

11217
120
22j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
I. S. S. S. T. E.

***CORRELACION DEL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
CERVICAL POR ESTUDIO COLPOSCOPICO***

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JUAN JOSE RAMIREZ RAMIREZ



ISSSTE

MEXICO D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



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.

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	9
METODO Y DESARROLLO	10
MATERIALES	11
RESULTADOS	13
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	22
APENDICE A	24
BIBLIOGRAFIA	26

R E S U M E N

El estudio consistió de 30 pacientes de la consulta externa con citología vaginal anormal, a las cuales se les realizó Colposcopia, nueva citología y biopsia cervical. Se realizó -- una correlación de resultados encontrándose virus del papiloma humano (VPH) y displasia o Neoplasia intraepitelial cervical - (NIC) en 50% de los casos por Citología, por Colposcopia en -- 67% y por Histología en 69%. Por lo tanto la Colposcopia bien-realizada puede ser de gran utilidad para detectar las infecciones por VPH y NIC y, por consecuencia poder realizar una biopsia dirigida más precisa de las zonas de lesión aparente.

La asociación constante entre infección por VPH y NIC pone de relieve el hecho de que los papilomavirus transmitidos - sexualmente pueden desempeñar un papel necesario en la carcinogenesis.

SUMMARY

The study consisted of 30 patients with abnormal vaginal cytology, to whom were performed, new cytologic study, colposcopy and cervical biopsy.

Results were correlated founding HPV and displasia (Intraepithelial cervical neoplasia ICN) in fifty per cent of the cases studied by cytology, sixty seven per cent of the colposcopic cases and sixty-nine per cent by histology. We conclude that a well performed colposcopy can be of a great utility in the detection of HPV infections and ICN and in the performance of directed biopsies of the affected areas. The constant association between HPV infections and ICN remarks the fact that sexually transmitted papillomavirus can have an important roll in the development of cervical cancer.

I N T R O D U C C I O N

La colposcopia, originalmente concebida por Hinselmann - en 1925 como un procedimiento para observar detalladamente el cuello uterino mediante aumento de la imagen, actualmente satisface mejor su etimología e incluye la inspección instrumental de la vagina, cuello uterino e incluso vulva, con el propósito de mejorar el diagnóstico ginecológico y afinar detalles que de otra manera pueden ser pasados por alto. Inicialmente también, y aún hoy día en el espíritu de muchos, tuvo como finalidad principal la de descubrir un posible carcinoma incipiente, pero en el momento actual se amplía su utilidad para el estudio de otros estados patológicos benignos o inflamatorios que un mejor diagnóstico permite tratar mejor. (1)

Como ya se dijo, la idea fué concebida por el ginecólogo Alemán Hans Hinselmann quién además, hizo construir por la casa Leitz el prototipo de instrumento del que se derivan los modelos actuales, para ver el cuello uterino con una buena iluminación y una imagen aumentada y nítida de su superficie.

A pesar del entusiasmo del autor, desde que lo introdujo en 1925 en adelante, quedó el procedimiento relegado a una curiosidad poco conocida fuera de los países de habla alemana y menospreciada en general hasta hace 15 años, en que ha ido adquiriendo creciente prestancia en los Estados Unidos, donde actualmente es motivo de grandifusión e interés inusitado. En México fué introducido como rutina en el Servicio de Ginecología del Hospital Español en 1955 por el Dr Alfonso Alvarez Bravo y también, actualmente goza de gran aceptación en la mayoría de los grandes hospitales de la especialidad. (2)

Es importante recordar, que el cáncer cervicouterino es la neoplasia ginecológica mas frecuente. Su mortalidad ocupa el primer lugar entre las mujeres con padecimientos oncológicos en nuestro país, presentándose principalmente en el grupo de pacientes entre los 40-50 años de edad. Cabe mencionar que también le corresponde el primer lugar entre todos los cánceres de ambos sexos. (3) (4) (5)

Existen actualmente en nuestro país programas ambiciosos que permiten la detección temprana de las lesiones precursoras del cáncer, se requiere solamente de una buena toma de Papanicolaou y una capacitada evaluación de éste. En caso de un resultado anormal la utilización de la colposcopia es un método que permitirá una evaluación completa del epitelio alterado.

