

11217

29

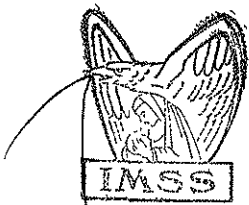
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.4
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

" VALOR DE LA CITOLOGIA, COLPOSCOPIA
(SATISFACTORIA) E HITOLOGIA EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES PREMA-
LIGNAS DEL CERVIX UTERINO "

TESIS DE POSTGRADO



[Handwritten signature]

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
I. M. S. S.

AUTOR : DR. MELECIO BELTRAN ROSMAD DE VILA
TUTOR : DR. HECTOR MUNGUA MEDINA
DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. JCS
DIRECTOR
AZUELA

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LUCIA :

infatigable y tenaz luchadora contra el tiempo.
El fruto de ello para ella.

A MICHELE :

nuestro futuro.

A MIS PADRES :

por lo que soy.

A ADA Y ALBERTO :

por su comprensión y entrega.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS.

AL DR. HECTOR MUNGUÍA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

Introducción
Material y métodos
Resultados
Discusión
Conclusiones
Bibliografía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Es comunmente admitido que los cánceres de la esfera genital ocupan el primer lugar en la oncología femenina y es así como el cérvico uterino es la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres: 6,2 X 100,000 habitantes en 1974 y 6,3 X 100,000 en 1975 en toda la República Mexicana (37). En E.E. U.U. se registraron 45,000 nuevos casos de carcinoma in situ (CIS) en 1980 (16). La American Cancer Society calcula que aproximadamente 200,000 mujeres en E.E.U.U. están padeciendo de una lesión intraepitelial cervical en 1981-82. El porcentaje de mortalidad por carcinoma ha ido declinando sustancialmente desde fines de los cincuentas. La aparición de este padecimiento aumenta paulatinamente con la edad, hasta los 70 años; las muertes de pacientes menores de 25 años son debidas esencialmente a los tipos histológicos no escamosos (3,6).

Numerosos son los estudios que establecen la relación etiológica entre la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) y el cáncer epidermoide invasor cérvico uterino. El CIN es un término acuñado por Richart en 1964 para indicar a los precursores del cáncer cervical, los que forman un sólo evento continuo, sin notar diferencia de paso entre un estadio y otro (43,44). Este hecho está ampliamente demostrado por diversos estudios que van desde la microscopia electrónica a exá-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

menes cromosómicos (30,32) y reemplaza la denominación tradicional de cáncer in situ y los tres grados de displasia aceptados clásicamente. En la actualidad la división de las etapas del cáncer epidermoide del cervix uterino comprende: - 1) CIN; 2) microinvasión; 3) cáncer invasor.

Hay que resaltar que sigue siendo válida la premisa de que - el cáncer cervical uterino es más susceptible de curación si la detección es hecha en una etapa más temprana de su evolución.

El carcinoma cérvico uterino llena los requisitos necesarios para encontrarlo en esta etapa temprana preinvasora (CIN), - mediante la búsqueda de esta lesión por la pesquisa citológica. El uso extensivo de este método ha producido, en las - dos últimas décadas a la detección de un número considerable de estudios sospechosos, muchos de los cuales correspondie - ron a mujeres jóvenes en edad fecunda (27,49,50). Por esto hay un acuerdo general en que el PAP es un método altamente efectivo de detección de carcinoma de células escamosas y -- sus precursores y que la erradicación de éstos va a prevenir el desarrollo a carcinoma invasor, reduciendo sustancialmente la incidencia y mortalidad por ca. cérvico uterino de una población (3,6,12,18,23,27,33,45).

Antes del uso del PAP como método de escrutinio, la identifi cación de pacientes con CIN era fortuita, encontrándose esta lesión en piezas de histerectomía, realizadas por otros pade cimientos ginecológicos (12).



El valor de la colposcopia, descrita por primera vez en 1924 por Hinselman, para la evaluación de las pacientes que han sido seleccionadas por citología anormal, ha sido confirmado por varios autores (7,14,15,42,48).

El esquema de manejo del CIN comprende el estudio colposcópico el examen histológico de la biopsia dirigida, que es 10 veces más exacta que la biopsia hecha al azar, teniendo una seguridad diagnóstica que alcanza hasta el 97% (49). El le grado endocervical, obtenido también durante la colposcopia, es ampliamente recomendado como rutina cuando colposcopicamente los límites de la lesión y la unión escamo-columnar se an completamente invisibles. Este último, proporciona la seguridad de que el canal endocervical esté libre de enfermedad, además de que no es infrecuente ver la asociación de adenocarcinoma in situ del canal cervical con CIN a células escamosas (12,34,50). Naturalmente que para esto son necesarias manos expertas para una buena obtención del material ade cuado. De esta manera se evitan técnicas quirúrgicas de extirpación, como es la conización (7,15,20,39), que en los años '50s y '60s fue el procedimiento de elección para mujeres con citología e histología anormal (24,50). El aumento de la incidencia del CIN en mujeres jóvenes, y por lo tanto en e dad reproductiva, ha hecho resaltar la importancia de métodos terapéuticos más benignos que la conización (53).

