

5
112172

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

"MEDICION DE CONOS CERVICALES REALIZADOS CON ASA DIATERMICA EN LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES: CURACION Y PERSISTENCIA"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL

DR. ALFREDO GARCIA SANCHEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

[Handwritten signature]

DR. BENJAMIN MANZASO SOSA
 COORDINADOR DE CAPACITACION
 DESARROLLO E INVESTIGACION
 LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

★ ENE. 14 1998 ★

COORDINACION DE
 CAPACITACION Y DESARROLLO
 E INVESTIGACION

[Handwritten signature]

DR. HECTOR HUERTADO REYNA
 COORDINADOR DE GINECO-OBSTETRI
 CIA Y PROFESOR TITULAR DEL
 CURSO.

1998

32466

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.

"MEDICION DE CONOS CERVICALES REALIZADOS CON ASA DIATERMICA EN
LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES: CURACION Y PERSISTENCIA"

AUTOR: DR. ALFREDO GARCIA SANCHEZ

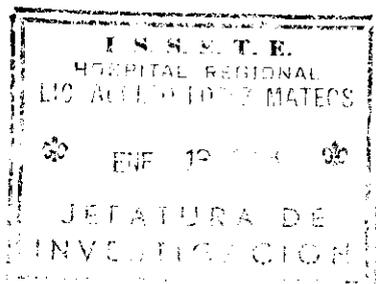
DOMICILIO: PRIMERA CERRADA DE TRANSMISIONES NO. 5 COL.
LA ANGOSTURA OLIVAR DE LOS PADRES, MEXICO
D.F., C.P. 01770.
TEL. 585-20-74

DR. JOSE LUIS LOPEZ VELAZQUEZ
ASESOR.

DR. CARLOS MENESES CAMPOS
VOCAL DE INVESTIGACION Y
JEFE DEL SERVICIO DE GINE
COLOGIA Y OBSTETRICIA.

DR. IRMA ROMERO CASTELAZO
JEFE DE INVESTIGACION.

DR. ANDRES HERNANDEZ RAMIREZ
JEFE DE CAPACITACION Y DESA
RROLLO.



UN AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL, AL
DR. SANCHEZ PAULIN, PORQUE SIN SU AYUDA, EL DESTINO,
ME HUBIESE LLEVADO QUIZAS POR OTRO CAMINO.

TAMBIEN LE DOY LAS GRACIAS AL LIC.
GENARO BORREGO ESTRADA, PORQUE EN SU MOMENTO, ME TENDIO
LA MANO.

Y DEBO DAR GRACIAS A LA NECEDAD DE MI
PADRE, QUE INSISTIO EN QUE FUESE MEDICO, PORQUE SIN ELLO,
NO HUBIESE ENCONTRADO MI VOCACION, NI ADQUIRIDO EL CONOCI-
MIENTO QUE AYUDO A MI MAMA, PARA QUE SEA FELIZ CONMIGO EL
DIA DE HOY.

Y LO MAS IMPORTANTE DE TODO...

GRACIAS A DIOS.

INDICE

1.- RESUMEN.....	1
2.- INTRODUCCION.....	3
3.- MATERIAL Y METODOS.....	5
4.- RESULTADOS.....	7
5.- DISCUSION.....	12
6.- CONCLUSIONES.....	13
7.- BIBLIOGRAFIA.....	14

RESUMEN:

EL ASA DIATERMICA HA DESPLAZADO LOS TRATAMIENTOS TRADICIONALES DE LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES. NECESITAMOS CONOCER SU EFICACIA TERAPEUTICA EXCISIONAL. DE SEGUIMIENTO Y LA SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD DEL PAPANICOLAU Y COLPOSCOPIA UTILIZADAS COMO CONTROL.

70 PACIENTES DE LA CLINICA DE COLPOSCOPIA. CON DIAGNOSTICO DE LESION INTRAEPITELIAL SE LES REALIZO CONO. MIDIENDO LA PIEZA QUIRURGICA Y FORMANDO GRUPOS DE ACUERDO A LA POSITIVIDAD O NO DEL BORDE, CON SEGUIMIENTO A 3 Y 6 MESES COMPARANDOLOS MEDIANTE LA "T" DE STUDENT Y EL ANALISIS DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS METODOS DE ESTUDIO

53 RESULTARON BORDE NEGATIVO, 8 DE LOS CUALES TENIAN LESION ENDOCERVICAL Y 1 LESION DE BAJO GRADO A 6 MESES: 17 CON BORDES POSITIVOS. 7 TENIAN LESION ENDOCERVICAL Y SOLO 3 PRESENTARON LESION DE ALTO GRADO A 6 MESES 2 DE 10 SIN LESION ENDOCERVICAL PRESENTARON , LESION DE ALTO GRADO A 3 Y 6 MESES RESPECTIVAMENTE , LA MEDIA DEL TAMAÑO DEL ESPECIMEN ES DE 1.58 Y 1.46 CMS. PARA LOS BORDES POSITIVOS Y NEGATIVOS RESPECTIVAMENTE ($t=p>0.05$).