DISPLASIA

El nombre displasia, se aplica a anomalías epiteliales del cuello uterino, fué introducido por Reagan y colaborados en 1953, sin embargo sigue motivando muchas controversias y discusiones, sobre todo en cuanto a su definición. "Displasia", es un término histológico que hoy día con los avances de la moderna citología, también es aplicable en esta disciplina, con características propias, que permite establecer con certeza, un diagnóstico diferencial de los diversos grados de la displasia. Aceptado este término por el Comité Internacional de Patólogos reunidos en Viena en el año de 1961, se ha venido usando desde entonces por Patólogos, Citopatólogos y Citotecnólogos.

Etimológicamente la palabra Displasia, viene del prefijo griego DYS, que significa trastorno, alteración, dificultad, y del sufijo PLASIA que nos traduce formación, desarrollo, --

crecimiento. Lo que significaría que displasia no es mas que la ALTERACION O DESORDEN EN EL DESARROLLO DEL EPITELIO.

DEFINICION

Se conocen muchas definiciones de Displasia, pero la mas aceptada es la del Comité de Nomenclatura realizado en Viena, 1961, que define la displasia como "todo epitelio escamoso ó metaplásico que presenta alteraciones en la maduración o en la diferenciación de sus componentes celulares, sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al Carcinoma in situ"

ORIGEN

Las Displasias pueden originarse sobre el epitelio escamoso más o menos maduro, que reviste el exocérnix y sobre zonas de metaplasia escamosa. Se desconocen cuales son las causas exactas que perturban la maduración del epitelio escamoso exocervical produciendo Displasia, así como también la normal formación de una zona metaplásica a partir de las células de reserva, originando epitelios displásicos.

CLASIFICACION DE LA DISPLASIA

Según la etapa de desarrollo o intensidad de la lesión:

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Grave

De acuerdo a la diferenciación citoplasmática:

- a) No queratinizante
- b) Queratinizante
- c) Metaplásica

CLASIFICACION DE RICHART

Richart ubica un conjunto de lesiones, que van, desde la displasia leve hasta el Carcinoma in situ, denominandolas "Neoplasias Intraepiteliales".

Neoplasia Intraepitelial grado	I (Displasia leve)
Neoplasia Intraepitelial grado	II (Displasia moderada)
Neoplasia Intraepitelial grado	III (Displasia grave)
	(Carcinoma in situ)

Como podemos observar, esta clasificación incluye al carcinoma in situ, basada en el criterio que todas estas lesiones intraepiteliales, forman un conjunto de anomalías progresivas, que van hacia un carcinoma in situ. Son muchos los autores que han acogido esta definición porque parece ser la -- que más se ajusta al comportamiento de estas neoplasias. (6)

Durante las últimas décadas ha evolucionado el concepto de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Se trata de un serie ininterrumpida de cambios preinvasores que tienen su -- origen en el epitelio escamoso de la zona de transformación. (7) (8).

Schiller en 1929 hizo una contribución importante al diagnóstico temprano de estas lesiones. Aprecio que el carcinoma escamoso del cuello uterino carecia como dato notable de grandes cantidades de glucogeno, en tanto lo tenía en abundancia el epitelio escamoso normal. Como resultado de esta observación describió la "Prueba de Schiller con aplicación al yodo".