Para la integración del diagnóstico, siempre es necesario el estudio histopatológico, ya que basarse en la citología anor-



mal y en el patrón colposcópico no es suficiente, porque ninguna de las dos técnicas son de diagnóstico (19,47,50).

En todos los casos el extendido citológico (PAP), el patrón colposcópico y el diagnóstico histopatológico deben relacionarse. (45).

Es necesario enfatizar que la meta de los procedimientos anteriores es, principalmente, excluir el cáncer invasor antes de instituir un sistema terapéutico conservador.

Siendo la localización del CIN limitada a la capa superficial del epitelio, se han establecido varios sistemas de manejo terapéutico conservador, aprovechando las siguientes características de la neoplasia intraepitelial: ser susceptible de evolucionar espontáneamente a una forma benigna; quedar estacionaria por lapsos indefinidos; ser extirpada por la biopsia (52) o, lo que ocurre más frecuentemente, evolucionar hacia un ca. invasor. Es así que desde hace algunos años se ha hecho aparente que el CIN puede ser tratado satisfactoriamente por destrucción local, usando el calor o el frío, y se hacen planteamientos conservadores que deben tener en cuenta los siguientes aspectos: 1) el CIN (displasias y CIS) es un sólo proceso evolutivo, sin límites claros y precisos entre los diferentes grados histológicos de las displasias, y de éstas con el CIS; 2) el CIN se origina en la zona de transformación colposcópica, comprendida entre la unión escamo-columnar inicial y la fisiológica, y 3) que los límites anatómicos de la lesión se consideran más importantes que la severi



dad del cambio histológico (17,43,44). Por lo tanto, para - la aplicación de un método terapéutico conservador, el cervix debe ser valorado por un experto colposcopista, evidenciando claramente los límites de la lesión y excluyendo categorica - mente el cáncer invasor. Es así como se usa la criocirugía, diatermo coagulación y laser para tratar estas lesiones (2,9, 10,21,27,29,35,38,42,51).

Se sigue utilizando la conización cuando se llenan los siguientes criterios: 1) la lesión no puede ser vista (pacientes an - cianas); 2) los límites de la lesión no son visibles y no puede ser muestreada; 3) cuando la citología para ca. invasor no es confirmada por la colposcopia ni por la histología; 4) cuando la coloscopia muestra una imagen de carcinoma invasor y no es confirmada histologicamente; 5) el diagnóstico es de microinvasión en la biopsia dirigida (45,51).

Kolstad reporta un índice de curación del 97% con el cono (27). Por las razones enumeradas, se decidió hacer un estudio en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para investigar el valor del uso combinado de la colposcopia con la citología y la histología, teniendo en cuenta que este Hospital es de concentración (III nivel), a - donde acuden la mayor parte de pacientes obstétricas y ginecológicas y en donde se someten a un estudio citológico de rutina previo a su estudio.

Este trabajo estudia el CIN en este Hospital, diagnosticado - con citología, colposcopia e histología, y, de las conclusio-



nes que de él se deriven, se pretende obtener normas para el manejo de esta lesión y eventualmente aplicar técnicas terapéuticas conservadoras (13), para disminuir así la morbilidad de los métodos quirúrgicos tradicionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

Entre Octubre de 1978 y Junio de 1982, se efectuaron en el - Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 del Instituto Mexicano - del Seguro Social 23,349 estudios citológicos. Para el presente trabajo se consideraron 425 estudios citológicos anormales, que correspondieron a 315 mujeres.

Estos casos fueron divididos en dos grupos: a) No Embarazadas (NE): 200 casos y b) Embarazadas (E): 115 casos. Además se consideró un grupo de 125 mujeres con citología negativa, en las cuales se indicó estudio colposcópico y que llamaremos "casos negativos".

Todas las pacientes fueron vistas en consulta externa o directamente en hospitalización, donde acudieron por otros problemas diagnósticos y a quienes se les practicó detección - con PAP, seleccionando para el presente estudio, a las pacientes que tenían por lo menos una citología positiva para CIN o para carcinoma invasor y además el grupo de casos negativos señalado anteriormente.

De las 440 pacientes (315 con CIN citológico y 125 con citología negativa) se seleccionaron 147, quienes completaron el estudio (histológico, colposcópico y citológico) y que constituyen el material principal de nuestro estudio.

