

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA



"LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE
CUERNAVACA MORELOS"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

DRA. SANDRA LUZ PATINO ALVAREZ

CUERNAVACA MORELOS ENERO DE 1995.

	I. S. S. S. T. E.	
	CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR	CUERNAVACA MORELOS
	REGISTRO DE CONSTANCIAS Y DIRECTORIOS	
LIBRO NUM.	01	PAGINA 01
FOLIO NUM.	010-95	
FECHA DE EXPEDICION		

FALLA DE ORIGEN

1995



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.

11226

114

28j

LESIONES PRECURSORAS
DE
CANCER CERVICOUTERINO
EN LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE
CUERNAVACA MORELOS

1995

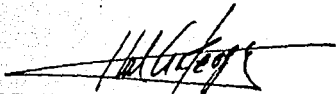
"LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE
CUERNAVACA MORELOS"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA: SANDRA LUZ PATINO ALVAREZ

AUTORIZACIONES

DR. JESUS SANTAMARIA-L.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
ISSSTE.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

AL DR. CARLOS BALLEZA REYES:

POR SU TIEMPO, SU APOYO

Y POR COMPARTIR CONMIGO

SU EXPERIENCIA.

A G R A D E C I M I E N T O

A D I A N D R A :

POR SER MI FORTALEZA
Y MI INSPIRACION.

A F R A N C I S C O :

POR SU AYUDA Y
POR DEMOSTRARME QUE
LA VERDADERA PRUEBA
DE AMOR ES :
LA CONFIANZA

A M I M A M A

POR EL DON DE LA VIDA
Y POR SU AMOR

FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

DEFINICION DEL PROBLEMA

LA MORBIMORTALIDAD DEL CANCER EN MEXICO REPRESENTA UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

EL CANCER CERVICOUTERINO OCUPA UN LUGAR PREPONDERANTE DENTRO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION FEMENINA (PRIMER LUGAR DE MORTALIDAD FEMENINA NACIONAL EN MUJERES DE 35-44 ANOS DE EDAD) (1) .

EL CANCER CERVICOUTERINO ES LA ETAPA FINAL DE "UN PROCESO PATOLOGICO - CONTINUO " QUE SE INICIA CON LO QUE SE HA DENOMINADO : " LESIONES PRECURSORAS " QUE SON LESIONES DESARROLLADAS EN EL ESPESOR DEL EPITELIO ESCAMOSO DEL CUELLO UTERINO.

ESTAS LESIONES PRECURSORAS SE HAN CONOCIDO CON DIFERENTES DENOMINACIONES:

- a).-DISPLASIAS LEVES,MODERADAS Y SEVERAS.
- b).-NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC) DE GRADO VARIABLE.
- c).-LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO Y BAJO GRADO.

APROXIMADAMENTE UN TERCIO DE ESTAS LESIONES INVOLUCIONAN, OTRO PERMANECE ESTACIONARIO Y FINALMENTE UN TERCIO DE ESTAS LESIONES PROGRESAN HACIA CANCER INVASOR.

CUANDO SE DIAGNOSTICA UNA LESION PRECURSORA ,NO ES POSIBLE SABER CON SEGURIDAD QUE TIEMPO DE EVOLUCION LLEVA Y CUAL SERA SU COMPORTAMIENTO,EL CUAL ESTA RELACIONADO CON EL PODER ONCOGENO DEL VIRUS PRESENTE,PERO TAMBIEN DE LA EXISTENCIA DE OTROS CO-FACTORES EXISTENTES ,MUCHOS DE ESTOS ACEPTADOS Y OTROS EN DISCUSION.

ES POR ESTO QUE EN ALGUNOS SITIOS,LAS PACIENTES PORTADORAS DE LESIONES DE BAJO GRADO SE VIGILAN ESTRECHAMENTE POR UN PERIODO DE UN AÑO.LAS PACIENTES PORTADORAS DE LESIONES DE ALTO GRADO SE TRATAN DE INMEDIATO.

EN MEXICO EN VIRTUD DE CARECER DE RECURSOS PARA UN ADECUADO SEGUIMIENTO,PERO SOBRE TODO,POR LA ALTA INCIDENCIA DE VIRUS DE ALTO PODER ONCOGENO,LO QUE PUEDE REPRESENTAR UN RIESGO DE CANCER INVASOR EN MUJERES JOVENES.LA TENDENCIA ES TRATAR A TODA MUJER PORTADORA DE LESIONES PRECURSORAS,SEAN DE ALTO O BAJO GRADO.

EN EL PRESENTE TRABAJO SE REVISAN LAS CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES (PAPANICOLAOU) TOMADAS EN EL AÑO DE 1992 Y 1993 EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS PARA CONOCER CUALES HAN SIDO LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CANCER CERVICOUTERINO ENCONTRADAS; LA CLASIFICACION PARA ELLAS USADA ,SU RELACION A GRUPOS ETAREOS Y EL MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LAS MISMAS.

ANTECEDENTES

EL CANCER CERVICOUTERINO OCUPA EL PRIMER LUGAR DE MORTALIDAD FEMENINA EN MEXICO EN MUJERES DE 35-44 AÑOS (1).

ESTA NEOPLASIA ES PRECEDIDA POR LESIONES DENOMINADAS PRECURSORAS.

LA POSIBILIDAD DE REDUCIR LA MORTALIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO MEDIANTE EL DIAGNOSTICO TEMPRANO Y EL TRATAMIENTO ADECUADO DE ESTAS LESIONES ES UNA ALTERNATIVA QUE SE DEBE CONSIDERAR PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO (3).

EN FORMA TRADICIONAL LAS LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO SE DETECTAN A TRAVES DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAOU) QUE A PESAR DE LAS LIMITACIONES INHERENTES A ESTA PRUEBA HA DISMINUIDO LA MORTALIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO EN LOS ULTIMOS 40 AÑOS (4).

ESTE METODO CITOLOGICO DESCRITO POR PAPANICOLAOU EN 1928 Y CONFIRMADO EN 1943(PAPANICOLAOU Y TRAUNT 1943) HA SIDO AMPLIAMENTE UTILIZADO PARA DESCUBRIR EL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO Y DE ENDOMETRIO. SE EMPLEAN LAS SECRECIONES REUNIDAS EN LA VAGINA O BIEN OBTENIDAS DEL CUELLO UTERINO PARA PREPARA FROTIS QUE RAPIDAMENTE SE FIJAN Y SE TINEN (5)

EL DIAGNOSTICO DEBE ESTABLECERSE BASANDOSE EN LA CITOLOGIA DE CADA CELULA O QUIZA EN EL DE UN ACUMULO DE CELULAS SIN LA CONFIRMACION DEL DESARREGLO ARQUITECTONICO ,LA PERDIDA DE ORIENTACION DE UNA CELULA CON RELACION A OTRA Y HECHO DE PARTICULAR IMPORTANCIA.SENALES DE INVASION.(5)

LA CLASIFICACION DE PAPANICOLAOU ES LA SIGUIENTE:

CLASE I NORMAL

CLASE II ATIPIA LIGERA PB.NORMAL

CLASE III DUDOSO (ATIPIA MAS INTENSA QUE REPRESENTA POSIBLE DISPLASIA - O POSIBLE CANCER).