Con el advenimiento del frotis de Papanicolau en 1943, -- fué posible descubrir la existencia de carcinoma in situ (CIS) así como atípicas celulares que recordaban al CIS, pero no lo suficientemente graves para basar en las mismas el diagnóstico. Estas atípicas fueron llamadas displasias por los histopatólogos.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La función potencial del papilomavirus humano (VPH) en la etiología del cáncer fue sospechada originalmente al observar la conversión maligna de tumores provocados por él que -- afectaban piel y mucosa, (9) (10) su ingerencia se confirmó -- primero al descubrir DNA y RNA de VPH en cánceres escamosos -- nacidos de epidermodisplasia verruciforme. Tiene lugar la con -- version maligna de estas verrugas planas en 30 a 60% de los -- oncientes.

Durante los últimos años, la producción de clones de -- nuevos tipos de DNA de VPH extraído de tumores genitales be -- nignos y malignos ha proporcionado sondas que permiten esta -- blecer la asociación coherente entre papilomavirus y cáncer -- anogenital (incluyendo carcinomas de cuello, vulva, perineo y -- perianal) (11) (12) (13).

Las características clínicas, el aspecto histológico, y -- la evolución natural de las enfermedades genitales asociadas -- con papilomavirus dependen, en gran parte, del tipo de DNA de -- VPH que se descubre dentro de las lesiones. Se han descubier -- to VPH-6 y VPH-11 en el 40 a 50% de los condilomas planos y -- las displasias ligeras de mujeres tanto europeas como estadou -- nidenses. (13) (14). Desde el punto de vista histológico esta -- lesiones cervicales subclínicas muestran la misma imagen de -- acantosis basal y de coilocitosis superficial que se descubre -- en el condiloma acuminado.

Las lesiones cervicales planas provocadas por VPH-16, -- 18 y -31 por lo general muestran un grado más intenso de neo -- plasia intraepitelial cervical (NIC). Hay atípi nuclear en -- todas las capas del epitelio, y se observan imágenes de mito -- sis anormal. Los coilocitos son raros, es probable que ni exi -- tan. Pueden descubrirse tipos oncógenos de VPH en 80 a 90% de

las lesiones NIC de grado 3 de las cuales VPH-16 es el tipo más frecuente. (15)

Las displasias del cuello se consideran precursoras de cáncer cervical. Sin embargo, todavía no se han efectuado correlaciones entre estudios de vigilancia y tipo de VPH. Meise y cols. señalaron la progresión hacia displasia grave o carcinoma in situ en 10% de las pacientes con los denominados condilomas atípicos, que muestran atipia nuclear neta y pueden ser provocados preferencialmente por VPH-16 o virus relacionados. En contraste, solo 5% de los condilomas colilocitóticos, la mayor parte de los cuales a lo mejor dependían de VPH-6 o VPH-11, evolucionaron hacia neoplasia intraepitelial. Esto indica de manera provisional que las infecciones por VPH-16 conllevan peor pronóstico que las causadas por VPH-6 o VPH-11.

Se ha descubierto DNA de VPH en aproximadamente 90% de los cánceres cervicales examinados (tanto escamosos como adenocarcinomas). Pueden descubrirse secuencias genómicas y virales en el tumor primario y en las metástasis asociadas. El tipo más frecuente descubierto es VPH-16. Datos preliminares sugieren que puede haber ciertas fluctuaciones geográficas. (16).

OBJETIVO GENERAL

Correlacionar lesiones por Virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial Cervical, por estudio Colposcópico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Localizar el sitio más apropiado para una biopsia -- útil.
- 2) Evaluar el grado de extensión de una lesión.
- 3) Localizar y juzgar la integridad de la unión escamo-columnar del epitelio cervical.
- 4) Llegar a un diagnóstico histológico más preciso, de las lesiones causadas por VPH y NIC.

METODO Y DESARROLLO

Se estudiaron a 30 pacientes de la consulta externa de Ginecología, las cuales deberían

Criterios de Inclusión.

1. Todo caso de citología vaginal anormal, independientemente de la edad, paridad y actividad sexual de la paciente.
2. Toda lesión cervical, vaginal o vulvar sospechosa, independientemente del resultado citológico.
3. Todo caso de lesión cervical previamente tratada para valorar el resultado final (siempre y cuando el tratamiento tuviera por lo menos 30 días de haberse aplicado la última vez).