El criterio citológico para establecer el diagnóstico de CIN se hizo mediante el cambio de nomenclatura de las alteraciones celulares de displasia leve, a CIN I; las células con al

teraciones correspondientes a displasia moderada se les llamó CIN II y las células con alteraciones de displasia severa o de carcinoma intraepitelial formaron el grupo de CIN III. El mayor número de elementos celulares alterados dió, relativamente, una mayor seguridad diagnóstica, pero siempre se dió mayor valor al grado de alteración celular que al número de células alteradas, ya que éste último puede variar mucho, dependiendo esta variación de la localización geográfica de la lesión y del sitio de donde se obtiene la muestra para el diagnóstico.

A todas las pacientes se les hizo colposcopia. El diagnóstico histopatológico se realizó en las biopsias, en los legrados endocervicales, en las conizaciones y/o piezas operatorias.

Asimismo se anotaron la edad, paridad e inicio de vida sexual de las mujeres estudiadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S .

En 3 años y 8 meses se realizaron en el Hospital de Gineco - Obstetricia # 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social -- 23,349 estudios citológicos correspondientes a 22,000 pacientes aproximadamente, de los cuales se tomaron 425 estudios - positivos para CIN o para cáncer cérvico uterino invasor, -- que correspondieron a 315 pacientes, y 160 estudios citológicos negativos clase II, que correspondieron a 125 casos.

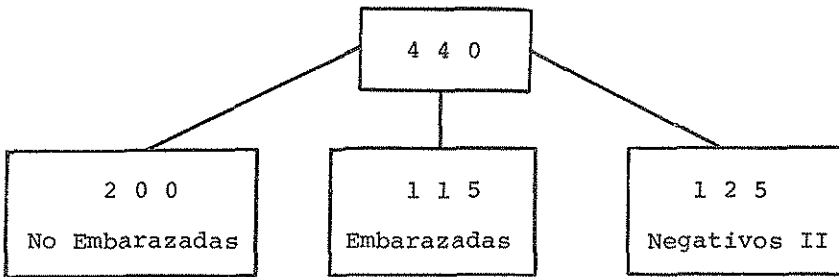


FIGURA N°1 : DISTRIBUCION DE LOS CASOS.

Se dividieron a las pacientes en 3 grupos como en Fig. N°1.

En las No Embarazadas (NE) se encontraron 36 casos con estudios citológicos correspondientes a carcinoma epidermoide invasor o adenocarcinoma y 5 en las Embarazadas (E).

En 258 mujeres se realizaron estudios histopatológicos, de los cuales 161 a pacientes No Embarazadas, 46 a Embarazadas y 51 a mujeres con estudio citológico negativo II. No se efectuó el estudio en todos los casos porque las pacientes no

acudieron a controles sucesivos por diversos motivos. En total, desde el punto de vista histológico, se encontraron 101 casos positivos para CIN, 29 para carcinoma epidermoide invasor o adenocarcinoma y 128 casos negativos.

De las 258 mujeres con el estudio anteriormente señalado, 173 tuvieron estudio colposcópico, resultando 147 satisfactorios y 26 no satisfactorios.

E H P			COLPOSCOPIA		TOTAL
			ZTA	ZTT	
GRUPO A (76)	CIN (65)	N E	33	7	40
		E	13	2	15
		N E G	9	1	10
	CA INVASOR (11)	N E	9	-	9
		E	2	-	2
GRUPO B (71)	ALTERA- CIONES BENIGNAS	N E	24	11	35
		E	13	2	15
		N E G	16	5	21
TOTAL			119	28	147

TABLA N°1 : CORRELACION CITO-COLPO-HISTOLOGICA.

De la totalidad de pacientes que completaron su estudio con histología, colposcopia y citología se eliminaron 26 casos - porque, aún teniendo estudio colposcópico, el reporte fue no satisfactorio. El presente trabajo se refiere a 147 pacientes con estudios completos y satisfactorios, mismas que se dividieron en dos grupos, A y B, de 76 y 71 casos con estudio histopatológico positivo y negativo respectivamente.

Ver tabla N°1. En el grupo A se consideraron las pacientes con estudio histopatológico para CIN o para cáncer cérvico uterino invasor, está constituido por 76 casos de los cuales: 57 (75%) presentaron estudio histopatológico positivo, colposcopia atípica y citología positiva; 9 casos (11,8%) con estudio histológico positivo, colposcopia atípica y citología negativa; otros 9 casos (11,8%) con estudio histopatológico positivo, colposcopia típica y citología positiva y un caso (1,4%) tuvo estudio histológico positivo, colposcopia atípica y citología negativa.

El grupo B está formado por mujeres que tuvieron estudios -- histopatológicos negativos y está constituido por 71 casos - de los cuales: 5 (7%) con estudio histopatológico negativo, colposcopia típica y citología negativa; 16 casos (23%) con estudio histológico negativo, colposcopia atípica y citología negativa; 13 casos (18%) con estudio histopatológico negativo, colposcopia típica y citología positiva y 37 casos - (52%) con histopatología negativa, colposcopia atípica y citología positiva.



