS ANORMALES EL LEGRADO ENDOCERVICAL FORMA PARTE DEL MANEJO INTEGRAL. ALGUNOS CONSIDERAN ESTE PROCEDIMIENTO INNECESARIO EN LAS COLPOSCOPIAS SATISFACTORIAS, YA QUE NO DISMINUYE LA SEGURIDAD DIAGNOSTICA. EL USO DE LEC TIENE 11% DE FALSAS POSITIVAS Y UN 40% DE FALSAS NEGATIVAS. (23,24)

CONIZACION CERVICAL

LISFRAN FUE EL PRIMERO EN DESCUBRIR LO QUE CONOCEMOS AHORA COMO CONIZACION CERVICAL, QUIEN DESDE 1815 EXTIRPO UN GRAN BLOQUE CUNEIFORME DE TEJIDO EN PACIENTES CON LA SOSPECHA CA CERVICAL.

EN LA PRACTICA ACTUAL SE UTILIZA LA CONIZACION CERVICAL DENTRO DEL MANEJO DEL CIN, SIEMPRE CON EL FIN DE DIAGNOSTICO Y

TERAPEUTICO.

LAS INDICACIONES DE CONIZACION CON FINES DIAGNOSTICOS DESPUES DE LA COLPOSCOPIA SON:

- 1.- LA LESION O LA UNION ESCAMO COLUMNAR NO SON VISIBLES EN TODA SU EXTENSION .
- 2- CUANDO SE DIAGNOSTICA MICROINVASION POR CITOLOGIAS COLPOSCOPIA Y LA BIOPSIA DIRIGIDA .
- 3.- LEGRADO ENDOCERVICAL POSITIVO .
- 4.- DISCREPANCIA HISTOLOGICA-COLPOSCOPICA .

SON INDICACIONES PARA CONO TERAPEUTICO:

- 1.- PACIENTE NEGLIGENTE .
- 2.- LESION PERSISTENTE .
- 3.- LESION RECIDIVANTE .

EL CONO DIAGNOSTICO TIENE COMO OBJETIVO PRIMARIO DESCARTAR INVASION; SOLO DESPUES DE COMPROBAR HISTOLOGICAMENTE LA AUSENCIA DE LA MISMA Y DE LA LESION RESIDUAL (BORDES QUIRURGICOS LIBRES) SE PUEDE CONSIDERAR EL CONO TERAPEUTICO . (16)

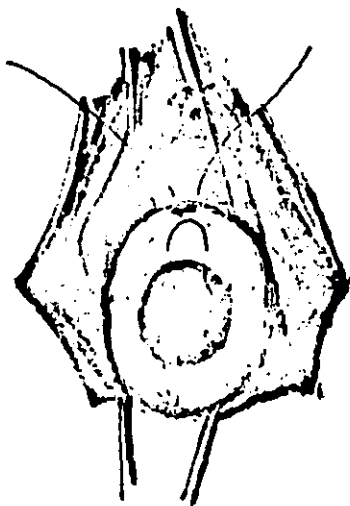
TECNICA

EL PROCEDIMIENTO DEBE REALIZARSE EN QUIROFANO CON ALGUN TIPO DE ANESTESIA. LA COLPOSCOPIA PERMITE LA PRACTICA PRECISA DE UNA INCISION CIRCULAR DEL ECTOCERVIX QUE ABARQUE TODO EL EPITELIO ESCAMOSO CON SIGNOS DE ACTIVIDAD GLANDULAR SUBYACENTE. A VECES SE UTILIZA LA PRUEBA DE SHILLER PARA DEFINIR EL LIMITE ECTOCERVICAL

DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL .

POSTERIORMENTE SE PROCEDE A LIGAR LAS RAMAS CERVICALES DE LA ARTERIA CERVICOUTERINA, SE PROCEDE A REALIZAR INCISION CIRCULAR ECTOCERVICAL EN UN SITIO QUE PERMITA QUE HAYA VARIOS MILIMETROS LIBRES HASTA EL LIMITE EXTERIOR DE LA ZONA DE TRANSFORMACION .