Criterios de Exclusión y Eliminación.

1. Pacientes ya diagnosticadas con Displasia y/o infección por VPH.
2. Pacientes incluidas en el rubro anterior con tratamiento establecido o indicado.
3. Pacientes que estén recibiendo tratamiento por alguna infección cervicovaginal, o que no tengan por lo menos 30 días de haberse aplicado el tratamiento la última vez.
4. Pacientes programadas para Histerectomía, cualquiera que sea la indicación.

Materiales.

1. Colposcopio Carl Zeiss binocular
2. Espejos vaginales de distintos tamaños, como el de Graves, estériles y secos, de acero inoxidable.
3. Pinzas de Curación uterina de 18 cm, anguladas o curvas como las de Bozeman.
4. Pinzas de Pozzy de 18 cm.
5. Pinzas para toma de biopsia cervical como la de Gaylor o Schubert curvas o anguladas.
6. Un Recipiente con torundas secas de algodón absorbente.
7. Un Recipiente con solución de ácido acético al 3%.
8. Un recipiente con solución yodo-yodurada de Lugol.
9. Un recipiente con solución de Monsel.

Además de los instrumentos mencionados, conviene tener laminillas de portaobjetos, soluciones fijadoras y cito-spray aplicadores de algodón y espatulas de madera, para la toma de Papanicolau vaginal previamente a la ejecución de la colposcopia.

El estudio se inicia con las pacientes seleccionadas en base a los criterios de inclusión ya señalados y se llena un cuestionario que a la vez sirve de historia clínica, en la hoja de recolección de datos (apéndice A). Posteriormente se pasa a la mesa de exploración ginecológica, donde en esta posición se realizara el examen colposcópico antes del reconocimiento bimanual; previa explicación somera a la paciente en qué consiste, a fin de disipar dudas y temores que pueden dificultar la exploración.

Técnica Colposcópica

La paciente colocada en posición ginecológica con una ligera inclinación hacia la posición de Trendelenburg, con genitales y perineo bien expuestos, se realiza una inspección con el colposcopio de los genitales externos, así como la entrada de la vagina. Entonces se introduce con precaución el espejo vaginal seco y se van observando macroscópicamente -- las paredes vaginales hasta exponer el cuello uterino.

Una vez colocado el espejo, se realiza un enfoque del -- cérvix con el colposcopio, y se toma una citología vaginal, -- posteriormente se valora colposcopicamente el cérvix y se --- aplica ácido acético, con unas torundas de algodón las cuales se dejan en contacto con el cérvix por 3 a 5 minutos, posteriormente se retira y se evalúa nuevamente el cérvix, se --- aplica solución de Lugol para realizar la prueba de Schiller y en base a esta se tomara una biopsia dirigida de la lesión más característica si así lo amerita el caso.

Antes de retirar el espejo se comprueba que no haya -- sangrado en el caso de que lo haya, debe cohibirse por una -- simple compresión con la torunda o con una gasa, o mediante la aglaciación de una pequeña cantidad de solución de Monsel a la zona sangrante. Puede requerirse un taponamiento de gasa por 12 hrs y muy rara vez un punto de sutura de material absorbible. Finalmente, se limpia cuidadosamente el cuello y los fondos de saco vaginales para eliminar cualquier resto -- de las soluciones empleadas, para evitar la irritación ulterior que éstas pudieran producir. Y enseguida se puede reali -- zar el examen ginecológico binomual, para tener una visión -- completa del útero y anexos. Y así se termina por llenar la -- hoja de recolección de datos en su segunda parte (apéndiceA)

RESULTADOS

Se estudiaron a 30 pacientes de las cuales se obtuvo su edad y se dividieron en 9 clases para su estudio, obteniendo se una media de: 34.06 años. Ver cuadro 1, figura 2