CITOLOGIA	COLPOSCOPIA	BIOPSIA
66	8	2

TABLA N°2 : 1ER ESTUDIO ANORMAL.

Es de notar que de los 76 casos corroborados con estudio histopatológico para CIN o ca. cu. invasor, en 10 el estudio colposcópico fue anormal: 8 casos (10,5%) correspondieron a Biopsias dirigidas por colposcopia y en 2 casos (2,7%) las biopsias fueron al azar, ver tabla 2. En 66 casos (86,8%) la citología dió la pauta para el diagnóstico; de estos 66, en 38 casos hubo un sólo estudio citológico anterior al diagnóstico histológico, en 18 casos hubo 2 estudios anteriores y en 10 casos hubo 3 estudios previos. Ver tabla 3.

1 ESTUDIO	2 ESTUDIOS	3 ESTUDIOS
38	18	10
57,5%	27,3%	15,2%

TABLA N°3 : ESTUDIOS CITOLOGICOS ANTERIORES AL DIAGNOSTICO.

Por lo que se refiere al número de estudios histopatológicos realizados para el diagnóstico, en el grupo A hubo un 40,8% (31 casos) con un sólo estudio y fue biopsia y un 59,2% (45 casos) con 2 o más estudios, ver tabla 4. Es de notar que -



en 2 casos (2,6%) hubo un estudio negativo previo al diagnóstico

GRUPO A	1 ESTUDIO	2 ESTUDIOS	3 ESTUDIOS
POSITIVO	31	25	1
UNO NEGATIVO		15	3
DOS NEGATIVOS			1
76	31	40	5
TOTAL	40,8%	52,6%	6,6%

TABLA N°4 : ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS PARA EL
DIAGNOSTICO.

GRUPO B	1 ESTUDIO	2 ESTUDIOS
AMBOS NEGATIVOS	45	26
71 TOTAL	63,4%	36,6%

TABLA N°5 : ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS
PARA EL DIAGNOSTICO.

Mientras que el grupo B cuenta con un 63,4% de pacientes con un sólo estudio histopatológico para el diagnóstico y fue -- biopsia y un 36,6% con dos estudios; ninguna paciente tuvo 3 estudios. Ver tabla 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El promedio de edad en las pacientes diagnosticadas positivas para CIN o para ca. cu. invasor fue de 36,9 años, notándose una mayor frecuencia de CIN o de carcinoma invasor entre los 21 y 30 años (36,8%). Ver tabla N°6.

EDAD	CASOS	%
< 20 AÑOS	1	1,3
21 - 30 AÑOS	28	36,8
31 - 40 AÑOS	22	28,9
41 - 50 AÑOS	15	20,0
51 - 60 AÑOS	7	9,1
> 60 AÑOS	3	3,9
TOTAL	76	

TABLA N°6 : EDAD.

La tabla 7 se refiere a la paridad relativa al grupo A y se nota que la mayoría de mujeres (43,5%) tuvo 5 o más embarazos.



GRUPO A	G ₀	G ₁₋₂	G ₃₋₄	G _{>5}
CASOS	3	21	19	33
%	3,9	27,6	25,0	43,5

TABLA N°7 : PARIDAD.

La tabla 8 pone en relación la edad y la paridad en pacientes positivas para CIN o cáncer cérvico uterino invasor y se nota como, aumentando la edad disminuye la presencia de enfermedad y aumenta el número de embarazos en cada mujer; como ya mencionado, el mayor número de casos que presentan CIN está entre los 21 y 30 años y, por lo general tiene por lo menos un embarazo.

El inicio de vida sexual activa se presenta antes de los 20 años en un 67% de mujeres del grupo A; aquellas que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 17 años son más del doble en el grupo A respecto al grupo B, 28,9% y 14,1% respectivamente. Ver tabla 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