DE 64 PACIENTES CON LESION DIAGNOSTICADA POR CONIZACION SE DETECTARON 61 COLPOSCOPICAMENTE Y 54 CITOLOGICAMENTE

SENSIBILIDAD COLPOSCOPICA 95.31%, CITOLOGICA 84.37%, ESPECIFICIDAD AMBAS 100%. EFICACIA EXCISIONAL 75.71% Y DE SEGUIMIENTO PARA ALTO GRADO DE 96.2%.

ABSTRACT

LOOP DIATHERMY EXCISION HAS DISPLACED TRADITIONAL TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. WHAT NEEDS TO BE KNOWN IS ITS TERAPEUTIC EFICACE, FOLLOW-UP STUDY AND ITS SPECIFICITY AND SENSIBILITY OF CYTOLOGICAL AND COLPOSCOPIC STUDY UTILIZED AS CONTROL.

70 PATIENT OF THE COLPOSCOPIC CLINIC WITH DIAGNOSIS OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA WERE SUBMITTED TO CERVICAL CONIZATION MEASURING TO SURGICAL SPECIMEN AND THESE WERE GROUPED ACCORDING TO THE PRESENCIA OF POSITIVE MARGINS, WITH FOLLOW-UP AT 3 AND 6 MONTHS. THE STATISTICAL ANALYSIS INCLUDED "T" STUDENT AND DETERMINATION OF THE SENSIBILITY AND SPECIFICITY.

53 RESULTED WITH NEGATIVE MARGINS, 8 OF WHICH HAD ENDOCERVICAL LESION AND ONE PRESENTED A LOW GRADE LESION AT 6 MONTHS. 17 HAD POSITIVE MARGINS, OF WHICH, 7 HAD ENDOCERVICAL LESION AND 3 PRESENTED A HIGH GRADE LESION ON FOLLOW-UP AT 6 MONTHS.

TWO OF TEN WITHOUT ENDOCERVICAL LESION PRESENTED A HIGH GRADE LESION AT 3 AND 6 MONTHS RESPECTIVELY. THE AVERAGE SIZE OF THE SPECIMEN WAS 1.58 AND 1.46 CM. FOR BOTH GROUPS ($t=p>.05$).

IN 64 PATIENTS THE LESION WAS CONFIRMED WITH CERVICAL CONIZATION, OF WHICH 61 CORRESPONDED TO THE COLPOSCOPIC DIAGNOSIS AND 54 TO THE CYTOLOGICAL DIAGNOSIS.

THE COLPOSCOPIC SENSIBILITY WAS 95.31%, THE CYTOLOGICAL SENSIBILITY WAS 84.37%; BOTH WITH 100% SPECIFICITY. THE EXCISIONAL EFICIENCY WAS 75.71% AND FOR HIGH GRADE LESION WAS 96.2%.

INTRODUCCION

EL CANCER DE CUELLO UTERINO ES MUY FRECUENTE EN MUJERES DE TODO EL MUNDO. EN E.U. OCUPA EL OCTAVO LUGAR ENTRE LOS CANCERES MAS COMUNES EN MUJERES Y EL 3ERO DE LOS GINECOLOGICOS DURANTE EL DECENIO DE 1940, ANTES DE LA INTRODUCCION DEL PAPANICOLAÜ, EL CANCER CERVICAL FUE LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE POR CANCER EN MUJERES ESTADOUNIDENSES, CON INCIDENCIA DE 30 CASOS POR 100 MIL, HOY ES DE 10 POR 100 MIL. LA FRECUENCIA DEL CANCER INVASOR SIGUE DE CLINANDO, HUBO 15 MIL CASOS EN 1985 Y APROXIMADAMENTE 13 MIL EN 1991 ASIMISMO SE OBSERVARON 600 MIL DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL DE LAS CUALES 50 MIL SE CLASIFICARON COMO GRADO III (3). EN MEXICO, EL CANCER CERVICOUTERINO REPRESENTA LA PRINCIPAL NEOPLASIA QUE PADECE LA MUJER Y EQUIVALE AL 19.3% DE LOS PADECIMIENTOS ONCOLOGICOS MAS IMPORTANTES. LA TASA DE MORTALIDAD ANUAL FLUCTUA ENTRE 3.7 Y 9.5 DEFUNCIONES POR 100 MIL MUJERES, POR LO QUE OCUPA EL PRIMER LUGAR EN MORTALIDAD GENERAL DE TODAS LAS NEOPLASIAS Y TAMBIEN REPRESENTA EL TERCER LUGAR DE MORTALIDAD GENERAL ENTRE LOS 30 Y 44 AÑOS (21).

LO ANTERIOR NOS DA IDEA DE LO IMPORTANTE QUE ES DIAGNOSTICAR Y TRATAR LAS NEOPLASIAS CERVICALES O DISPLASIAS; HAY UN FUERTE VINCULO ENTRE INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y APARICION DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL. HOY LA INFECCION POR DICHO VIRUS ESTA ENLAZADA CON TODOS LOS GRADOS DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL Y DE CANCER CERVICAL INVASOR, EN LA ACTUALIDAD HAY MAS DE 70 TIPOS DE VIRUS; DE ESOS, 15 A 20 AFECTAN AREAS ANAL Y GENITAL. SE CONSIDERA QUE LA INFECCION POR ALGUNOS TIPOS DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (ESTO ES, 16,18,31,33,35 Y 39) AUMENTAN EL RIESGO DE NEOPLASIA, DEBIDO A LA RELACION ENTRE ELLOS Y A LAS LESIONES CON ALTA PROBABILIDAD DE PROGRESION MALIGNA, OTROS TIPOS DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (O SEA, 6,11, Y 42) RARA VEZ SE OBSERVAN EN RELACION CON CONVERSION MALIGNA. LOS TIPOS 16 Y 18 HAN SIDO VINCULADOS MAS A MENUDO CON NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO Y CARCINOMA INVASOR (3,4,5,13).