CUADRO 1		
EDAD DE LAS PACIENTES		
ORDEN	CLASE +	PRECUENCIA
1	15-20	2
2	21-25	4
3	26-30	4
4	31-35	8
5	36-40	6
6	41-45	3
7	46-50	1
8	51-55	0
9	56-60	2
TOTAL		N= 30

+ Edades de las
pacientes

\bar{X} = 34.06 años

De las pacientes estudiadas se encontró, que un 43.33% o sea que 13 pacientes su ocupación es el hogar, mientras que el resto se dedican a trabajar y de estas solo 4, un 13.33% tienen grado de licenciatura. Cuadro 2, figura 3

Así mismo se encontró que de las 30 pacientes estudiadas 19 de ellas iniciaron vida sexual activa antes de los 20 años encontrándose una media de 18.53 años, como inicio de vida sexual. Cuadro 3, figura 4

Se encontró también con respecto a los embarazos que estas pacientes tenían por lo menos 3 hijos o menos, lo que representa una media de 2.33 embarazos en promedio por paciente. Cuadro 4, figura 5

C U A D R O 2			
O C U P A C I O N E S			
ORDEN	OCUPACION	FR	%
1	HOGAR	13	43.33
2	SECRETARIA	6	20
3	INTENDENTE	3	10
4	MAESTRA	4	13.33
5	OTRAS	4	13.33
TOTAL		N=30	100%

C U A D R O 3		
I V S A		
ORDEN	CLASE +	FRECUENCIA
1	14-16	2
2	17-19	17
3	20-22	8
4	23-25	3
TOTAL		N= 30

+ Eddes de las
pacientes

\bar{X} = 18.53 años

C U A D R O 4		
G E S T A C I O N E S		
ORDEN	GESTAS	FRECUENCIA
1	0-1	5
2	2-3	17
3	4-5	6
4	6-7	2
TOTAL		N= 30

\bar{X} = 2.83 embarazos

Se investigó también en estas pacientes, a que edad se-
habían tomado su primera citología vaginal; y se encontró --
que 18 de ellas lo habían hecho en el período de 20 a 30 ---
años y, solo 3 de ellas lo habían realizado antes de los 20-
años. Encontrándose una media de 27.2 años en promedio la --
primera toma de citología vaginal. Cuadro 5, figura 6

De las 30 pacientes estudiadas se encontró con respecto
al número de embarazos que tenían, y la edad de la primera -
gestación encontrándose que 16 de ellas habían tenido su pri-
mer embarazo antes de los 20 años, y 2 de ellas no se han em-
barazado. Cuadro 6, figura 7

CUADRO 5		
PRIMERA CITOLOGIA		
ORDEN	CLASE +	FRECUENCIA
1	15-20	3
2	21-25	9
3	26-30	9
4	31-35	7
5	36-40	2
TOTAL		N= 30

+ Edades de las
pacientes

\bar{X} = 27.2 años

Del estudio Colposcópico realizado a las 30 pacientes - encontramos que hubieron 4 diagnósticos diferentes que fueron: NIC I, NIC II, VPH + NIC I y VPH + NIC II. De los cuales el 66% correspondió a la asociación de VPH con NIC en sus dos grados y el porcentaje restante correspondió a NIC en sus dos grados. Estos diagnósticos están basados en cuadro I de la Clasificación de Coppersson.

Así mismo podemos decir que la asociación de VPH con NIC en sus diferentes fases es muy importante ya que ocupa más del 50% de las pacientes estudiadas por el método de Colposcopia solamente. Cuadro 7, figura 8

CUADRO 6		
PRIMERA GESTACION		
ORDEN	CLASE +	FRECUENCIA
1	15-17	4
2	18-20	12
3	21-23	10
4	24-26	1
5	27-29	1
6	NULIGESTAS	2
TOTAL		N= 30