SE PROCEDE A REALIZAR HEMOSTASIA PARA LA CUAL SE ÚTILIZAN METODOS COMO LA ELECTRODIATERMIA, COMPRESION, APLICACION LOCAL DE AGENTES VASOPRESORES. SE HAN DESCRITO TECNICAS DE SUTURA ENTRE LAS CUALES DESTACAN LOS PUNTOS DE STUMDORFF "CERCLAJE" Y PUNTOS SEPARADOS DE BIELECKI.



Puntos de Stumdorff

COMPLICACIONES:

LA HEMORRAGIA ES LA COMPLICACION MAS FRECUENTE Y SE REPORTA EN UN 5 A 10%. AL PARECER NO HAY MAYOR RIESGO SI EL CERVIX SE HA CERRADO O DEJADO ABIERTO O SI SE DEJO O NO TAPONAMIENTO .

LA ESTENOSIS CERVICAL APARECE EN EL 2 A 3% , PERO ESTO REPRESENTA UN PROBLEMA MENOR PORQUE LA DILATACION CERVICAL CON BLOQUEO PARACERVICAL SE PUEDE REALIZAR FACILMENTE .

LA PERFORACION UTERINA TIENE LUGAR OCASIONALMENTE , PERO GENERALMENTE ES POCO SIGNIFICATIVA A MENOS QUE SE HAGA UNA GRAN PERFORACION AL CORTAR CON EL BISTURI Y SE ENTRE EN LA CAVIDAD PERITONEAL .

CONIZACION EN EL EMBARAZO

AFORTUNADAMENTE, LA COLPOSCOPIA CON BIOPSIA DIRIGIDA HACEN QUE MUY RARA VEZ SEA NECESARIA LA CONIZACION EN ESTE GRUPO DE MUJERES. AUNQUE EL TEJIDO EN EXCESO DE LA VAGINA Y EL CERVIX PUEDEN HACER MAS DIFICIL EL EXAMEN, CASI SIEMPRE SE PUEDE VER TODA LA EXTENSION DE LA LESION Y LAS ZONAS DE TRANSFORMACION. SE DEBE TENER EN CUENTA LA CONIZACION SOLO SI LOS RESULTADOS DE LA CITOLOGIA, LA COLPOSCOPIA O DE LA BIOPSIA SUGIEREN LA POSIBILIDAD DE CANCER INVASOR QUE NO PUEDE CONFIRMARSE O EXPLICARSE DESPUES DE VARIOS EXAMENES.

SI SE REALIZA LA CONIZACION DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE, SE PUEDE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE HEMORRAGIA Y DE PARTO PREMATURO. SE DEBE TENER EN CUENTA LA POSIBILIDAD DE DAR AGENTES TOCOLITICOS Y EL USO DE ESTEROIDES PARA ESTIMULAR LA MADURACION DEL PULMON FETAL .

MICROCOLPOHISTEROSCOPIA

SOUTTER (1984) DESCRIBIO EL EMPLEO DE LA MICRONISTEROSCOPIA DE HANOU PARA PRECISAR LA EXTENSION DEL ATAQUE ENDOCERVICAL EN PERSONAS SERIAN SOMETIDAS A CONIZACION CERVICAL; SE CUANTIFICA LA MAGNITUD Y EXTENSION DEL EPITELIO ESCAMOSO Y DEL CIN EN EL INTERIOR DEL CONDUCTO ENDOCERVICAL, AL EXAMINAR DICHO CONDUCTO DESDE EL ORIFICIO INTERNO HACIA ABAJO Y SE REALIZA UNA MEDICION DESDE LA EXTENSION MAXIMA DEL EPITELIO ESCAMOSO HASTA LA PARTE MAS ALTA DEL CONDUCTO ENDOCERVICAL. SOUTTER SEÑALO UNA CORRELACION ADECUADA ENTRE LAS MEDICIONES PREOPERATORIAS CON EL MICROCOLPOHISTEROSCOPIO Y LAS CUANTIFICACIONES DE LA EXTENSION ENDOCERVICAL DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL EN NUEVAS EVALUACIONES HISTOLOGICAS DE LA PIEZA OBTENIDA POR CONIZACION .(29)