LA PROGRESION DEL CANCER CERVICAL OCURRE CUANDO LAS CELULAS PRECURSORAS EVOLUCIONAN HASTA CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASORAS DEL CUELLO UTERINO DURANTE UN PERIODO. DOS ESTUDIOS REVELARON QUE LA EDAD MEDIA DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ES DE ALREDEDOR DE 34 AÑOS; CON CARCINOMA IN SITU DE 42 AÑOS Y CON CANCER INVASOR DE 48 A 51 AÑOS. ESTOS DATOS NOS INDICAN QUE DESDE LA PROGRESION DESDE DISPLASIA HASTA CARCINOMA INVASOR OCURRE DURANTE VARIOS AÑOS. EN DOS ESTUDIOS EXTENSOS, PROSPECTIVOS SE DESCRIBE MEJOR COMO APARECEN LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES. SE MOSTRO QUE DE 6 A 31% DE TODAS LAS DISPLASIAS, MOSTRARON REGRESION EN EL TRANSCURSO DE 10 AÑOS, EN TANTO QUE 60% PROGRESARON HASTA CARCINOMA IN SITU; OTROS ESTUDIOS MUESTRAN QUE UN PORCENTAJE MAS BAJO DE DISPLASIAS SE DESARROLLA DURANTE UN PERIODO SIMILAR. EL NUMERO DE NEOPLASIAS QUE PROGRESA DESDE CARCINOMA IN SITU, HASTA CARCINOMA INVASOR

VARIA DE 20 A 71%, DEPENDIENDO DE LOS PARAMETROS DEL ESTUDIO Y DE LA DURACION DE LA VIGILANCIA (3,7,10,11).

LA NUEVA TECNICA DE ASA DIATERMICA EN LA EXCISION EN LA ZONA DE TRANSFORMACION HA ADQUIRIDO GRAN POPULARIDAD, LLEGANDO A REEMPLAZAR EN MUCHAS CLINICAS DE COLPOSCOPIA, A LA VAPORIZACION LASER, YA QUE SE HA VISTO SER MUY EFECTIVA Y CON BAJA MORBILIDAD EN PACIENTES CON CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES ANORMALES, TAMBIEN TIENE LA VENTAJA QUE PUEDE SER UTILIZADA CON ANESTESIA LOCAL, DEJANDO ATRAS A LA ANESTESIA REGIONAL Y GENERAL. SIENDO DESCRITO DESDE 1981 POR CARTIER Y COL'S EN PARIS, EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON ASA DIATERMICA EN LESIONES CERVICALES Y EN 1989 PRENDIVILLE DESCRIBE DIFERENCIAS Y RESULTADOS DE ASA DIATERMICA Y BISTURI. EN 1986 ES PRESENTADO POR DEIGAN, EN ONTARIO CANADA, UN REPORTE DE 776 PACIENTES DE 1973 A 1984 CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL, QUIENES FUERON TRATADAS CON ASA DIATERMICA, Y DE ESTAS, 726 (94%) SE LES SIGUIO A 3 Y 6 MESES DONDE EN UN INICIO SE ENCONTRO UN 89 A 90% DE CURACION EN TODOS LOS GRADOS DE DISPLASIA, INCLUYENDO CARCINOMAS IN SITU Y LOS PACIENTES CON FRACASO FUERON EVENTUALMENTE CURADOS CON EL USO DE ELECTROCAUTERIO, ENCONTRANDO EN ESTE METODO SER EFECTIVO Y CONSERVADOR Y QUIZAS SEA EL MEJOR METODO COSTO-EFECTIVIDAD, PARA EL MANEJO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (17,19,21).

EN 1980, ANDERSON EN LONDRES, EN UN ARTICULO CLASICO, NOS HACE REFLEXIONAR DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA Y EXTENSION DE LAS CRIPTAS INVOLUCRADAS EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL, CUANDO EL TRATAMIENTO ES CONSIDERADO CON ELECTROCIRUGIA, CRIOCIRUGIA O LASER, REALIZANDO UN ESTUDIO EN EL HOSPITAL SAMARITANO PARA MUJERES EN LONDRES, CON 343 PACIENTES, QUIENES FUERON TRATADAS CON CONO BIOPSIA, ENCONTRARON EN LAS CRIPTAS CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL, UN PROMEDIO DE PROFUNDIDAD DE 1.24 MM Y YA NO ENCONTRARON INVOLUCRADAS LAS CRIPTAS A UNA PROFUNDIDAD DE 3.38 MM, POR LO QUE EN QUIENES SE REALIZO UNA DESTRUCCION A 3.80 MM DE PROFUNDIDAD, FUE ERRADICADO EN UN 99.7% (18).