CLASE IV PROBABLE CANCER (SOSPECHOSO)

CLASE V CANCER.

GRAFICA (1)

LA DETECCION PRECOZ DE LAS FASES PRECLINICAS DEL CANCER CERVICOUTERINO (LESIONES PRECURSORAS) A TRAVES DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL PERMITE REALIZAR UN TRATAMIENTO RELATIVAMENTE POCO COSTOSO Y CASI SIEMPRE CON BUENOS RESULTADOS.(2).

LAS LESIONES PRECURSORAS SE HAN CONOCIDO POR DIFERENTES DENOMINACIONES: DISPLASIAS LEVE,MODERADA Y SEVERAS.

EL TERMINO DISPLASIA ES UNA ALTERACION EN CELULAS DE TIPO ADULTO QUE SE CARACTERIZA POR VARIACION DE VOLUMEN,FORMA Y ORGANIZACION. DE MANERA ESTRICTA EL TERMINO DISPLASIA SIGNIFICA TRASTORNO DEL DESARROLLO, SIN EMBARGO SU USO CORRIENTE SE APLICA A CELULAS EPITELIALES O MESENQUIMATOSAS PRINCIPALMENTE LAS PRIMERAS QUE HAN EXPERIMENTADO CAMBIOS PROLIFERATIVOS ALGO IRREGULARES Y ATIPICOS COMO RESPUESTA A IRRITACION O INFLAMACION CRONICA .

LA DISPLASIA EPITELIAL SE PRESENTA COMO PERDIDA DE ORIENTACION NORMAL DE UNA CELULA EPITELIAL CON LA OTRA, ACOMPAÑADA DE ALTERACION DE VOLUMEN Y FORMA DEL NUCLEO Y CARACTERES DE TINCION.

EL EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO DISPLASICO ES ENGROSADO POR HIPERPLASIA DE CELULAS BASALES LO CUAL SE ACOMPAÑA DE MADURACION DESORDENADA DE LAS CELULAS AL CONTINUAR HACIA LAS CAPAS SUPERFICIALES PRESENTAN IMAGENES MITOTICAS UNICAMENTE EN LA CAPA BASAL EN LA MUCOSA CERVICAL NORMAL, PERO EN EL EPITELIO CERVICAL DISPLASICO SUELEN ADVERTIRSE A NIVEL MEDIO INCLUSO MAS CERCA DE LA SUPERFICIE EL AUMENTO DE LA DE LA ACTIVIDAD PROLIFERATIVA PRODUCE MAYOR CANTIDAD DE DNA Y BASOFILIA MAS INTENSA DE LOS NUCLEOS AUNQUE HAY MAYOR NUESTRO DE IMAGENES MITOTICAS NO SUELEN SER ANORMALES COMO ES CARACTERISTICO DEL CANCER (5).

CLASIFICACION

SE UTILIZAN HABITUALMENTE DOS CLASIFICACIONES DE LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CANCER CERVICOUTERINO. LA PRIMERA ES LA CLASIFICACION HISTOLOGICA DESCRIPTIVA RECOMENDADA POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN LA SERIE DE CLASIFICACION HISTOLOGICA INTERNACIONAL DE TUMORES. LA SEGUNDA CLASIFICACION MAS RECIENTE (RICHART 1980) UTILIZA EL TERMINO GENERICO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICOUTERINA (NIC) EN LUGAR DE LOS TERMINOS DE DISPLASIA Y CARCINOMA IN SITU. (CUADRO (2)).

CLASIFICACION DESCRIPTIVA	CLASIFICACION NIC RICHART
DISPLASIA LEVE	NIC I
DISPLASIA MODERADA	NIC II
DISPLASIA SEVERA	NIC III
CARCINOMA IN SITU	NIC III
CARCINOMA MICROINVASOR	SIN EQUIVALENTE
CARCINOMA INVASOR	SIN EQUIVALENTE

CUADRO (2)

RECIENTEMENTE SE HA PROPUESTO UNA NUEVA REVISION DE CATEGORIAS EN LAS QUE SE COMBINA LA DISPLASIA LEVE (NIC I) CON LAS LESIONES CITOLOGICAS CORRESPONDIENTES A LA INFECCION POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) EN UNA CATEGORIA DENOMINADA : LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO, COMBINANDO LA DISPLASIA MODERADA (NIC II) Y LA DISPLASIA SEVERA Y EL CARCINOMA IN SITU (NIC III) EN OTRA CATEGORIA DENOMINADA : LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO, CUYO OBJETO ES SIMPLIFICAR LAS RECOMENDACIONES RELATIVAS AL MANEJO DE LOS CASOS (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP 1989) ESTE SISTEMA RECIBE EL NOMBRE DE SISTEMA DE NOTIFICACION DE BETHESDA (3) CUADRO (3).

BETHESDA 1989	RICHART 1980 Y ANTERIOR OMS
LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	DISPLASIA LEVE NIC I LESIONES CORRESPONDIENTES A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	DISPLASIA MODERADA NIC II DISPLASIA SEVERA NIC III CARCINOMA IN SITU NIC III

CUADRO (3)

EL TERMINO DISPLASIA SE HA USADO PARA CONSIGNAR LOS CAMBIOS HISTOLOGICOS DEL EPITELIO ESCAMOSO DEL CERVIX QUE PRECEDEN AL CANCER INVASOR. SON CAMBIOS EN RELACION A LA INFECCION DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO CUANDO ESTOS CAMBIOS ABARCAN SOLO EL TERCIO SUPERFICIAL DEL EPITELIO SE CONSIDERABA COMO DISPLASIA LEVE.

MODERADA: SI LOS CAMBIOS ABARCAN LOS DOS TERCIOS MEDIO Y SUPERFICIAL.

SEVERA SI LOS CAMBIOS HISTOLOGICOS ABARCABAN TODO EL ESPESOR DEL EPITELIO, A ESTE ULTIMO TERMINO TAMBIEN SE LE DENOMINO CA IN SITU LO QUE PROPICIO TRATAMIENTOS EXCESIVOS (INCLUSO HISTERECTOMIA AMPLIADA)LO QUE NO ESTA JUSTIFICADO.POR DICHA RAZON EN LAS DOS ULTIMAS CLASIFICACIONES RICHART 1980 Y BETHESDA 1989 ; EL TERMINO DE CA IN SITU DESAPARECE.