CONIZACION POR LABERL.—UN NUEVO METODO ES EL USO DEL LASER DE CO2 POR LO REGULAR ADAPTADO A UN COLPOSCOPIO CON MICROMANIPULADOR COMO LA MODALIDAD CORTANTE. EN ESTUDIOS RECIENTES SE HA ADVERTIDO DISMINUCION DE LAS COMPLICACIONES , QUE ERA VISIBLE EN LA COLPOSCOPIA DE VIGILANCIA EN TODAS LA MUJERES LA UNION ESCAMOCILINDRICA REGENERADA, LO QUE CONSTITUYE UNA VENTAJA, SI SE

PRETENDE DETECTAR ENFERMEDAD RESIDUAL; ADEMAS DE QUE EL ARTEFACTO TERMICO EN LOS BORDES DE LAS PIEZAS ELIMINAS POR LASER NO INTERFIRIO EN LA INTERPRETACION HISTOPATOLOGICA .

RECIDIVAS Y RECURRENCIAS

EN UNA REVISION REALIZADA POR OSTERBARD ENCONTRO UNA INCIDENCIA DE MARGEN POSITIVO EN UN 30%. AUNQUE EXISTEN VARIACIONES CONSIDERABLES ESTAS CIFRAS SON SIMILARES A LAS PUBLICADAS EN OTROS SERIES .(21)

EN EL TRABAJO DE BJERRE ENCONTRO QUE 0.5% DE LAS PACIENTES DESARROLLARON UNA LESION RECURRENTE. EN OTRA SERIE PUBLICADA POR KOLBTAD PUBLICARON UNA INCIDENCIA DE 2.4% DE CARCINOMA IN SITU RECURRENTE. (6)

CONIZACION O HISTERECTOMIA

SE CONSIDERA LA EFICACIA DE LA CONIZACION CERVICAL HASTA DE 96% . SI CON LA CONIZACION SE EXTIRPARON CON SEGURIDAD TODAS LAS LESIONES EPITELIALES, UNA HISTERECTOMIA ADICIONAL NO IMPLICA MAS VENTAJAS. SOLO CUANDO SE SOSPECHA LA CONIZACION INCOMPLETA ESTA INDICADA LA HISTERECTOMIA.COMPARADA CON LA HISTERECTOMIA PRIMARIA LA HISTERECTOMIA SECUNDARIA SOLO TIENE DESVENTAJAS . (5,6)

LAS INDICACIONES PARA HISTERECTOMIA SON :

- 1.- CIN EN LOS BORDES DEL CONO .**
- 2.- PERSISTENCIA DE FROTIS ANORMALES POSTERIOR A MANEJO CON METODOS CONSERVADORES .**
- 3.- PRESENCIA DE OTRA PATOLOGIA UTERINA .**
- 4.- DESEO DE ESTERILIZACION .**
- 5.- CANCEROFOBIA .**
- 6.- PACIENTE SIN CONTROL ADECUADO .**

CONIZACION O MEJORES DESIBUCIONES LOCALES

LA DESTRUCCION FISICA DE LOS TEJIDOS POR CRIOCIRUGIA, RAYOS LASER O ELECTROFULBURACION, SE HAN CONSIDERADO PELIGROSOS EN OCASIONES, PORQUE ES UN TRATAMIENTO QUE SE BASA EN UN DIAGNOSTICO NO SIEMPRE SEGURO; SIN EMBARGO, ES POSIBLE LIMITAR AL MINIMO SELECCIONANDO ADECUADAMENTE LOS CASOS . EL HECHO DE QUE LOS METODOS FISICOS SE PUEDAN LLEVAR A CABO EN FORMA AMBULATORIA Y SIN ANESTESIA OFRECE VENTAJA A LOS MISMOS . SIN EMBARGO, MEDIANTE LA CONIZACION ES POSIBLE REALIZAR UN ESTUDIO MINUCIOSO DE LA MUESTRA QUE NO SE REALIZA CON OTROS METODOS CONSERVADORES . (6)

MATERIAL Y METODOS:

SE ANALIZARON TODOS LOS CASOS DE LAS PACIENTES QUE FUERON ENVIADAS DE CONSULTA EXTERNA AL PROTOCOLO DE EVALUACION COLPOSCOPICA Y MANEJO DE LA NEDPLABIA INTRAEPITELIAL CERVICAL INCLUYENDO A TODAS AQUELLAS A LAS QUE SE REALIZO COLPOSCOPIA Y CONIZACION CERVICAL COMO PARTE DEL MANEJO Y / O DIAGNOSTICO DEL CIN. EN UN PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1979 Y 1986; DENTRO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL "DR LUIS CASTELAZO AYALA".