TAMBIEN EXISTEN OTRAS OPINIONES COMO LA DE MONTZ CALIFORNIA E.U., EN 1993, DONDE NOS MUESTRA LA DESTRUCCION ALTA DE LOS MARGENES QUIRURGICOS EN LOS TRATAMIENTOS CON ASA DIATERMICA, DANDONOS RELATIVA LIMITACION PARA LA INTERPRETACION DIAGNOSTICA POR EL HISTOPATOLOGO Y POR ENDE PARA LA TERAPEUTICA, CONSIDERANDO EL ASA DIATERMICA COMO UNA ALTERNATIVA MAS DE CONIZACION CERVICA (19).

KOBAK EN 1995, NOS DICE QUE LA CONIZACION CON CURETAJE ENDOCERVICAL CON MARGENES POSITIVOS PARA DISPLASIA DE ALTO GRADO, SE ESTABLECE BIEN COMO PREDICTOR PARA DISPLASIA RESIDUAL, SIENDO LA EDAD MAYOR DE 50 AÑOS Y POSITIVIDAD, TAMBIEN COMO UN FACTOR PRONOSTICO PARA LA LESION, PUDIENDO ORIENTAR ASI, MEJOR NUESTRO TRATAMIENTO (20).

POR TANTO SIENDO MULTIPLES LAS OPINIONES ACERCA DEL USO DEL ASA DIATERMICA, COMO TRATAMIENTO EN LAS DISPLASIAS CERVICALES, SE DEBE HACER UNA EVALUACION COMPLETA DEL PACIENTE Y LOS RECURSOS, PARA ASI PODER DAR UN MEJOR MANEJO Y MAYOR BENEFICIO AL PACIENTE.

MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE TRABAJO ES UN ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL, DONDE SE ESTUDIARON A 70 PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL I.S.S.S.T.E., EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1994 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1996 CON DIAGNOSTICO DE LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO Y LESIONES LIMITROFES O LO QUE ES LO MISMO ASCUS (ATYPICAL SQUAMOUS CELLS OF UNDETERMINED SIGNIFICANCE).

DICHAS PACIENTES FUERON SOMETIDAS A PROTOCOLO DE ESTUDIO, DONDE SE RECABO A LA ANAMNESIS UNA SERIE DE DATOS CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES PARA SU PADECIMIENTO ACTUAL (VER HOJA ANEXA), REALIZANDOLES COLPOSCOPIA, NUEVA CITOLOGIA CON CEPILLO CITOLOGICO, TOMA DE BIOPSIA DIRIGIDA Y LEGRADO ENDOCERVICAL.

SE LES REALIZO EL ESTUDIO COLPOSCOPICO CON UN COLPOSCOPIO KARL-ZEEIZ DE 6, 10, 16, 25 Y 40 AUMENTOS, CON CANAL DE VIDEO CONECTADO A CAMARA, VIDEOGRAVADORA, VIDEOIMPRESORA Y MONITOR, SE LES REALIZO NUEVA TOMA DE CITOLOGIA CON CEPILLO CITOLOGICO, POSTERIOR A ESTO SE LES APLICO ACIDO ACETICO AL 3% POR 1-2 MINUTOS, REVISANDO COMPLETAMENTE LA SUPERFICIE CERVICAL Y UNION ESCAMOCOLUMNAR, DESPUES SE LES APLICO SOLUCION DE LUGOL, PARA APECIAR MEJOR EL TEJIDO AFECTADO Y REALIZAR LA TOMA DE BIOPSIA DIRIGIDA (CON PINZA DE KEVORKIAN), Y LEGRADO ENDOCERVICAL, PARA SU ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

EN TODOS LOS PACIENTES PARA SU TRATAMIENTO, SE UTILIZO UN GENERADOR RADIOQUIRURGICO MARCA ELLMAN-SURGITRON FFPF, CON CAPACIDAD DE CUATRO TIPOS DE ONDA DE RADIO (CORTE, COAGULACION, CORTE-COAGULACION Y FULGURACION), CON UNA POTENCIA DE SALIDA DE 140 WATTS Y TRANSMISION DE LA FRECUENCIA OPTIMA PARA TEJIDOS DE 3.8 MEGAHERTZ; SE UTILIZARON ELECTRODOS DE TUNGSTENO TIPO ASA DE 1.5 CMS. DE DIAMETRO Y 1 CM. DE PROFUNDIDAD, CON UNA SUPERFICIE AISLADA DE 12 CMS. DE LONGITUD, QUE SE CONECTA AL PORTAELECTRODOS (LAPIZ) MANUAL Y EL ELECTRODO DE BOLA O ESFERA DE .5 CMS. PARA LA COAGULACION. TODOS LOS PROCESOS QUIRURGICOS SE LLEVARON A CABO COMO CIRURGIA AMBULATORIA DE CONSULTORIO EN LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA Y LOS PROCEDIMIENTOS FUERON REALIZADOS EN UN SOLO TIEMPO.