JUSTIFICACION

LA MORTALIDAD EN MEXICO POR CANCER CERVICOUTERINO SE RECONOCE COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

PRESENTA UNA TENDENCIA Y PROYECCION ASCENDENTE A PESAR DE LOS ESFUERZOS REALIZADOS EN LOS PROGRAMAS FREVENCION Y TRATAMIENTOS DESARROLLADOS.

LA MORTALIDAD SE PRESENTA A PARTIR DE LA SEGUNDA DECADA DE LA VIDA,INCREMENTANDOSE DIRECTAMENTE CON LA EDAD, LA TASA PROMEDIO NACIONAL PARA 1985 FUE DE 24.1 DEFUNCIONES POR CADA 100,000 MUJERES DE 25 ANOS Y MAS PARA EL CANCER CERVICOUTERINO (1).

EL CANCER CERVICOUTERINO OCUPA EL PRIMER LUGAR DENTRO DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD FEMENINA EN MEXICO DE 35-44 ANOS DE EDAD (1) SIN EMBARGO LA HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO PERMITE AFORTUNADAMENTE DETECTARLO DE MANERA PRECOZ Y ADOPTAR MEDIDAS PARA IMPEDIR QUE EVOLUCIONE.

PUEDE REALIZARSE LA DETECCION DE LAS FASES PRECLINICAS DEL CANCER CERVICOUTERINO POR EXAMEN MICROSCOPICO DE LAS CELULAS OBTENIDAS A TRAVES DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU (2) ESTAS LESIONES PRECURSORAS SE CLASIFICAN (RICHART 1980) CON EL TERMINO GENERICO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC) ANTES CONOCIDAS COMO DISPLASIA Y AHORA MAS RECIENTEMENTE DENOMINADAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO Y BAJO GRADO DE ACUERDO A LA CLASIFICACION HISTOLOGICA DE BETHESDA (3).

EL DIAGNOSTICO OPORTUNO Y EL TRATAMIENTO ESPECIFICO DE ESTAS LESIONES ES UNA ALTERNATIVA A LA QUE NO SE LE HA DADO LA IMPORTANCIA QUE MERECE DENTRO DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SALUD, YA QUE AL TRATAR ESTAS LESIONES PRECURSORAS SE REDUCE LA FRECUENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO Y EN CONSECUENCIA LA MORTALIDAD POR ESTE.

SE REVISARON DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS LOS ARCHIVOS CITOLOGICOS DE LOS ANOS DE 1992 Y 1993 PARA CONOCER LA PREVALENCIA DE LAS LESIONES PRECURSORAS, LOS TIPOS DE LESIONES PRECURSORAS DIAGNOSTICADAS CITOLOGICAMENTE DE ACUERDO A LAS CLASIFICACIONES USADAS EN ESOS ANOS Y LA FRECUENCIA DE ACUERDO A GRUPOS ETAREOS DENTRO DE LA POBLACION DRECHOHABIENTE Y ASI PLANEAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DICHAS LESIONES.

OBJETIVO GENERAL

CONOCER LA PREVALENCIA DE LAS LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS EN LOS ANOS DE 1992 Y 1993.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- CONOCER LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CANCER CERVICOUTERINO QUE APARECEN CON MAYOR FRECUENCIA DIAGNOSTICADAS A TRAVES DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAOU) TOMADAS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN LOS ANOS DE 1992 Y 1993.

2.-CONOCER LA DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PRECURSORAS EN RELACION A GRUPOS ETAREOS..

3.-CONOCER LOS PROCEDIMIENTOS DISGNOSTICOS Y DE TRATAMIENTO REALIZADOS EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON LESIONES PRECURSORAS MEDIANTE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAOU).

4.-CONOCER LA TERAPEUTICA INSTITUIDA.

MATERIAL Y METODOS

EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS SE TOMARON 1334 CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES EN EL AÑO DE 1992 Y EN EL AÑO DE 1993 SE TOMARON 1473 DE LAS CUALES SE RECOPIARON LOS PAPANICOLAOU ANORMALES DE DICHS ANOS.

DEFINICION DEL UNIVERSO

MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DE CUERNAVACA MORELOS A LAS QUE SE LES TOMARON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL EN LOS ANOS DE 1992 Y 1993.

TAMANO DE LA MUESTRA

EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DE CUERNAVACA MORELOS SE TOMARON EN EL AÑO DE 1992 ; 1334 CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES Y EN EL AÑO DE 1993 SE TOMARON 1473 CITOLOGIAS.

DEFINICION DE LOS SUJETOS EN OBSERVACION.

PACIENTES CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO EN 1992 ; 150 CITOLOGIAS ANORMALES Y EN 1993 FUERON 64 CITOLOGIAS ANORMALES.

CRITERIOS DE INCLUSION

MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE CON REPORTE DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ANORMAL DURANTE LOS ANOS DE 1992 Y 1993.

CRITERIOS DE EXCLUSION

MUJERES CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL SIN LESIONES PRECURSORAS

**MUJERES QUE PRESENTEN EN CITOLOGIA VAGINAL LESIONES MALIGNAS (CON
CANCER CERVICOUTERINO**

CRITERIOS DE ELIMINACION

**RESULTADOS DE CITOLOGIA SIN EVALUACION ADECUADA
EXPEDIENTES PERDIDOS.**

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

SE UTILIZAN HABITUALMENTE DOS CLASIFICACIONES DE LAS LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO LA PRIMERA ES LA CLASIFICACION HISTOLOGICA DESCRIPTIVA RECOMENDADA POR LA ORGANIZACION MUN DIAL DE LA SALUD EN LA SERIE DE CLASIFICACION HISTOLOGICA INTERNACIONAL DE TUMORES, DIVIDE A LA DISPLASIA EN :LEVE, MODERADA ,SEVERA O INTENSA ,CARCINOMA IN SITU,CARCINOMA MICROINVASOR Y CARCINOMA INVASOR.

LA SEGUNDA CLASIFICACION (RICHART 1900) UTILIZA EL TERMINO GENERICO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICOUTERINA (NIC) CLASIFICANDOLA EN :NIC I, NIC II, NIC III.