SE ANALIZO LA EDAD Y LA PARIDAD DE LAS PACIENTES; ASI COMO EL DIAGNOSTICO DE ENVIO; LOS RESULTADOS DE LAS CITOLOGIAS VAGINALES; Y LA COLPOSCOPIA; BIOPSIA CERVICAL Y LEGRADO ENDOCERVICAL .

SE REALIZO LA COMPARACION ENTRE LOS HALLAZGOS CITOLOGICOS Y COLPOSCOPICOS ANTERIORES AL CONO. ASI COMO SI EXISTIERON MANEJOS PREVIOS.

SE OBTUVIERON LAS INDICACIONES MAS FRECUENTES PARA CONO DIAGNOSTICO Y PARA CONO TERAPEUTICO .

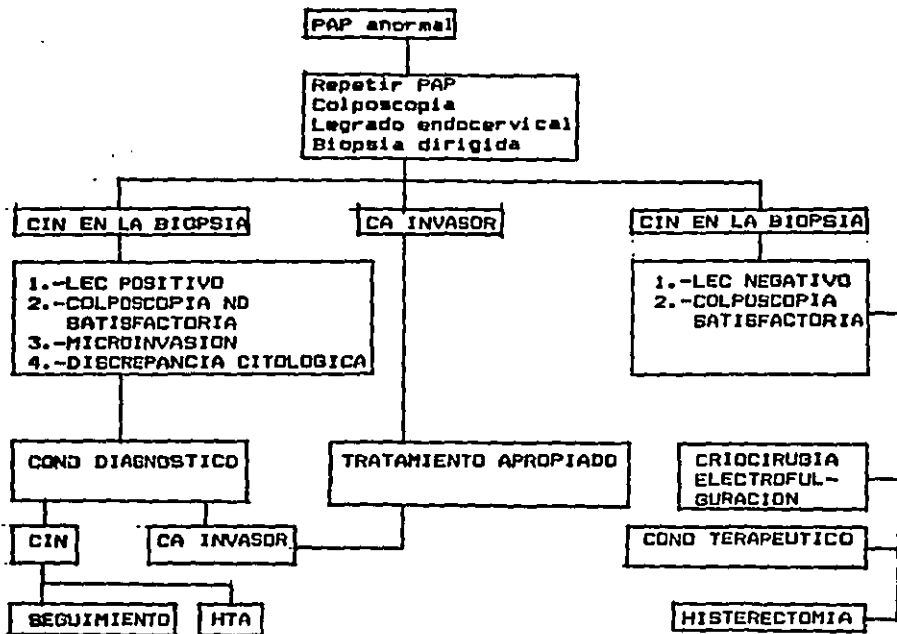
SE ANALIZARON LOS RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS DEL CONO Y SE ESTUDIO SI LOS BORDES SE ENCONTRABAN LIBRES DE LESION O CON LESION EN LOS BORDES .

SE HIZO UNA CORRELACION CITOCOLPOSCOPICA - PATOLOGICA ANALIZANDO EL DIAGNOSTICO PREOPERARORIO Y LOS HALLAZGOS DEL CONO EN RELACION AL ESTADIO DEL CIN .

SE ANALIZARON LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL CONO .
ADEMAS DE ANALIZAR LA PERSISTENCIA DE LESION EN EL CONO .

SE ANALIZO EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES Y LA PRESENCIA DE
 RECIDIVAS, ADEMAS DEL MANEJO ESTABLECIDO POSTERIOR AL CONO Y
 CUANDO SE REALIZO HISTERECTOMIA LOS RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS .