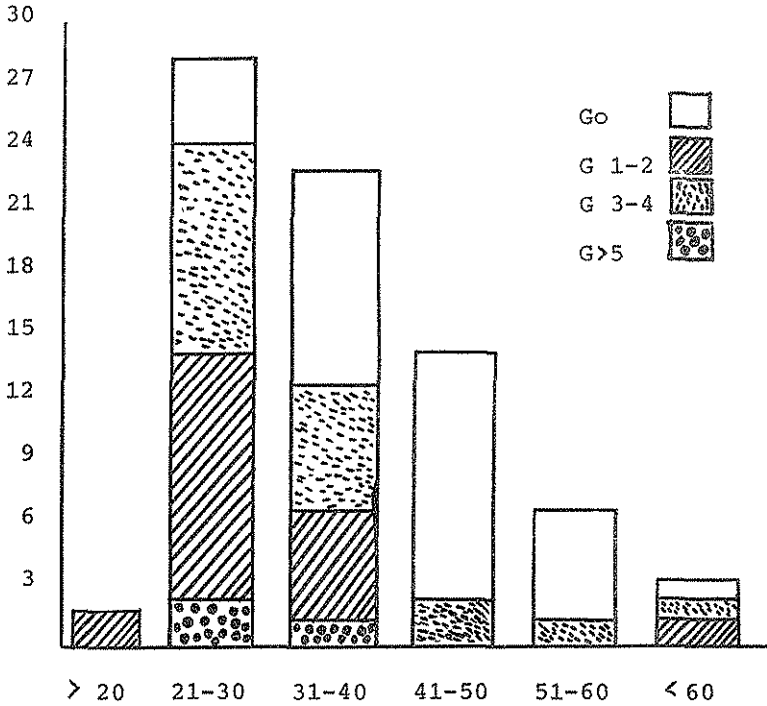


TABLA N°8 : RELACION EDAD - PARIDAD.

El diagnóstico histopatológico de acuerdo a la graduación de CIN o de ca. cu. invasor se presenta en la tabla 10, dividido en No Embarazadas, Embarazadas y Negativos.

Resultaron el 23,7% de CIN I, el 26,3% de CIN II, el 42,1% de CIN III y el 7,9% de carcinoma cérvico uterino invasor.

De los 76 casos se encontró correspondencia de grado cito -- colpo-histológico en 25 casos: 4 diagnosticados como CIN I, 4 como CIN II, 12 como CIN III y 5 como ca. cu. invasor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EDAD	GRUPO A		GRUPO B	
	CASOS	%	CASOS	%
> 17 AÑOS	22	28,9	10	14,1
17 - 20 AÑOS	29	38,1	35	49,3
21 - 30 AÑOS	24	31,6	24	33,8
> 30 AÑOS	1	1,4	2	2,8

TABLA N°9 : INICIO DE VIDA SEXUAL.

	CIN I	CIN II	CIN III	CA INVASOR
N E	11	10	23	5
E	3	5	8	1
N E G	4	5	1	-
TOTAL	18 (23,7%)	20 (26,3%)	32 (42,1%)	6 (7,9%)

TABLA N°10 : RESULTADOS HISTOLOGICOS DEL GRUPO A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	HISTEREC TOMIA	CONO	CAUTERI ZACION	SIN TX
N E	21	15	3	10
E				
< 25	1	1	1	9
> 25	2		1	2
N E G	5			5
TOTAL	29	16	5	26

TABLA N° 11 : TRATAMIENTO.

Por lo que se refiere al tratamiento se analizó separadamente en los tres grupos de No Embarazadas, Embarazadas y "Casos Negativos". De los 49 casos de No Embarazadas en 21 se efectuó histerectomía, en 15 se realizó conización, en 3 cauterización y en 10 no hubo tratamiento específico. Las Embarazadas fueron divididas por lo que se refiere al tratamiento en pacientes diagnosticadas antes de las 25 semanas de embarazo y pacientes diagnosticadas después de las 25 semanas; la mayor parte de la Embarazadas no recibió tratamiento (64,7 %). De los casos correspondientes al grupo de "Negativos" la mitad no recibió tratamiento y la otra mitad fue sometida a histerectomía. Ver tabla 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D I S C U S I O N.

El número de estudios citológicos realizados en los 3 años y 8 meses en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, demuestra un progresivo aumento por año desde fines de 1978 hasta Junio de 1982.

Casi la mayoría de autores están de acuerdo en señalar la gran importancia que tiene la citología en la detección en masa de lesiones premalignas cervicales. Con el pasar del tiempo se están integrando técnicas cada vez con mayor uso en la búsqueda de lesiones premalignas.

La colposcopia, sumada al estudio citológico y al estudio histopatológico, es un método que está dando mejores resultados en el diagnóstico de las lesiones premalignas CIN del cuello uterino (4,16,18), aunque este criterio no es aceptado por la totalidad de autores (50). El uso combinado de estos 3 métodos puede ofrecer en el futuro alternativas de tratamientos más conservadores que aquellos empleados actualmente para este tipo de lesión (13).

De los 76 casos comprobados de positividad para CIN o cáncer cervical invasor, en el 75% hubo confirmación de que las lesiones eran CIN o ca. cu. invasor, considerando los tres estudios. Cuando se toma en cuenta la citología, el porcentaje de confirma del diagnóstico histopatológico llega a 87% y esto naturalmente indica un alto grado de certeza cuando se trata de CIN o cáncer invasor, dejando un porcentaje de error

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

bastante bajo. Estos resultados concuerdan en términos generales con los reportados por la literatura mundial, asig - nando a la citología un alto porcentaje de seguridad (6,16,- 18,40,45).