PARA LA METODOLOGIA DE LA CONIZACION SE UTILIZO XILOCAINA AL 2% CON EPINEFRINA EXCLUSIVAMENTE, A UNA PROFUNDIDAD DE 1.5 CMS. EN EL ESTROMA CERVICAL EN SENTIDO HORARIO, A LAS 12, 3, 6, Y 9. EN NINGUN CASO SE NECESITO OTRO METODO ANESTESICO. SE COLOCO EL DIAL DE SELECCION DE CORRIENTE EN CORTE Y COAGULACION CON UNA INTENCIDAD DE 6 VOLTS, Y YA GENERADA LA CORRIENTE SE APLICO UNA LIGERA PRESION DESDE LA PUNTA DEL ELECTRODO PARA DESPLAZAR EL ASA DENTRO DEL TEJIDO CERVICAL, COMENZANDO EN SENTIDO ANTERO-POSTERIOR EN EL

RADIO DE LAS 12, HACIA EL RTADIO DE LAS 6 DE LA SUPERFICIE CERVICAL, PRODUCIENDO CON ESTO UN CORTE LIMPIO Y ADEMAS UNA COAGULACION SA_ TISFACTORIA, EL MARGEN DE SEGURIDAD DEBE ABARCAR DE 3 A 5 MM. POR FUERA DEL LIMITE DE LA LESION Y LA PROFUNDIDAD DE CORTE DE 8 MM.

LA HEMOSTASIA DEL LECHO QUIRURGICO, SE REALIZO CON EL ELCTRODO DE ESFERA, AUNANDO A ESTO, MAYOR DESTRUCCION TISU_ LARPOR LO QUE EL MARGEN DE SEGURIDAD AUMENTA CON ESTE PROCEDIMIEN_ TO.

LAS PIEZAS QUIRURGICAS SE ENVIARON PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, SIEMPRE PARCADOS EN EL RADIO DE LAS 12 (EN EL LA_ BIO ANTERIOR CERVICAL, CON UN PEQUEÑO CORTE) PARA ORIENTACION Y ES_ TANDARIZACION DEL SERVICIO DE PATOLOGIA Y NOSOTROS.

EL ESTUDIO ESTADISTICO SE REALIZO CON "T" DE STUDENT Y SE OBTUVO LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD.



I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE COLPOSCOPIA-CRIOCIRUGIA Y LASERTERAPIA

NOMBRE: _____ EDAD: _____ TEL: _____ FECHA: _____
 OCUPACION: _____ A. H. F. ONCOLOG. _____ A. P. P. CCA. DIAB. HTA.)TAB. _____
 TIEMPO: _____ QUIRURGICOS GINECOLOGICOS: _____ CUALES: _____
 A. G. O. MENARCA: _____ CICLOS: _____ F. U. R.: _____ VSA _____ G _____ P _____ C _____ A _____
 EDAD 1a. GEST.: _____ No. COMP. SEX.: _____ C. F.: OTB: _____ DIU: _____ HORMON: _____
 HORM. I. M. _____ ENF. VENEREAS: _____ VERRUGAS: _____ LEUCORREA: _____ TRATADA: _____
 TIEMPO: _____ PRURITO: _____ ARDOR: _____ SANGRADO POST-COITO: _____ REL. SEX.: ORAL. _____
 RECTALES _____ EDAD 1a. CITOLOGIA _____ TOMA REG. _____ RESULTADO ANORMAL?: _____
 ULTIMA CITA: _____ MOTIVO DE ENVIO: _____
 ACTUAL COMP. SEX.: _____ EDAD: _____ OCUP: _____
 VERRUGAS: _____ VENEREAS: _____ I. V. S. A. _____ No. DE COMP. SEX.: _____
 CIRCUN: _____ RESULTADO BIOP. VARON: _____ CITOL: _____
 CULTIVO EX. VAG: _____ OTROS. EX.: _____

COLPOSCOPIA:	CERVIX	VULVA	VAGINA	PENE
ZONA DE TRANSF: NORM.-ATIPICA-NO VISIBLE				
EPIHELIO:				
NORMAL	()	()	(X)	
INFLAMATORIO	()	()	()	
TONO COLOR:				
BRILLANTE.	()	()	(X)	
OPACA.	()	()	()	
ACETOPOSITIVA:				
SEMITRANSARENTE				
BRILLANTE	()	()	(X)	()
GRIS	()	()	()	()
LESION MAYOR A 2 cms.	()	()	()	()
LESION MENOR A 2 cms.	()	()	(X)	()
MARGENES:				
INDEFINIDOS	()	()	()	()
DEFINIDOS	()	()	(X)	()
RELIEVE:				
DELGADO	()	()	()	()
GRUESO	()	()	()	()
PUNTELLO:				
FINO	()	()	()	()
GRUESO	()	()	()	()
MOSAICO:				
REGULAR	()	()	()	()
IRREGULAR	()	()	()	()
VASOS ATIPICOS	()	()	()	()
YODONEGATIVA:				
PARCIAL	()	()	()	()
TOTAL	()	()	()	()
CONDILOMA ACUMINADO	()	()	()	()
CONDILOMA APLANADO	()	()	()	()
COMPRESION HACIA CANAL	()	()	()	()
ID. _____				

SK) NOX)

NOMBRE DEL MEDICO _____

FECHA: 26-12-96

RESULTADOS

EN UNA POBLACION DE 70 PACIENTES, DE EDAD ENTRE 20 A 63 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 39.2 AÑOS, SU OCUPACION PRESENTO QUE 18 DE ELLAS SE DICABAN AL HOGAR (25.71%), 13 SECRETARIAS QUE REPRESENTAN (18.57%), 13 EMPLEADAS FEDERALES (18.57%) Y 26 PROFESIONISTAS (37.14%).