Protocolo de evaluación colposcópica y manejo



RESULTADOS

SE REALIZARON 810 COLPOSCOPIAS DE LAS CUALES A 90 PACIENTES SE LES REALIZO CONO CERVICAL POR CIN, SE ENCONTRO UN PROMEDIO DE EDAD DE 35 AOS , ENCONTRANDOSE LOS EXTREMOS EN UNA PACIENTE DE 18 AOS Y UNA DE 65 AOS.

15 - 20 AOS	3%
21 - 25 AOS	10%
26 - 30 AOS	28%
31 - 35 AOS	10%
36 - 40 AOS	10%
41 - 45 AOS	12%
46 - 50 AOS	15%
51 - 55 AOS	6%
56 - 60 AOS	3%
61 - 65 AOS	2%

LA PARIDAD PROMEDIO FUE DE CASI 5 EMBARAZOS, ENCONTRANDOSE ENTRE LAS PACIENTES 2 NULIPARAS Y 6 PRIMIGESTAS .

NULIGESTA		3%
GESTA	1	9%
GESTA	2 - 4	28%
GESTA	5 - 0 mas	60%

LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE ENVIO AL SERVICIO DE COLPOSCOPIA FUERON PAP ANORMAL EN 77 DE LOS CASOS Y 13 CASOS POR HALLAZGOS CLINICOS ANORMALES .

LAS INDICACIONES PARA EL CONO FUERON:

CONO TERAPEUTICO		
INDICACION	No. CASOS	%
COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA	44	48
DISCREPANCIA HISTOLOGICA COLPOSCOPICA	11	12
LEBRADO ENDOCERVICAL POSITIVO	9	10
MICROINVASION	9	10
TOTAL --->	73	80

CONO TERAPEUTICO		
INDICACION	No. CASOS	%
LESION MUY EXTENSA	6	7
LESION PERSISTENTE	11	12
TOTAL	17	19

LA RELACION ENTRE LOS HALLAZGOS DE LA CITOLOGIA Y LA COLPOSCOPIA CON LOS RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS DEL CONO FUE :

NO. DE CASOS	DX DEL CONO	CORRELACION CITO-COLPOSCOPICA	
		NO CASOS	%
15	ALTERACIONES BENIGNAS	12	80
47	CIN	46	97.8
21	CIS	18	90.4
7	CA INVASOR	4	80

POSTERIOR A LA CONIZACION CERVICAL SE REALIZARON 32 HISTERECTOMIAS LAS CUALES TUVIERON LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

NO DE CASOS	INDICACION	%
8	ENFERMEDAD GINECOLOGICA AGREGADA	25
9	LESION EN BORDES QUIRURGICOS	28
2	DESEO DE ESTERILIZACION	6
6	CA MICROINVASOR	18
4	OTROS MOTIVOS (NEGLIGENCIA, CAMBIO DE DOMICILIO, INSEGURIDAD)	12.5
3	RECIDIVA POST CONO	9

POSTERIOR AL CONO Y EN CASO DADO LA HISTERECTOMIA SE MANTUVIERON EN CONTROL DENTRO DEL PROTOCOLO; 21 PACIENTES FUERON DADES DE ALTA POR HABERSE ENCONTRADO ALTERACIONES BENIGNAS O TENER CONTROLES NEGATIVOS; 39 PACIENTES SE ENCUENTRAN AUN EN CONTROL BIENDO LOS MISMOS NEGATIVOS; A 9 PACIENTES SE LES ENCONTRÓ PERSISTENCIA DE LA LESIÓN POSTERIOR AL CONO Y 3 PACIENTES TUVIERON RECIDIVAS, ENCONTRÁNDOSE LESIONES POSTERIOR A CONTROLES NEGATIVOS. 18 PACIENTES DEJARON DE ACUDIR A SUS CITAS POSTERIOR A LOS PRIMEROS CONTROLES O POSTERIOR AL CONO.