RECIENTEMENTE SE HA PROPUESTO UNA NUEVA REVISION DE LAS CATEGORIAS Y EN LA QUE SE COMBINA A LA DISPLASIA LEVE (NIC I) CON LESIONES CITOLOGICAS CORRESPONDIENTES A LA INFECCION POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) EN UNA CATEGORIA DENOMINADA LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE BAJO GRADO Y LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO.ESTE SISTEMA RECIBE EL NOMBRE DE SISTEMA DE NOTIFICACION CITOLOGICA DE BETHESDA (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP 1989).

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ORDENARA DE ACUERDO A LA PRIMERA CLASIFICACION (DE ACUERDO A O.M.S.) Y A LA MAS RECIENTE:SISTEMA DE NOTIFICACION CITOLOGICA DE BETHESDA.

DEFINICION DEL PLAN Y PROCEDIMIENTO

SE RECOLECTARON LOS ESTUDIOS CITOLOGICOS ANORMALES TOMADOS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN LOS ANOS DE 1992 Y 1993 INCLUYENDOSE UNICAMENTE LOS ESTUDIOS CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO CLASIFICANDOSE POR GRUPOS DE EDADAS,VPH Y TIPOJOS DE LESIONES.

TIPOS DE INVESTIGACION.

A).-SOCIOMEDICA.-EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS EN EL AÑO DE 1992 SE TOMARON 1334 CITOLOGIAS VAGINALES Y EN EL AÑO DE 1993 SE TOMARON 1473 CITOLOGIAS DE LAS CUALES SE RECOPIARON LAS CITOLOGIAS ANORMALES.PARA OBTENER MAYOR INFORMACION DE LAS LESIONES PRECURSORAS PREDOMINANTES EN DICHA CLINICA.

B).-RETROSPECTIVA.- LA INFORMACION DE ESTE ESTUDIO SE OBTUVO DE LOS ARCHIVOS CITOLOGICOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS.

C).-TRANVERSAL.- SE RECOPIARON EN EL AÑO DE 1992 150 CITOLOGIAS ANORMALES Y EN 1993 ;64 CITOLOGIAS ANORMALES DE LAS CUALES SE MEDIRAN LAS CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO.

D).-DESCRPTIVO.- DE LAS LESIONES PRECURSORAS ENCONTRADAS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSSTE EN MORELOS SE CLASIFICARAN DE ACUERDO A TIPOS ,GRADOS DE LESION,RELACION A EDADES Y FRECUENCIA DE ESTAS LESIONES.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

HOJA DE SOLICITUD DE EXAMEN CITOLOGICO DEL ISSSSTE CLAVE SM73C

ASPECTOS ETICOS

RIESGO DE LA INVESTIGACION :

DE CONFORMIDAD CON EL TRATADO DE HELSINKY Y LA CARTA DE TOKIO LOS ASPECTOS ETICOS DE ESTA INVESTIGACION NO SE CONSIDERAN CON RIESGO.

BIOSEGURIDAD

NO SE REQUIEREN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD YA QUE EL ESTUDIO ES RETROSPECTIVO Y LA INFORMACION SE RECOLECTO DE ARCHIVOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DE CUERNAVACA POR LO QUE SE OBTUVO AUTORIZACION DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD

**PROGRAMA DE TRABAJO
CRONOGRAMA**

E N E R O : INVESTIGACION DE DATOS

F E B R E R O : PLANEACION

M A R Z O : ELABORACION DE PROTOCOLO

A B R I L - S E P T ; RECOPIACION DE DATOS

O C T U B R E : ANALISIS DE DATOS

N O V I E M B R E : CONCLUSION Y VALORACION.

FALLA DE ORIGEN

RECURSOS HUMANOS

INVESTIGADOR

CITOLOGO

RECURSOS MATERIALES

ARCHIVOS Y EXPEDIENTES CLINICOS Y CITOLOGICOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE CUERNAVACA MORELOS.

PRESUPUESTO

SIN PRESUPUESTO

DATOS DE IDENTIFICACION

**DRA.SANDRA LUZ PATINO ALVAREZ MEDICO GENERAL
CUERNAVACA MORELOS NOVIEMBRE DE 1994
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE CUERNAVACA MORELOS .**

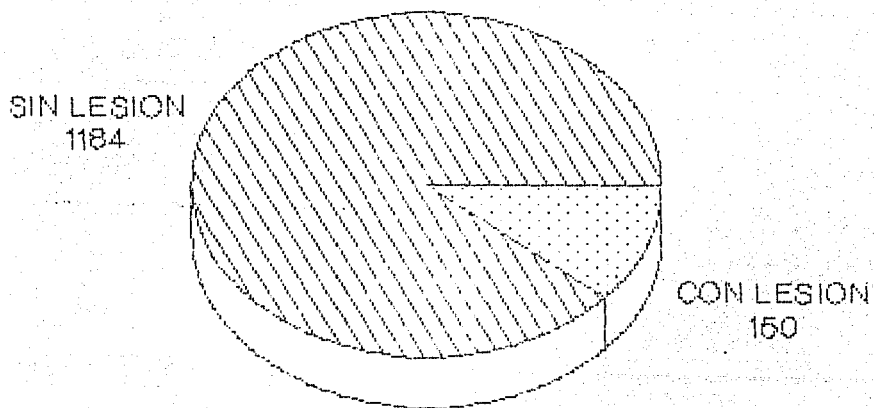
RESULTADOS

EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CUERNAVACA MORELOS SE TOMARON EN EL AÑO DE 1992 : 1334 CIUTOLOGIAS CERVICOVAGINALES RESULTANDO 150 (11.2%) CIUTOLOGIAS CON LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO Y BAJO GRADO (GRAFICA 1)

EN EN AÑO DE 1993 SE TOMASRON 1473 CIUTOLOGIAS CERVICOVAGINALES DE LAS CUALES RESULTARON CON LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO Y BAJO GRADO 64 (4.3%) (GRAFICA 2).