+ Edades de las
pacientes

$\bar{X} = 18.83$

Del estudio Citológico realizado a las 30 pacientes del estudio se encontró que existieron 5 diagnósticos que fuerón: Negativo II; Negativo II + VPH; Negativo II + VPH + NIC I; - Negativo III + NIC III y Negativo II + NIC I. De los cuales el 50% corresponde al diagnóstico de VPH con o sin asociación a NIC; de casos sospechosos de malignidad y de alto grado de la misma solo se encontró un 10%. De estos resultados un 20% se encontró sin alteraciones patológicas. Cuadro 8, fig. 9

CUADRO 7			
DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO			
ORDEN	DIAGNOSTICOS	FR	%
1	N I C I	5	16.66
2	N I C II	5	16.66
3	N I C I + V P H	11	36.66
4	N I C II + V P H	9	30.02
T O T A L		N=30	100 %

Los resultados del estudio Histológico practicado a las 30 pacientes estudiadas reportó 5 diagnósticos que son: VPH + CC; VPH + NIC I; VPH + NIC II; CC + NIC I y NIC III. Siendo (CC) cervicitis crónica. Se encontró que el VPH está presente en más del 60% asociado a cervicitis crónica y NIC en sus diversos grados. NIC de alto grado solo se encontró en un poco más del 6% y la cervicitis crónica se ha encontrado asociada en más del 29%. cuadro 9, figura 10

C U A D R O 8			
DIAGNOSTICO CITOLOGICO			
ORDEN	DIAGNOSTICOS	FR	%
1	NEG II	6	20
2	NEG II + V P H	12	40
3	NEG II + VPH + NIC I	3	10
4	NEG III + NIC III	3	10
5	NEG II + NIC I	6	20
T O T A L		N=30	100%

C U A D R O 9			
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO			
ORDEN	DIAGNOSTICOS	FR	%
1	V P H + C C	8	26.66
2	V P H + N I C I	10	33.33
3	V P H + N I C II	3	10.02
4	C C + N I C I	7	23.33
5	N I C III	2	6.66
T O T A L		N=30	100%

DISCUSION

Como se puntualizó en la introducción, la Colposcopia es el método diagnóstico con el cual se puede mejorar el diagnóstico ginecológico y afinar detalles que de otra manera -- pueden pasar por alto. En virtud de los resultados obtenidos se puede decir que la colposcopia bien realizada y corroborada por estudios citológicos e histológicos nos da una real perspectiva de la patología cervical, cuando existen alteraciones en la observación de un cérvix que a simple vista no se pueden dilucidar. En virtud de los resultados obtenidos por el método colposcópico encontramos que en más del 60% de los casos valorados se encontró infección por VPH asociado a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y que fué corroborada por el método citológico e histológico, encontrándose en el primero en un 50% y en el segundo en más del 69% de los casos valorados.

La NIC se encontró por colposcopia en más del 30% de los casos valorados y se corroboró por citología, encontrándose en un 30%, por histología en más del 29% de los casos valorados.

En vista de los resultados obtenidos se puede puntualizar, que por medio de una colposcopia bien realizada y apoyada en la Citología e Histología, se pueden definir mejor los diagnósticos, y tomar de las áreas sospechosas muestras que permitan realizar un mejor diagnóstico o más adecuado a la patología que presentan. Pero estas muestras solo pueden ser reconocidas en la mayoría de los casos por Colposcopia, ya de otra manera pueden pasarse por alto como ya hemos puntualizado anteriormente.

CONCLUSIONES

En vista de los resultados obtenidos en este estudio -- realizado a 30 pacientes, en forma retrospectiva en el período de Abril a Agosto de 1992. En el Hospital General "Dr Dario Fernandez Fierro" del ISSSTE, en el servicio de GINECOOBSTETRICIA, en el área de Consulta Externa.