PRESENTARON ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES ONCOLOGICOS POSITIVOS 16 PACIENTES (22.85%), DE LAS CUALES SOLO 7 (10%) ERAN POSITIVAS PARA CACU.

DENTRO DE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, SE ENCONTRO POSITIVO PARA 4 DE ELLAS (5.71%), DIVIDIENDOSE 3 (4.28%) PARA HAS Y 1 (1.42%), PARA CA DE MAMA.

EN ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS, SU MENARCA SE PRESENTO ENTRE LOS 10 Y 18 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 13.2 AÑOS, CON CICLOS REGULARES 67 PACIENTES (95.71%) E IRREGULARES 3 PACIENTES (4.28%). EL INICIO DE VIDA SEXUAL SE ENCONTRO ENTRE LOS RANGOS DE 15 A 31 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 21.6 AÑOS Y LA EDAD DE SU PRIMERA TOMA DE CITOLOGIA CERVICAL OSCILO ENTRE LOS 17 A 61 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 30.9 AÑOS.

PRESENTARON SU PRIMERA GESTACION O HIJO, SOLO 61 PACIENTES DE LAS 70, SIENDO EL 87.14%, CON UN PROMEDIO DE 22.3 AÑOS Y 9 PACIENTES (12.85%), FUERON NULIGESTAS.

EL NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES FUE DE 1 A 6 CON UN PROMEDIO DE 1.7 COMPAÑEROS.

DENTRO DE LOS METODOS DE ANTICONCEPCION, SE ENCONTRARON 21 PACIENTES (30%) CON DIU Y 23 (32.85%) UTILIZO HORMONALES EN CUALQUIERA DE SUS PRESENTACIONES ; 11 PACIENTES (15.71%) COMBINARON HORMONALES Y DIU, Y EL RESTO UTILIZO OTRO METODO O CARECIO DE ESTE.

NINGUNA REPORTO ENFERMEDADES VENEREAS Y VERRUGAS VULVARES SOLAMENTE 4 PACIENTES (5.71%), CON PRESENCIA DE LEUCORREA 50 PACIENTES (71.42%), RECIBIENDO TRATAMIENTO SOLO 35 PACIENTES (50%), LA PRESENCIA DE PRURITO ESTUVO EN 22 PACIENTES (31.42%) Y REFIRIERON ARDOR SOLO 10 PACIENTES (14.28%), CON SANGRADO POSTCOITAL 9 PACIENTES (12.85%), Y DENTRO DE SUS HABITOS SEXUALES, REALIZANDO SEXO ORAL 11 PACIENTES (15.71%) Y RECTAL 6 PACIENTES (8.57%), Y SE ENCONTRO LA TOMA DE CITOLOGIA CERVICAL REGULARMENTE EN UN 44.28% E IRREGULAR 55.72%.

EN EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO PARA LESIONES DE ALTO GRADO Y LIMITROFES FUE DE 54 PACIENTES DE LAS 70, COLPOSCOPICAMENTE 61 DE LAS 70 Y POR CONO 64 DE LAS 70 PACIENTES (VER TABLA 1).

TABLA 1

DX CITOLOGICO, COLPOSCOPICO E HISTOPATOLOGICO

	PAP	COLPOSCOPIA	CONO
NORMAL	16	9	6
ASCUS*	15	0	5
LBG*	16=54	27=61	25=64
LAG*	$\frac{23}{70}$	$\frac{34}{70}$	$\frac{34}{70}$

*ASCUS (ATYPICAL SQUAMOUS CELLS OF UNDETERMINED SIGNIFICANCE).

*LBG (LESION DE BAJO GRADO).

*LAG (LESION DE ALTO GRADO).

DR.GARCIA S.
H.R.L.A.E.M.

SE ENCONTRO UNA SENSIBILIDAD PARA EL CONO, DEL 100% Y ESPECIFICIDAD DEL 100%, PARA LA COLPOSCOPIA UNA SENSIBILIDAD DEL 95.31% Y ESPECIFICIDAD DEL 100% Y CITOLOGIA CON UNA SENSIBILIDAD DEL 84.37% Y ESPECIFICIDAD DEL 100%.

EL PROMEDIO DE LAS MEDIDAS DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS FUERON DE 1.58 CMS. PARA LOS BORDES POSITIVOS Y DE 1.46 CMS PARA LOS BORDES NEGATIVOS, CON UNA $T=p>.05$ NO EXISTIENDO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TAMAÑO DE LAS MUESTRAS (VER TABLA 2).

EN UN SEGUIMIENTO GENERAL CITOLOGICO A 3 Y 6 MESES ENCONTRAMOS COMO NORMAL 63 A 3 MESES Y 57 A 6 MESES; COMO COMO ASCUS, 4 Y 2 A 3 Y 6 MESES RESPECTIVAMENTE, COMO LESION DE BAJO GRADO A 3 MESES, 2 Y A 6 MESES 3; Y FINALMENTE DE LESION DE ALTO GRADO A 3 MESES 1 Y 3 A 6 MESES (VER TABLA 3).