EVOLUCION POST CONO	
NO CASOS	CONTROLES
39	NORMALES
21	ALTAS
18	ABANDONO
9	PERSISTENCIA
3	RECURRENCIA

DE LAS 90 PACIENTES 5 LOGRARON EMBARAZO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO 1 DE ELLAS PRESENTO 2 CONTROLES CON DISPLASIA BEVERA POR LO QUE SE REALIZO HISTERECTOMIA POST PARTO, 3 SE ENCUENTRAN CON CONTROLES NEGATIVOS Y LA ULTIMA SE ENCONTRABA CON EMBARZO DE 12 SEMANAS EN EL MOMENTO DE HACER EL ESTUDIO.

DISCUSION

SE ENCONTRO QUE EL PROMEDIO DE EDAD DE LAS PACIENTES CON ALTERACIONES DEL FROTIS DE PAP ES DE 35 AÑOS LO CUAL ES CONGRUENTE CON LOS ULTIMOS REPORTES EN RELACION A LA EDAD DE APARICION DEL CIN.

POR OTRO LADO AUNQUE DENTRO DEL GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADOS SE ENCONTRARON 2 MULTIPARAS OBSERVAMOS QUE ES PRINCIPALMENTE UN PADECIMIENTO DE GRANDES MULTIPARAS.

EN RELACION A LAS INDICACIONES DEL CONO, ENCONTRAMOS COMO INDICACION MAS FRECUENTE LA COLPOSCOPIA NO SATISFATORIA QUE OCURRIO EN EL 5% DE TODAS LAS COLPOSCOPIAS REALIZADAS, LO CUAL CORRESPONDE A UN NUMERO BAJO EN RELACION A OTROS ARTICULOS PUBLICADOS.

LA CORRELACION CITOCOLPOSCOPICA PATOLOGIA SE REALIZO OBTENIENDO LOS RESULTADOS DEL PAP Y COLPOSCOPIA Y LA BIOPSIA CERVICAL DIRIGIDA ASI COMO EL LEC Y SE OBTUVO EL DIAGNOSTICO EN BASE AL DX PREOPERATORIO POSTERIORMENTE SE COMPARA CON EL DX DEL CONO ENCONTRANDOSE QUE LA RELACION MAYOR FUE CUANDO SE TRATA DE CIN Y SE MUESTRA QUE EN OCASIONES PUEDE ENCONTRAR LESIONES MAS AVANZADAS DE LAS QUE SE ENCUENTRAN POR CITOLOGIA Y COLPOSCOPIA Y-
-Y QUE POR OTRO LADO EN OCASIONES LA LESION ENCONTRADO ES MENOR DE LO QUE SE REPORTA POR CITOLOGIA O COLPOSCOPIA. EN ESTE ESTUDIO DE 7 PACIENTES A LAS QUE SE LES ENCONTRO CA INVASOR EN 3 NO HABIA DATOS DEL MISMO POR COLPOSCOPIA O CITOLOGIA VAGINAL Y QUE EN 3 OCASIONES EN QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO DE PROBABLE

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INVASION EL DIANOSTICO NO FUE CORROBRADO POR PATOLOGIA.

EN RELACION AL CONTROL QUE SE LLEVA CON ESTAS PACIENTES VEMOS QUE 18 PACIENTES QUE ABANDONARON, LO QUE ES UN INDICE ELEVADO DE PACIENTES DE LAS CUALES SE PIERDE LA EVOLUCION QUE ES INDISPENSASBLE LLEVE A CABO CON ESTE TIPO DE METODOS, Y DEBE DE INSISTIRSE EN LOGRAR HACER CONCIENCIA EN LAS PACIENTES Y OBTENER UN MEJOR APOYO EN EL SEGUIMIENTO NECESARIO.

EN ESTE ESTUDIO LA FERTILIDAD NO FUE FACTOR PARA LA REALIZACION DE CONIZACION YA QUE SOLO EL 5% LOGRARON UN EMBARAZO POST CONO.

EL INDICE DE PACIENTES CON MARGENES NEGATIVO FUE MENOR AL REPORTADO POR OTROS AUTORES EN EL QUE SE ENCONTRO HASTA EL 30% DE PERBISTENCIA, AUN SIN EL EMPLEO DEL COLPOSCOPIO PREVIO A LA CIRUGIA, SE ENCONTRO APROXIMADAMENTE EL 1% DE RECURRENCIA .