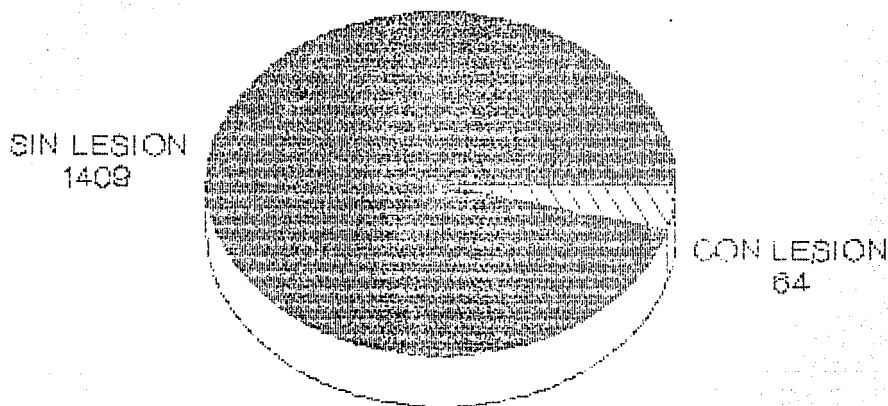
FALLA DE ORIGEN

PAPANICOLAOU TOMADOS EN EL AÑO DE 1992
TOTAL DE CASOS 1334



1184=88.7% 150=11.2%

PAPANICOLAOU TOMADOS EN 1993
TOTAL 1473



ERATA DE ORIGEN

1409=95.6%

64=4.3%

RESULTADOS

EN EL AÑO DE 1992 DE LOS 150 CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES TOMADAS QUE RESULTARON CON LESION SE ENCONTRO:

RELACIONADAS CON VIRUS DE PAPILOMA HUMANO : 68 (45.3%)

DISPLASIAS (DE ALGUN GRADO) 53 (36%)

DISPLASIAS DE ALGUN GRADO RELACIONADO A VPH:28 (18.6%)

GRAFICA (3).

EN EL AÑO DE 1993 DE LAS 64 CITOLOGIAS VAGINALES CON LESION SE ENCONTRO:

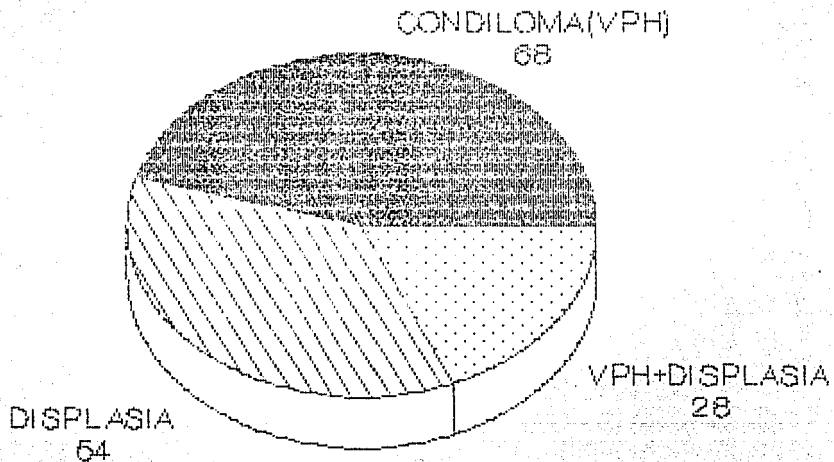
UNICAMENTE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO :30 (46.6%)

DISPLASIAS CON RELACION A A VPH :21 (32.8%)

DISPLASIAS DE ALGUN GRADO :13 (20.3%)

GRAFICA (4)

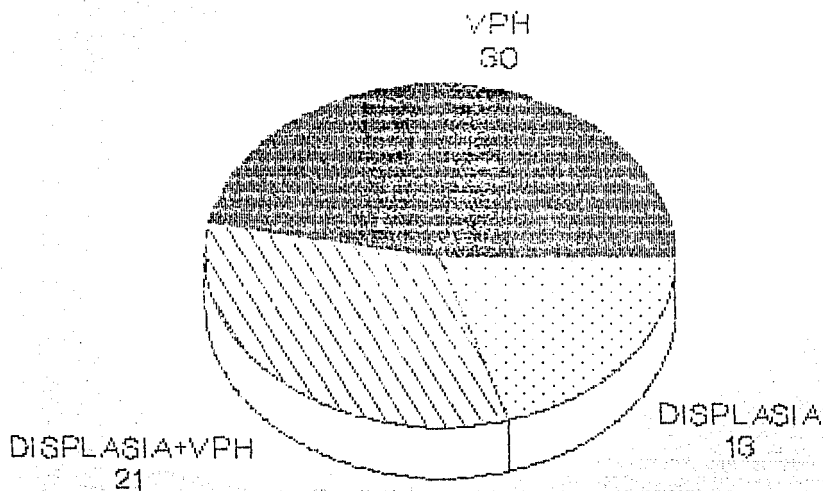
PAPANICOLAOU ANORMALES 1992



FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE PAP ANORMALES 150

PAPANICOLAOU ANORMALES 1993



FALLA DE ORIGEN

TOTAL DE PAP ANORMALES 64

RESULTADOS

SE CLASIFICO DE ACUERDO A LA CLSIFICACION TRADICIONAL DE LA O.M.S. (DISPLASIA LEVE, MODERADA Y SEVERA) YA QUE DE ESA FORMA FUERON REPORTADAS EN LAS CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES.

EN EL AÑO DE 1992 ;

DISPLASIA LEVE : 36 (66%)

DISPLASIA MOD ; 10 (18.5%)

DISPLASIA SEV. ; 8 (14.8%)

GRAFICA (5)

EN EL AÑO DE 1993 :

DISPLASIA LEVE : 21 (61.7%)

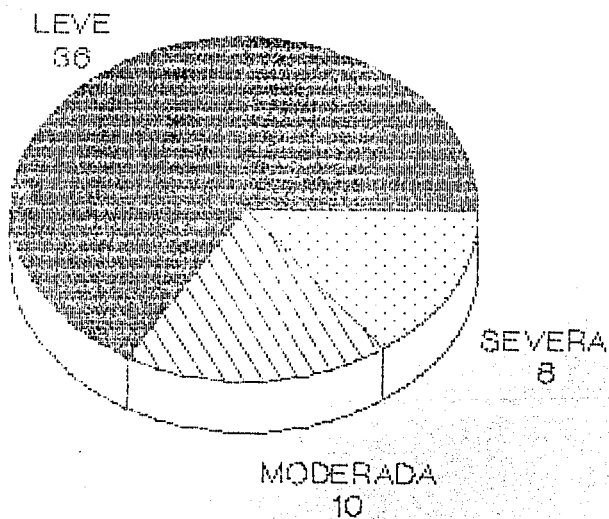
DISPLASIA MOD : 7 (20.6%)

DISPLASIA SEV. : 6 (17.6%)

GRAFICA (6).