EL OTRO SEGUIMIENTO CITOLOGICO A 3 Y 6 MESES, PERO CON BORDES POSITIVOS O NEGATIVOS, SE ENCONTRO CON BORDES POSITIVOS A 17 PACIENTES (24.28%) Y BORDES NEGATIVOS 53 (75.71%) Y EVOLUCIONARON DE LOS 17 PACIENTES C/LESION ENDOCERVICAL, 3 LLEGARON A LESION DE ALTO GRADO Y SIN LESION ENDOCERVICAL, 2 LLEGARON A LESION DE ALTO GRADO; Y DE LOS 53 CON LESION ENDOCERVICAL, UNO LLEGO A LESION DE BAJO GRADO Y 45 SIN LESION ENDOCERVICAL FUERON NORMALES, (VER TABLA 5 Y 6).

FINALMENTE ENCONTRAMOS UNA EFICACIA EXCISIONAL DEL 75.71% Y UNA EFICACIA DE SEGUIMIENTO PARA LESIONES LIMITROFES (ASCUS), LESIONES DE BAJO GRADO Y ALTO GRADO DEL 94% Y UNA EFICACIA DE SEGUIMIENTO PARA LESIONES EXCUSIVAMENTE DE ALTO GRADO, DEL 96.2%.

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

TABLA 2

MEDIDAS DE LA CONIZACION

DIAMETRO	BORDES POSITIVOS (CM)	BORDES NEGATIVOS (CM)
AP	2.2	2.1
TRANSVERSO	1.6	1.4
PROFUNDIDAD	.8	.8
PROMEDIO	1.5	1.4

$t=p>.05$ (no existiendo diferencia significativa entre el tamaño de las muestras).

TABLA 3

TABLA GENERAL
SEGUIMIENTO CITOLOGICO

	3 MESES	6 MESES
NORMAL	63	57
ASCUS	4 (1 NIC II)	2 (1 ASCUS)
LBG	2 (1 NIC I)	3 (1 NIC I)
LAG	<u>1</u> (CORROBORADO)	<u>3</u> (CORROBORADOS)
TOTAL	70	*65

* 5 pacientes no continuaron su seguimiento.

DR. GARCIA S.
H.R.L.A.L.M.

TABLA 4

CONTROL CITOLOGICO CON BORDES + o -

	BORDES POSITIVOS 17 (24.28%)		BORDES NEGATIVOS 53 (75.71%)	
	3 MESES	6 MESES	3 MESES	6 MESES
NORMAL	11	9	52	48
ASCUS	3	0	1	2
LBG	2	1	0	2
LAG	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
TOTAL	17	12	53	53

TABLA 5

TABLA DE EVOLUCION

BORDES POSITIVOS 17 PACIENTES= 7 C/LESION ENDOCERVICAL= 3 LLEGARON LAG
 10 S/LESION ENDOCERVICAL= 2 LLEGARON LAG

BORDES NEGATIVOS 53 PACIENTES= 8 C/LESION ENDOCERVICAL= 1 LLEGO LBG
 45 S/LESION ENDOCERVICAL= NORMAL

DR. GARCIA S.
 H.R.L.A.L.M.

DISCUSION

PODEMOS DARNOS CUENTA, QUE AL OBTENER LOS RESULTADOS DEL PRESENTE TRABAJO, Y QUE VALE LA ACLARACION, FUE REALIZADO CON ASA CORTA, HEMOS ALCANZADO Y SUPERADO RESULTADOS, YA DEMOSTRADOS MUNDIALMENTE POR CARTIER EN 1981, QUIEN UTILIZO ASA CORTA, EN 1989 PRENDIVILLE DEMUESTRA MAYOR EFICACIA EXCISIONAL, PERO EL UTILIZO ASA GRANDE.

TAMBIEN CABE MENCIONAR QUE EL PROMEDIO DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA ES DE 21.6 AÑOS, Y EL PROMEDIO DE LA TOMA DE SU PRIMERA CITOLOGIA CERVICAL, ES DE 30.9 AÑOS, POR LO QUE ES MUY LARGO EL TIEMPO ENTRE UN FENOMENO Y OTRO, TAMBIEN ENCONTRAMOS QUE LA TOMA DE CITOLOGIA ES REGULARMENTE SOLO EN UN 44.28% Y ENCONTRAMOS UN ALTO PORCENTAJE (71.42%) DE PACIENTES QUE HAN PRESENTADO PROCESOS INFECCIOSOS, MANIFESTADOS COMO LEUCORREA PRINCIPALMENTE.