Encontramos diversos factores que pueden desencadenar alteraciones a nivel cervical de las pacientes con vida sexual activa que acuden a este Hospital, por lo que debemos resaltar lo siguiente: Encontramos que de las pacientes estudiadas el inicio de la vida sexual activa se realizó en promedio a los 18.53 años y su primera citología se realizó a los 27.2 años en promedio; por lo que se debe hacer hincapié en que como sabemos toda paciente con vida sexual debe tener por lo menos en forma anual, la toma de citología vaginal. -- ya que por los promedios obtenidos casi 10 años posteriores a la iniciación de la vida sexual se tomaron su primer estudio de Papanicolau. Lo que representa un riesgo para padecer alguna alteración de las mencionadas en este estudio sin tener un verdadero control sobre ellas y solo estar recibiendo tratamientos que demoran el diagnóstico oportuno en estas pacientes así mismo es importante señalar que los médicos deben de apoyar los estudios preventivos para estas pacientes, y canalizar en forma adecuada a las que así lo requieran.

Por otra parte también se encontró que la primera gestación se llevó a cabo en promedio a los 18.83 años, lo que -- también representa un factor de riesgo importante o sea que -- la primera gestación a edad temprana es un factor de riesgo para padecer CAGU, como lo son los mencionados anteriormente : actividad sexual temprana, multiparidad y otros ya cono-

cidos por todos.

Es importante enfatizar que la Colposcopia desempeña importante papel en la investigación y el tratamiento directo de infecciones por papilomavirus de las vías genitales bajas-femeninas. Los aspectos colposcópicos de los transtornos subclínicos por papilomavirus se parecen a la neoplasia intraepitelial, (llamada por los citólogos y citotecnólogos dis-plasia) y el punto se confunde más todavía por el hecho de que a menudo lesiones subclínicas van acompañadas de neoplasia intraepitelial que tienen grados y límites poco definido puede lograrse mucha precisión para prever el diagnóstico -histológico según el espectro, que va desde la infección por papilomavirus subclínica hasta grados mayores de neoplasia -intraepitelial, empleando un sistema de establecimiento de -grados o por las imágenes colposcópicas.

El VPH se distingue por una estrecha relación con la --neoplasia intraepitelial como ya se mencionó, y con la máxima frecuencia de procesos malignos anogenitales. La mayor --parte de los cánceres parece tener una etiología multifactorial, y es probable que la infección por VPH por sí sola sea insuficiente para desencadenar la transformación maligna.

Sin embargo, la asociación constante entre infección --por VPH y cánceres anogenitales pone de relieve el hecho de que los papilomavirus transmitidos sexualmente pueden desempeñar un papel necesario en la carcinogénesis. Por tanto, --hay la probabilidad de que algún día programas de vacunación en salud pública permitan el control de infección por VPH, -con lo cual se eliminaría un factor importante de riesgo.

A P P E N D I C E A

NOMBRE _____ EDAD _____ TEL. _____ FECHA _____

OCCUPACION _____ A.H.F.ONCOLOG. _____ A.P.P. (CA. DIAB. HTA.) TABAQ. _____ TIEMPO _____

QUIRURGICOS GINECOLOGICOS _____ CUALES _____

A.G.O.MENARCA _____ CICLOS _____ DISMENORREA _____ VSA _____ G. P. C. A. _____ EDAD _____

1a. GESTACION _____ No. COMP. SEX. _____ CONTROL DE FERTILIDAD: OTB _____ DIU _____

HORMONALES _____ HORM. I.M. _____ ENFERMEDADES VENEREAS _____ VERRUGAS _____

LEUCORREA _____ TRATADA _____ TIEMPO _____ PRURITO _____ ARDOR _____ SANGRADO POST-

COITO _____ REL. SEX. ORALES _____ RECTALES _____ EDAD 1a. CITOLOGIA _____ TOMA REG. _____

ALGUN RESULTADO ANORMAL _____ ULTIMA CIT. _____ FECHA _____

MOTIVO DE ENVIO: _____

ACTUAL COMP. SEX. _____ EDAD _____ OCUP. _____

VERRUGAS _____ VENEREAS _____ I.V.S.A. _____ No. COMP. SEX. _____ CIRCU. _____

RESULTADO BIOPSIA VARON _____ CITOL. _____

CULTIVO EX. VAG: _____ OTROS. EX. _____

COLPOSCOPIA: _____ CERVIX VULVA VAGINA PENE _____

ZONA DE TRANSFORMACION : NORMAL -ATIPICA-NO VISIBLE. _____

EPITELIO: _____

NORMAL _____ () () () ()