TIPOS DE DISPLASIA

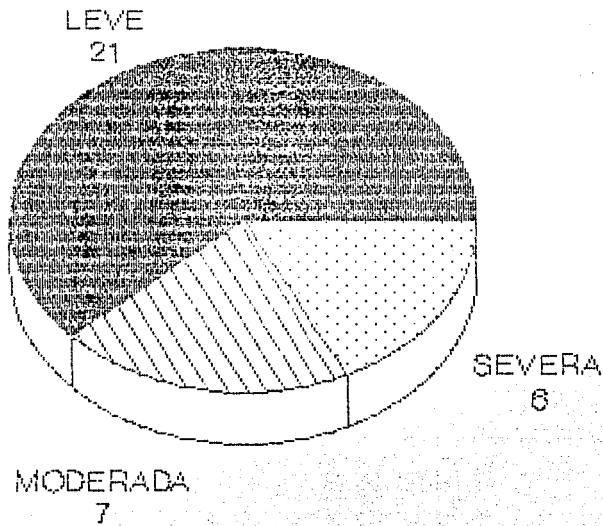
1992



FALLA DE ORIGEN

GRAFICA (5)

TIPOS DE DISPLASIA 1993



FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

SE RELACIONARON LAS DISPLASIAS DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD:

EN 1992:

- 24 ANOS : 4 (7.4%)

25-34 ANOS : 11(20.33%)

35-44 ANOS : 18 (33.3%)

45-54 ANOS : 9 (16.6%)

55-64 ANOS : 10 (18.5%)

65-+ ANOS : 2 (3.7%)

EN EL AÑO DE 1993.

- 24 ANOS : 3 (8.8%)

25-34 ANOS : 14 (41.1%)

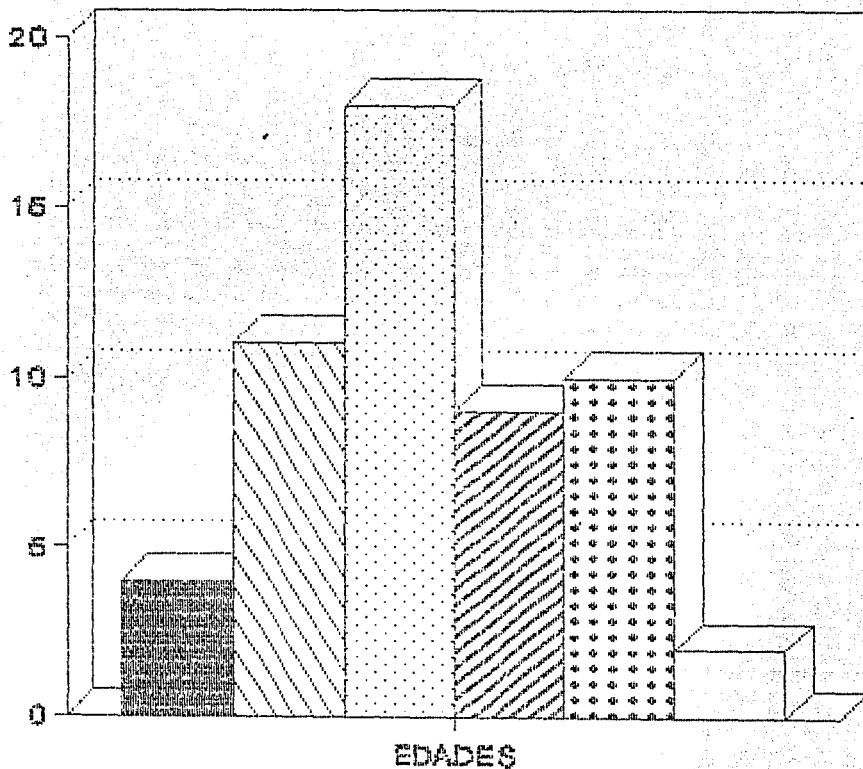
35-44 ANOS : 10 (29.4%)

45-54 ANOS : 5 (14.7%)

55-64 ANOS : 1 (2.9%)

65-+ ANOS : 1 (2.9%)

DISPLASIAS DISTRIBUIDAS POR EDAD 1992



- 24

25-34

35-44

45-54

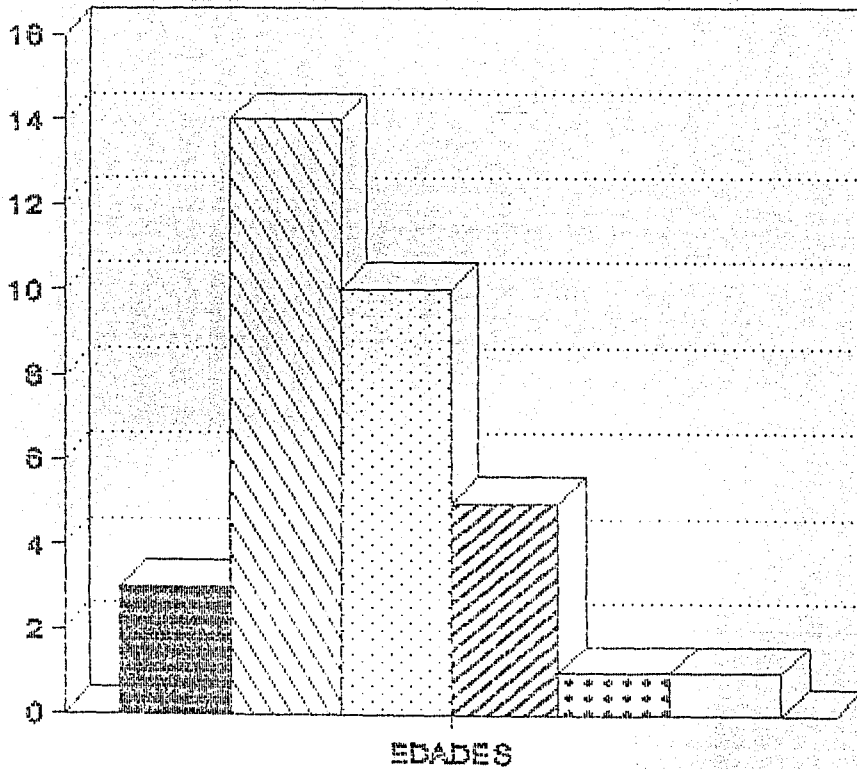
55-64

+ 65

FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISPLASIAS DISTRIBUIDAS POR EDAD 1993



-24 25-34 35-44
45-54 55-64 + 65

FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

TIPOS DE DISPLASIA EN RELACION A GRUPOS DE EDAD :

EN EL AÑO DE 1992 :

- DE 24 ANOS : LEVE:100%
25 - 34 ANOS : LEVE :54.5% MODERADA : 36.3 % SEVERA : 9.0%
35 - 44 ANOS : LEVE : 66.6% MODERADA: 11.1% SEVERA : 22.2%
45 - 54 ANOS : LEVE : 66.6% MODERADA : 22.2% SEVERA : 11.1%
55 - 64 ANOS : LEVE : 70% MODERADA : 10% SEVERA : 20%
65 - + ANOS : LEVE : 50% MODERADA : 50%