TOMANDO COMO NUESTRA PRUEBA DE ORO A LA CONIZACION, SE ENCONTRO UNA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD COLPOSCOPICA DEL 95.31% Y 100% RESPECTIVAMENTE, DANDONOS BUENOS RESULTADOS Y LOS PROMEDIOS DE LAS MEDIDAS DE LOS CONOS PRESENTARON UNA $p > .05$ NO EXISTIENDO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE EL TAMAÑO DE LAS MUESTRAS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hall JE, Walton L. DYSPLASIA OF THE CERVIX: A PROSPECTIVE STUDY OF 206 CASES. AM J Obstet Gynecol 1968; 100 (5): 662-71.
- 2.- Richart RM. NATURAL HISTORY OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. Clin Obstet Gynecol 1968; 10: 748.
- 3.- Broder S. THE BETHESDA SYSTEM FOR REPORTING CERVICAL/VAGINAL CYTOLOGIC DIAGNOSES: REPORT OF THE 1991 BETHESDA WORKSHOP. JAMA 1992; 267 (14): 1892.
- 4.- Jeffrey Fowler, MD. PRUEBAS DE DETECCION DE CANCER CERVICAL 1993; 2 (11): 22-9.
- 5.- Ruey-Jien Chen, MD et al. INDEPENDENT CLINICAL FACTORS WHICH CORRELATE WITH FAILURES IN DIAGNOSING EARLY CERVICAL CANCER. Gynecol Oncology 1995; 58:356-61.
- 6.- Seminario taller en el Instituto Nacional del Càncer en Bethesda, Maryland,. ACTA CITOLOGICA, DEL DEL DIARIO DE CITOLOGIA Y CITOLOGIA CLINICA, dic. 12-13 de 1988.
- 7.- William T. Creasman, MD, et al. THE ABNORMAL PAP SMEAR-WHAT TO DO NEXT?. Càncer 1981; 48:515-522.
- 8.- Wilbanks, MD, et al. TREATMEN OF CERVICAL DYSPLASIA WITH ELECTROCAUTERY AND TETRACYCLINE SUPPOSITORIES. Am J Obstet Gynecol 1973; 117 (4): 460-3.
- 9.- Stanley Conner MD, et al. TREATMEN OF DYSPLASIA OF THE CERVIX UTERI BY ELECTROVAUTERIZATION. Surgery Gynecol Obstet 1970; 10: 726-8.
- 10.- Ben M. Peckham, MD et al. OUTPATIENT THERAPY: SUCCESS AND FAILURE WITH DYSPLASIA AND CARCINOMA IN SITU. Am J Obstet Gynecol 1982; 142 (3): 323-29.
- 11.- DB Johnson, CJ Rowlands. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN GENERAL PRACTICE. Br Med J 1989; 299: 1083-6.
- 12.- Barbara C Moore, MD, et al. PREDICTIVE FACTORS FROM COLD KNIFE CONIZACION FOR RESIDUAL CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN SUBSEQUENT HYSTERECTOMY. Am J Obstet Gynecol 1995; 173 (2): 361-6.
- 13.- Rachel G Fruchter, et al. CHARACTERISTICS OF CERVICAL INTRAEPITELIAL

- THELIAL NEOPLASIA IN WOMEN INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFI-
CIENCY VIRUS. Am J Obstet Gynecol 1994; 171 (2): 531-6.
- 14.- Oscar Trejo, ELECTROCIRUGIA (ASA DIATERMICA). EL ESTUDIO COL-
POSCOPICO. Clinica de colposcopia, criocirugia, laserterapia
y electrocirugia; Hospital Regional Lic.Adolfo Lòpez Mateos
I.S.S.S.T.E. 1994.
 - 15.- Paul Byrne, et al. OUTPATIEN LOOP DIATHERMY CONISATION. The
Lancet 1991; 337: 917-8.
 - 16.- LARGE LOOP EXCISION OF THE TRANSFORMATION ZONE. Comment in:
Lancet 1991; 337: 148.
 - 17.- Deigan, MD, et al. TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEO-
PLASIA WITH ELECTROCAUTERY: A REPORT OF 776 CASES. Am J Obstet
Gynecol 1986; 154 (2): 255-9.
 - 18.- Anderson, MD, et al. CERVICAL CRYPT INVOLVEMENT BY INTRAEPITHE-
LIAL NEOPLASIA. Obstetrics and Gynecology 1980; 55 (5): 546-50.
 - 19.- Montz, MD, et al. LARGE-LOOP EXCISION OF THE TRANSFORMATION ZO-
NE: EFFECT ON THE PATHOLOGIC INTERPRETATION OF RESECTION MAR-
GINS. Obstetrics and Gynecology 1993; 81 (6): 976-82.
 - 20.- Kobak, MD, et al. THE ROLE OF ENDOCERVICAL CURETTAGE AT CERVI-
CAL CONIZATION FOR HIGH-GRADE DYSPLASIA. Obstetrics and Gyneco-
logy 1995; 85 (2): 197-201.
 - 21.- Trejo, MD et al. ELECTROCIRUGIA COMO TRTAMIENTO DE LAS LESIO-
NES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO DEL CERVIX. Gine-
cologia y Obstetricia de Mèxico 1997; 65: 332-38.

...Y AL FINAL SOLO SE UNA COSA...

QUE...

"NO PUEDES HUIR DEL VIENTO, TE ENFRENTAS A EL,
ASIENTAS TUS VELAS Y CONTINUAS".

ALFREDO GARCIA SANCHEZ
PARA I.P.U.B., POR LA
ESPERANZA Y LA ILUSION.