CONCLUSIONES

- 1.- LA CONIZACION CERVICAL OCUPA UN LUGAR IMPORTANTE DENTRO DE EL MANEJO DEL CIN , YA QUE OFRECE LA POSIBILIDAD DE UN ESTUDIO MINUCIOSO DE LA MUESTRA .
- 2.- LA PACIENTE SOMETIDA A CONIZACION CERVICAL DEBRE DE LLEVAR A CABO CONTROL A LARGO PLAZO.
- 3.- EXISTEN BUENOS RESULTADOS CON EL DX POR CITOLOGIA-COLPOSCOPIA Y UNA CORRELACION ADECUADA CON EL RESULTADO HISTOPATOLOGICO DEL CONO.

4.- USANDO LA COLPOSCOPIA, LA BIOPSIA CERVICAL Y LEC PARA DEFINIRLA NATURALEZA Y LA EXTENSION DE LA LESION ES POSIBLE DIVIDIR A LAS PACIENTES CON FROTIS DE PAP ANORMAL EN 3 GRUPOS: AQUELLAS PORTADORAS DE CA INVASOR; AQUELLAS QUE SON CANDIDATAS A MANEJO CON METODOS AMBULATORIOS Y AQUELLAS QUE REQUIEREN CONIZACION .

BIBLIOGRAFIA

- 1.-AVERETTE HE, NASSER N; CERVICAL CONIZATION IN PREGNACY; AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY; 105; 435-549; 1970
- 2.-AMOS N. GRUNEBAUM, MD ALEXANDER SEDLIS, MD FREDERICK SILLMAN; ASSOCIATION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA; OBSTETRICS AND GYNECOLOGY; 62; 4; 448-455; 1984.
- 3.-ALGREN M. INGEMARSON; I .LINDBERG; CONIZATION AS TREATMENT OF CA IN SITU OF UTERINE CERVIX; OBSTET GYNECOL; 46; 4; 135; 1975.
- 4.-BEVAN J. R.; M. E. ATTWOOD; J. A. JORDAN; TREATMENT OF PREINVASIVE DISEASE OF THE CERVIX BY CONE BIOPSY; BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY; 68; 1140-1144. NOV 1981.
- 5.-ERICH BURGHARDT ; TECNICA Y LUGAR DE LA CONIZACION CERVICAL; OBSTET GYNECOL; 4; 889-899; 1981.
- 6.-BENGT BJERRE MD, COSTA ELLIASSON ; CONIZATION CERVICAL AS ONLY TREATMENT OF CARCINOMA IN SITU OF UTERINE CERVIX; AMERICAN JOURNAL OBSTETRICS AND GYNECOL; 56; 143-152; 1976.
- 7.-BENEDET JL, ANDERSON GH; SIMPSON ML; COLPSOCOPY, CONIZATION AND HISTERECTOMY PRACTICES; A CURRENT PERSPECTIVE; ONSTETRICS AND AND GYNECOLOGY; 60; 539-545; 1982.
- 8.-BURGHARDT E AND HOLSER; TREATMENT OF CARCINOMA IN SITU; EVALUATION OF 1609 CASES; OBSTETRICS AND GINECOLOGY 55; 539-545 ; 1980
- 9.-COPPLESON L.W. AND BROWN B.; OBSERVATION ON A MODEL OF THE BIOLOGY OF CARCINNDOMA OF THE CERVIX; A FOUR FUT BETWEEN OBSERVATION AND THEORY ; AMERICAN JOURNAL OBSTET GYNECOL 34; 122-127; 1975.