Desde el punto de vista colposcópico se encuentra correlación con el diagnóstico histopatológico de positividad en el 83% de los casos, siempre y sólo cuando se consideren las colpos copias satisfactorias, como es el caso de este estudio.

Algunos autores señalan hasta un 91% de precisión con el diag nóstico histológico (19) y aseguran que la valoración colpos cópica satisfactoria es un método altamente exacto para eva luar el frotis citológico anormal (7,14,15,19,25,26,36,48); - sin embargo, algunos autores reportan fallos en la colposco pía al no identificar cáncer invasor durante un estudio col poscópico (41,50).

Los resultados obtenidos en el grupo B, nos demuestran una - falta de correlación de los estudios citológicos y colposcóp icos con el resultado histológico en el 70% y 75% de las pa cientes respectivamente, mismas que podrían tener las siguien tes explicaciones: 1) que sea realmente un diagnóstico equi vocado, lo que no es tan probable; 2) que la gran mayoría de casos no hubo un seguimiento adecuado de la paciente por no acudir a sus citas y que sólo tuvieron un estudio histológi co, al que no se le puede dar un valor absoluto.

La importancia y el valor de la predicción de lesiones prema lignas por los métodos anteriores, trae consigo la esperanza



de un manejo terapéutico más conservador a nivel de consulta externa y menos costoso que los hasta ahora aceptados como - rutinarios (1).

El sistema combinado propuesto para la elección de las pacientes a las que se les va a aplicar una terapéutica conservadora con calor o frío o laser, presupone el examen de la citología en manos experimentadas y con buena técnica, el examen colposcópico con múltiples biopsias de áreas colposcopicamente anormales y un legrado endocervical: en resumen un equipo médico especializado, formado por un citólogo, colposco-pista y patólogo que estén altamente entrenados.

El criterio para establecer el tratamiento conservador depende de que la lesión sea puramente intraepitelial (33,35,38,-41,45).

El empleo de la criocirugía, diatermo coagulación y laser inclusive a nivel de consulta externa, está teniendo enorme difusión (8,9,11,21,22,46,51); hay reportes de estudios muy alentadores con el uso de estas modalidades terapéuticas.

Towsend reportó un 88% como índice de curación con la criocirugía (51), Chanen un 94,8% con la electrocoagulación (9), - Jordan predice resultados comparables con aquellos de la diatermia para laser (21).

Por los años sesentas con la reintroducción de la colposco-pía, se ensayó mucho la conización para lesiones premalignas y CIS, limitadas al ectocervix sin extensión en el endocer-vix y con buena visualización colposcópica (27), demostrando



ser un método conservativo y satisfactorio (24).

La histerectomía es preferida hoy en día sólo en pacientes - en las que hay indicaciones adicionales de remoción del útero.

Es de notar que de las 49 pacientes con diagnóstico de CIN en el grupo de No Embarazadas, 21 terminaron con histerectomía, - la que generalmente fue por indicación adicional; en 15 casos con CIN se efectuó conización y electrocauterización en 7 pacientes. En el grupo de Embarazadas con diagnóstico de CIN, el 64,7% no recibió tratamiento, y ésto debido, como se señala anteriormente, a la falta de seguimiento de las pacientes. La división de las pacientes en No Embarazadas y Embarazadas obedeció fundamentalmente al deseo de comprobar que también - las embarazadas son susceptibles de CIN (31), lo que se confirma por los 17 casos del grupo A.

La edad promedio para las pacientes con CIN fue de 36 años y para aquellas con carcinoma epidermoide invasor fue de 45,2 años, discretamente más altas que las reportadas por otros autores para CIN (5,27,28,50) y se ve claramente una mayor frecuencia de casos entre los 21 y 30 años.

La paridad también ha sido considerada desde hace mucho tiempo en relación con el carcinoma cérvico uterino invasor; se reporta un 43,5% de pacientes con más de 5 embarazos y un 96% con uno o más embarazos. La relación ca. cv. y relaciones sexuales cuenta con gran cantidad de estudios y sobre todo el inicio temprano de éstas; la edad promedio del primer coito -