INFLAMATORIO _____ () () () ()

IRREGULAR _____ () () () ()

RELIEVE _____ () () () ()

OPACO _____ () () () ()

BRILLANTE _____ () () () ()

VASOS INFLAMATORIOS _____ () () () ()

ATIPICOS _____ () () () ()

MOSAICO _____ () () () ()

PUNTILLO _____ () () () ()

LESION MAYOR 2 cm. _____ () () () ()

MEJOR 2 cm. _____ () () () ()

LOCALIZADA _____ () () () ()

DISEMINADA _____ () () () ()

ACETOPOSITIVA _____ () () () ()

YODONEGATIVA _____ () () () ()

AZUL TOL. POSITIVA _____ () () () ()

PAPILAS (HPV) _____ () () () ()

VERRUGAS _____ () () () ()

PLANAS _____ () () () ()

COMPROMISO HACIA CANAL SI NO _____ () () () ()

I.D. _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ FECHA _____

BIBLIOGRAFIA

1. Von Scheidt, R.: Introduction to colposcopy and documentation. Germany, 1978.
2. Vazquez Benitez, E.: Colposcopia Básica. Byk Gulden, México. 1980.
3. Calderon Julieta et al: Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervico-uterino: Revista de la Facultad de Medicina, UNAM marzo 20 1974 Vol. XVII año 17 No 3; 36-53
4. Jordan JA: Laser treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol Surv 1979-39:831
5. Wrigth V C : Laser Surgery: Using the carbons dioxide laser. Can Med Assoc J 1982 May; 126(9); 1035-9
6. Perez Carroño, M. : Citología maligna. escuela nacional de citología. Instituto de Oncología Valencia-Venezuela 1984.
7. Reuly, J.V.; Aloura, S.S.: Microinvasive carcinoma - and inflamators lesions of the cervix uterin, histologic and cytologic differentiation. Acta Cytol Baltimore 1967 11:132
8. Briggs, R.M.: Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix. A review Obstet Gynecol Surv 1979 34 1
9. Jablonska S, Dabrowski J: Epidermodysplasia verruciformis as a model in studies on the role of papova - viruses in oncogenesis. Cancer Res 32:583, 1972
10. Zur Hausen H: Human papilloma viruses and their possible role in squamous cell carcinomas. Cur Top Microbiol Immunol 78:1, 1977

11. Beaudenon S, Krewsdorf D, Croissant O, et al: A novel type of human papillomavirus associated with genital neoplasias *Nature* 321:246, 1986
12. Boshart M, Gissmann L, et al: A new type of papillomavirus DNA, its presence in genital cancer biopsy and in cell lines derived from cervical cancer. *EMBO J* 3:1151 1984
13. Gissman L, Diehlv, et al: Presence of human papillomavirus (HPV) DNA in genital tumors *J Invest Dermatol* 83:265, 1984
14. Reid R, Greenberg M, Jenson A B, et al: Sexually -- transmitted papillomaviral infections. I. the anatomic distribution and pathologic grade of neoplastic lesions associated with different viral types. *Am J Obstet Gynecol* 156:212, 1987
15. Di Luca D, Pilotti S, et al: Human papillomavirus - type 16 DNA in genital tumors: A pathological and - molecular analysis *J Gen Virol* 67:583 1986
16. De Villiers E M, Weidauer H, et al: Papillomavirus-DNA in human tongue carcinomas. *Int J Cancer* 36:575 1985