- 10.-COPPLESON M. TREATMENT OF PRECLINICAL CARCINOMA OF UTERINE CERVIX; OXFORD GAZETTE; 26: 20-23. 1974.
- 11.-COPPLESSON M; EPIDEMIOLOGY AND ETIOLOGY OF THE CERVIX OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 345-367; 1977.
- 12.-COPPLESONN M; MANAGMENT OF PRECLINICAL CARCINOMA THE CERVIX IN THE CERVIX; 453; 474, 1976.
- 13.-DILLON ,M.B; ROSENSHEIN N.B.; THE DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN THE PATIENT UNDER THE AGE OF TWENTY ONE. INT GYNAECOL. OBSTET; 19: 97; 1981.
- 14.-FENTON DW, SOUTTER WP, SHARP AND MANN; PRELIMINARY EXPERIENCE WITH MICROCOLPOHISTEROSCOPY CONTROLLED CONE BIOPBIES; OBST GINECOL. 401-407; 1983.
- 15.-KIRKUP W AND BINGER; COLPOSCOPIA IN THE MANAGMENT OF THE PREGNANT PATIENT WITH ABNORMAL CYTOLOGY. BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY 87; 323-325; 1980.
- 16.-LONES III HW, BULLER RE; THE TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA BY CONE BIOPBY; AMERICAN JOURNAL OBSTET AND GYNECOLOGY; 137; 882-885; 1980.
- 17.-JORDAN J.A. THE DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF PREMALIGNANT CONDITIONS OF THE CERVIX. CLJ OBSTST AND GYNAECOL 3: 295.
- 18.-LUVINE U. RICHARD, CHRISTOPHER P CRUM, HERMAN ERIC; CERVICAL PAPILOMAVIRUS INFECTION AND INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA OBSTETRICS AND GYNOCOLGY; 64: 1; 16-21; 1984.
- 19.-LUBICZ STEPHANE; EZEKWECH E CRIBTIAN; ALLEN ARTHUR; SIGNIFICANCE OF CONE BIOPSE MARGINS IN THE MANAGMENT OF PATIENT WITH CERVICAL NEOPLASIA; THE JOURNAL OF REPRODUCTIVE MEDICINE; 29: 3 179-184. 1984.

- 20.-MILFORD-WARD T AND SINGER;ALFA ANTRITIPINA AND CERVICAL
CANCER;BRITISH MEDICAL JOURNAL;456=459.1985 .
- 21.--OOSTERBARD DR.PREDICTION OF CLEARANCE OF CERVICAL
INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA BY CONIZATION;OBSTET GYNECOL;56:77
1980.
- 22.--RICHART R.M.;CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA;PATHOL ANNUAL
B ;301 ;1973.
- 23.--RICHART R.M.;A FOLLOW UP STUDY OF PATIENT WITH CERVICAL
DYSPLASIA.ASM.J. OBSTET GYNECOL.105:386.1969
- 24.--RICHART R.M.;INFLUENCE OF DIAGNOSIS AND TERAPEUTIC PROCEDURES
ON THE DISTRIBUTION OF CERVICAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA
CANCER ; 19:1635;1966.
- 25.- RICAUD R.L.; DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER GINECOLOGICO
GINEC.OBTET. MEX 33:645;1973.
- 26.- RICAUD R.L. COLPOSCOPIA,CITOLOGIA VAGINAL Y BIOPSIAS
SELECTIVA.GINECO.OBSTET MEX. 17:721;1962.
- 27.-REID BL ;CARCINOGENESIS.IN COPPLESSON;GYNECOLOGICAL ONCOLOGY
35-36 ;1981.
- 28.- SKEGG D.C ;CORWIN PA;IMPORTANCE OF THE MALE FACTOR CANCER
OF THE CERVIX;LANCET 581;583;1982.
- 29.-SOUTTER WP,FENTON DW;QUANTITATIVE MICROPCOLPOHISTEROSCOPY
ASESSMENT OF THE EXTENT OF ENDOCERVICAL INVOLMENT BY CERVICAL
NEOPLASIA.BRITISH J. OBSTST.GYNAECOL. 90:1041-1046;1984.
- 30.- TRIMBOS J.B HEINTZ APH.RELIABILITY OF CYTOLOGICAL FOLLOW UP
AFTER CONIZATION OF THE CERVIX, A COMPARISSION OF THREE
TECHNIQUES.BRITISH JOURNAL OBSTST AND GYNAECOL 90:1140-1146;1983.
1983.

31.-WOODMAN CBJ.JORDAN;MANAGMENT OF VAGINAL INTREPITHELIAL AFTER
NEOPLASIA AFTER HISTERECTOMY.BR J OBSTET GYNAECOLOGY;90;707
711.1984.