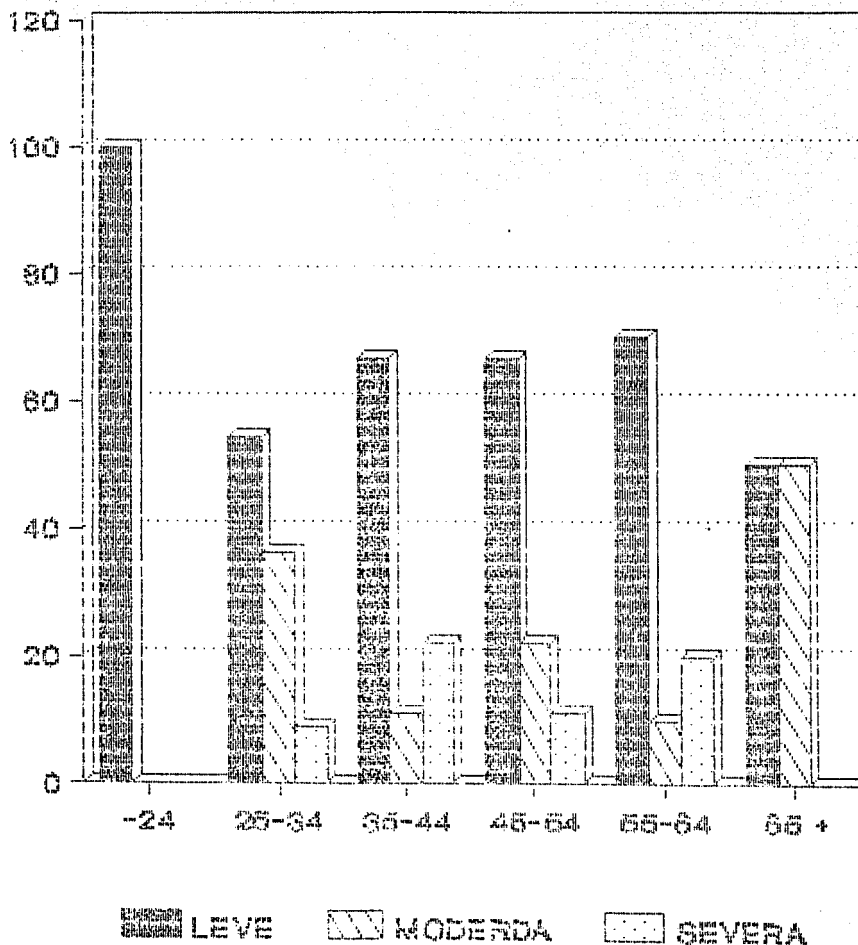
GRAFICA (9)

EN EL AÑO DE 1993.

- DE 24 ANOS : LEVE :100%
25 - 34 ANOS : LEVE : 64.2% MODERADA 35.7%
35 - 44 ANOS : LEVE : 60% MODERADA 0 % SEVERA 40%
45 - 64 ANOS : LEVE : 40% MODERADA : 40% SEVERA : 20%
55 - 64 ANOS : LEVE : 100%
65 - + ANOS : LEVE : 0% MODERADA :0% SEVERA : 100%.

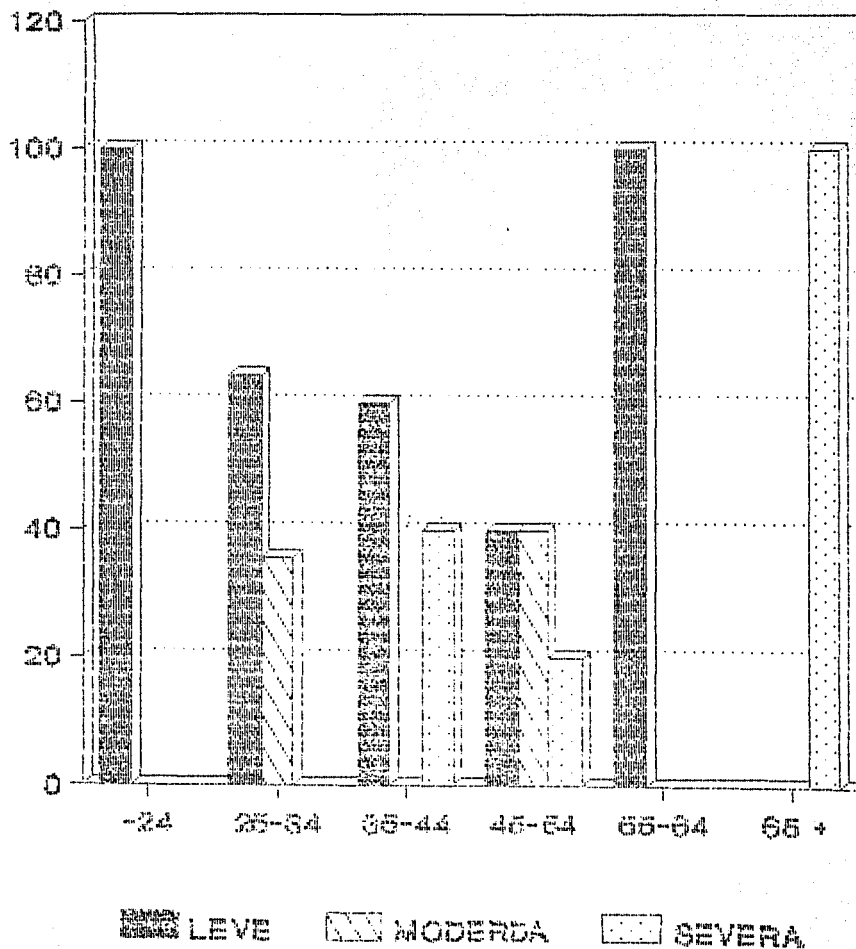
GRAFICA (10).

TIPOS DE DISPLASIA DE ACUERDO A EDAD 1992



FALLA DE ORIGEN

TIPOS DE DISPLASIA DE ACUERDO A EDAD 1993



ANALISIS DE RESULTADOS

1.- EL OBJETIVO GENERAL DE ESTE ESTUDIO SE CUMPLIO EN UN 100%

2.-LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS SE CUMPLIERON PARCIALMENTE:YA QUE SE CONOCIERON CUALES FUERON LAS LESIONES PRECURSORAS QUE APARECIERON CON MAS FRECUENCIA EN EL AÑO DE 1992 y 1993 EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DE CUERNAVACA Y TAMBIEN SU RELACION A GRUPOS ETAREOS.

3.-NO SE PUDO HACER UN BUEN SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO YA QUE:

A).- NO SE ENCONTRARON REGISTROS COMPLETOS CITOLOGICOS DEL AÑO DE 1993.