tiende a ser más baja (23). El 67% de pacientes con CIN o -
cáncer cervical invasor tuvieron inicio temprano de relacio--
nes sexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- Las características del cervix uterino constituyen un cam po óptimo para la detección de CIN desde el punto de vis ta citológico.
- 2.- El ausentismo de las pacientes a la consulta, por varias causas, dificulta el diagnóstico, tratamiento y seguimien to de pacientes con CIN.
- 3.- El médico y personal paramédico deben estar concientes de la gran utilidad de éstas técnicas, a fin de detectar pre cozmente el CIN y ofrecer mejores perspectivas a todas -- las mujeres, en especial a las con deseo de embarazo.
- 4.- El sistema analizado en este estudio, muestra que el em - pleo de los métodos combinados señalados, mejora la certe za diagnóstica de las lesiones premalignas del cuello ute rino, sin que hasta el momento podamos emitir un juicio - definitivo de las técnicas modernas de tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Allahverdian, V.; Valaitis, J.; Kalis, O.; Pearlman, S. Cytology and colposcopy in the diagnosis and management of outpatients with cervical intraepithelial neoplasia. J. Reprod. Med. 24(1):1-4, 1980.
- 2.- Anderson, M.C.: Cervical crypt involvement by intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol. 55(5):546-550, 1980.
- 3.- Benedet, J. L.; Anderson, G.H.: Cervical intraepithelial neoplasia in Brithish Columbia: a comprehensive program for detection, diagnosis and treatment. Gynecol. Oncol. 12:280-291, 1981.
- 4.- Bonfiglio, T.A.; Patten, S.F.: Histopathologic spectrum of benign proliferative and intraepithelial neoplastic reactions of the uterine cervix. J. Reprod. Med. 16(5):253-262, 1976.
- 5.- Breitenecker, G.: Age distribution of women with cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer. Its importance for the evaluation of the efficacy of cervical cytological screening. Wien. Klin. Wochenschr. 90(15):527-534, 1978.
- 6.- Briggs, R.M.: Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix. A review. Obstet. Gynecol. Surv. 34(1):70-99, 1979.
- 7.- Caglar, H.; Delgado, G.: Colposcopically directed cone biopsies in the management of cervica intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol. 51(5):634-635, 1978.
- 8.- Carter, R.; Krantz, K.E.; Hara, G.S.; et al.: Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with the carbon dioxide laser beam. A preliminary report. Am. J. Obstet. Gynecol. 131(8):831-836, 1978.
- 9.- Chanen, W.: Electrocoagulation diathermy treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol. Surv. 34(11):829, 1979.
- 10.- Charles, E.H.; Savage, E.W.: Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol. Surv. 35(9):539-548, 1980.



- 11.- Charles, E.H.; Savage, E.W.: Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia: analysis of failure. *Gynecol. Oncol.* 9(3):361-369, 1980.
- 12.- Creasman, W.T.; Clarke-Pearson, D.L.; Weed, J.C.: Results of outpatient therapy of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol. Oncol.* 12:306-315, 1981.
- 13.- Creasman, W.T.; Weed, J.C.: Conservative management of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin. Obstet. Gynecol.* 23(1):281-291, 1980.
- 14.- Cruikshank, D.P.; Kamisky, D.B.; Ekbladh, L.E.V.: Colposcopic evaluation of cervical intraepithelial neoplasia. *J. Reprod. Med.* 17(6):327-330, 1976.
- 15.- Deppe, G.; Cohen, C.J.; Shapiro, W.J.; et al.: Colposcopy in the detection and management of patients with cervical intraepithelial neoplasia. *Mt. Sinai J. Med.* 45(1):75-80, 1978.
- 16.- Dillon, M.B.; Ronsenshein, N.B.: The diagnosis and management of cervical intraepithelial neoplasia in the patient under the age of twenty-one. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 19:97-102, 1981.
- 17.- Fish, C.R.: Cervical intraepithelial neoplasia: rationale for investigation and management. *Med. Clin. N. Amer.* 58(40):743-753, 1974.
- 18.- Jahansen, P.; Arffmann, E.; Pallesen, G.: Evaluation of smears obtained by cervical scraping and an endocervical swab in the diagnosis of neoplastic disease of the uterine cervix. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 58:265 -- 270, 1979.
- 19.- Javaheri, G.; Fejgin, M.D.: Diagnostic value of colposcopy in the investigation of cervical neoplasia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 137(5):588-594, 1980.
- 20.- Jones, H.W.; Bullen, R.E.: The treatment of cervical - intraepithelial neoplasia by cone biopsy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 137(8):882-886, 1980.
- 21.- Jordan, J.A.: Laser treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol. Surv.* 34(11):831, 1979.
- 22.- Kaufman, R.H.; Irwin, J.F.: The cryosurgical therapy of cervical intraepithelial neoplasia. III. Continuing follow-up. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 131(4):381-388, 1978.

76



- 23.- Kessler, I.I.: Etiological concepts in cervical carcinogenesis. *Gynecol. Oncol.* 12:7-24, 1981.
- 24.- Kilkku, P.; Groenroos, M.; Punnonen, R.: Sexual function after conization of the uterine cervix. *Gynecol. Oncol.* 14:209-212, 1982.
- 25.- Kohan, S.; Beckman, E.M.; Bigelow, B.: The role of colposcopy in the management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *J. Reprod. Med.* 25(5):279-284, 1980.
- 26.- Kohan, S.; Beckman, E.M.; Bigelow, B.; et al.: Colposcopy and the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol. Oncol.* 5(1):27-39, 1977.
- 27.- Kolstad, P.: Conization treatment of cervical Intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol. Surv.* 34(11):827, 1979.
- 28.- Lambert, B.; Morisset, R.; Biemann, P.: An etiologic survey of clinical factors in cervical intraepithelial neoplasia. A transverse retrospective study. *J. Reprod. Med.* 24(1):26-31, 1980.
- 29.- Larsson, G.; Alm, P.; Grundsell, H.: Laser conization versus cold knife conization. *Surg. Gynecol. Obstet.* - 154:59-61, 1982.
- 30.- Lawrence, W.D.; Shingleton, H.M.; Gore, H.; Soong, S.J.: Ultrastructural and morphometric study of diethylstilbestrol-associated lesions diagnosed as cervical intraepithelial neoplasia III. *Cancer. Res.* 40(5):1558-1567, 1980.
- 31.- Lee, R.B.; Neglia, M.W.; Park, R.C.: Cervical carcinoma in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 58(5):584-589, 1981.
- 32.- Lill, P.H.; Norris, H.J.; Rubenstone, A.I.; et al.: Isoantigens ABH in cervical intraepithelial neoplasia. *Amer. J. Clin. Path.* 66(5):767-774, 1976.
- 33.- Luthy, D.A.; Briggs, R.M.; Facog, P.D.; Byco, A.; et al.: Cervical cytology. Increased sensibility with a second cervical smear. *Obstet. Gynecol.* 51(6):713-717, 1978.
- 34.- Maier, R.C.; Norris, H.J.: Coexistence of cervical intraepithelial neoplasia with primary adenocarcinoma of the endocervix. *Obstet. Gynecol.* 56(3):361-364, 1980.

- 35.- Monaghan, J.M.; Davis, J.A.; Edington, P.T.: Treatment of cervical intraepithelial neoplasia by colposcopically directed cryosurgery and subsequent pregnancy experience. Br. J. Obstet. Gynecol. 89:387-392, 1982.
- 36.- Naujoks, H.; Koepf, F.; Leber, I.: Preoperative evaluation by colposcopy and cytology in cervical intraepithelial neoplasia (CIN). Geburtshilfe Frauenheilkd. 39(5): 372-377, 1979.
- 37.- Olper, P.R.: Epidemiología del cáncer en la República Mexicana. Oncología Ginecológica para el Médico general (curso). Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. ;1-18, 1980.
- 38.- Ostergard, D.R.: Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol. 56(2):231-233, 1981.
- 39.- Ostergard, D.R.: Prediction of clearance of cervical intraepithelial neoplasia by conization. Obstet. Gynecol. 56(10:77-80, 1980.
- 40 - Patten, S.F.: Diagnostic cytology of the uterine cervix. S. Karger. :38-45, 1978.
- 41.- Peckham, B.M.; Sonek, M.G.; Carr, W.F.: Outpatient therapy: success and failure with dysplasia and carcinoma in situ. Am. J. Obstet. Gynecol. 142(3):323-329, 1982.
- 42.- Popkin, D.R.; Scali, V.; Ahmed, M.N.: Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Am. J. Obstet. Gynecol. 130(5):551-554, 1978.
- 43.- Richart, R.M.: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obstet. Gynecol. 10:748, 1967.
- 44.- Richart, R.M.: A theory of cervical carcinogenesis. Obstet. Gynecol. 24:874, 1969.
- 45.- Richart, R.M.; Crum, C.P.; Townsend, D.E.: Workup of the patient with an abnormal Papanicolaou smear. Gynecol. - Oncol. 12:265-276, 1981.
- 46.- Richart, R.M.; Townsend, D.E.; Crisp, W.; et al.: An analysis of "long-term" follow-up results in patients with cervical intraepithelial neoplasia treated by cryotherapy. Am. J. Obstet. Gynecol. 137(7):823-826, 1980.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

78

- 47.- Ryan, G.F.: Cervical intraepithelial neoplasia: the final diagnosis remains histologic. Cancer Eytol. 17(1):5-10, 1977.
- 48.- Shapiro, H.I.: Colposcopy. Conn. Med. 38(7):350-351, - 1974.
- 49.- Staffl, A.; Mattingly, R.F.: Colposcopic diagnosis of - cervical neoplasia. Obstet. Gynecol. 41:168, 1973.
- 50.- Townsend, D.E.; Richart, R.M.: Diagnostic errors in colposcopy. Gynecol. Oncol. 12:259-264, 1981.
- 51.- Townsend, D.E.: Cryosurgery for CIN. Obstet. Gynecol. -- Surv. 34(11):828, 1979.
- 52.- Tronstad, S.E.; Kirschner, R.: Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with local excisional biopsy and cryosurgery. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 59(4):349-353, 1980.
- 53.- Villasanta, U.; Durkan, J.P.: Indications and complications of colt conization of the cervix. Obstet. Gynecol. 27:717, 1966.