B).- NO HUBO SEGUIMIENTO REPORTADO DE LAS CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES ANORMALES EN LOS AÑOS DE 1992 Y 1993.

C).- NO EXISTEN NORMAS PARA EL MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO PARA LAS PACIENTES CON CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES ALTERADAS.

4.- DENTRO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR NI AUN EN EL HOSPITAL DE APOYO NO EXISTE COLPOSCOPIO Y TOMANDO EN CUENTA QUE DESPUES DE HACER EL DIAGNOSTICO A TRAVES DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL LA COLPOSCOPIA ES EL PROCEDIMIENTO QUE DEBE USARSE PARA EL ESTUDIO PARA EL ESTUDIO DE LAS PACIENTES CON CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES ALTERADOS CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER CERVICOUTERINO (6).

5.-NO HAY SEGUIMIENTO ADECUADO DE LAS PACIENTES YA QUE :

A).- LAS PACIENTES A LAS CUALES SE DIAGNOSTICO DISPLASIA LEVE A TRAVES DE CITOLOGIA VAGINAL (66.6% EN EL AÑO DE 1992 Y 53.1% EN EL AÑO DE 1993) NO TUVIERON SEGUIMIENTO.

6.- NO SE DIO TRATAMIENTO ADECUADO A LAS PACIENTES CON VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

7.-DE TODAS LAS DISPLASIAS MODERADAS Y SEVERAS QUE FUERON ENVIADAS AL HOSPITAL DE APOYO,SOLO A 4 PACIENTES EN EL AÑO DE 1992 SE CORROBORO EL DIAGNOSTICO POR BIOPSIA Y EN 1993 SOLO A 3 SE PRACTICO BIOPSIA CONFIRMATORIA.

EN VIRTUD DE TODO LO ANTERIOR ES CONVENIENTE HACER NOTAR QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA NORMATIVO ES NECESARIO CONTAR DENTRO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CON UN SERVICIO ESPECIALIZADO DONDE EXISTEN NORMAS ESPECIFICAS PARA EL DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS DISPLASIAS.

DISCUSION

DE LA REVISION REALIZADA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CUERNAVACA MORELOS ; DE LOS ESTUDIOS CITOLOGICOS TOMADOS DURANTE LOS ANOS DE 1992 Y 1993 QUE EN TOTAL FUERON 1334 EN EL AÑO DE 1992 Y DE 1473 EN EL AÑO DE 1993, SE ENCONTRARON 150 EN 1992 Y 64 EN EL AÑO DE 1993 ALTERADOS EN RELACION CON EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y DIPLASIAS DE GRADO DIFERENTE ; LO QUE REPRESENTA UN TOTAL DE 11.2% EN EL AÑO DE 1992 Y 4.3% EN EL AÑO DE 1993 SIN TOMAR EN CUENTA LOS REPORTES POSITIVOS PARA CA INVASOR.

ESTAS CIFRAS SON MUY ALTAS COMPARADAS CON OTROS ESTUDIOS, POR CIERTO ESCASOS EN LA LITERATURA NACIONAL, UNO DE ELLOS AL QUE PODRIAMOS REFERIRNOS COMPARATIVAMENTE ES EL REALIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD EN LAS POBLACIONES DE IGUALA, CHILPANCINGO Y ACAPULCO, GEOGRAFICAMENTE CERCANAS A NUESTRA CIUDAD EN EL QUE SE ESTUDIARON 1580 PACIENTES DE POBLACION ABIERTA ASINTOMATICA, REALIZANDO 1580 CITOLOGIAS Y TOMANDO 132 BIOPSIAS CON UN TOTAL DE 4.1% DE PATOLOGIA: CONDILOMA 1.7% DISPLASIAS : 1.5%, CA IN SITU 0.3% Y CA INVASOR 0.6%.

EN NUESTRO ESTUDIO LA PATOLOGIA SOLO POR VPH Y DISPLASIAS SON CASI CUATRO VECES MAS ALTAS, LO QUE ES VERDADERAMENTE ALARMANTE PUES ESTAS LESIONES DE NO TRATARSE PUEDEN DESEMBOCAR EN CANCER INVASOR.

INVESTIGAR LOS FACTORES CAUSANTES DE ESTA CIFRA TAN ALTA DE INFECCION POR VPH Y DIPLASIAS ES INDISPENSABLE, DENTRO DE ELLOS INTERESA CONOCER EL TIPO DE VIRUS DE PAILOMA EXISTENTE, ESTE CONOCIMIENTO ES FUNDAMENTAL PARA NORMAR LA CONDUCTA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA. SI LA INFECCION POR VPH Y LAS DISPLASIAS LEVES NO VAN A INCLUIRSE EN UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y NO VAN A SER TRATADAS (COMO DEBERIA HACERSE) DEBEMOS ESTAR SEGUROS DE QUE EL VIRUS INFECTANTE SEA UN VIRUS DE BAJO RIESGO (TIPOS 6 Y 11) DE LO CONTRARIO Y MIENTRAS NO SE DISPONGAN DE LOS MEDIOS PARA TIPAR EL VIRUS, SERIA CONVENIENTE COMO EN OTROS SITIOS SE HACE TRATAR A TODAS LAS PACIENTES PORTADORAS DE DICHAS LESIONES DE BAJO GRADO.

LLAMA LA ATENCION QUE SIN EXISTIR UNA NORMA AL RESPECTO, NINGUNA DE LAS PACIENTES PORTADORAS DE LESION DE BAJO GRADO HAYAN SIDO SOMETIDAS A UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO QUE DEBE INCLUIR LA COLPOSCOPIA, LA BIOPSIA ORIENTADA POR COLPOSCOPIA Y EL LEGRADO ENDOCERVICAL, TAMBIEN EL HECHO DE QUE NINGUNA PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO, EL CUAL DE NINGUNA FORMA DEBE REALIZARSE SI NO SE HA CUMPLIDO CON EL PROTOCOLO DE ESTUDIO DIAGNOSTICO, PARA EVITAR LO QUE ES FRECUENTE, SE REALICEN TRATAMIENTOS EXCESIVOS (INCLUIDA LA HISTERECTOMIA).

LA LOCALIZACION DE LAS PACIENTES NO TRATADAS DEBIERA REALIZARSE POR MEDIO DE LOS DEPARTAMENTOS DE TRABAJO SOCIAL.

LAS LEYENDAS " DE "REALIZAR TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO " Y "REPETIR EL ESTUDIO CITOLOGICO EN TRES MESES" DEBEN DESAPARECER DE LOS REPORTES CITOLOGICOS YA QUE NO EXISTE NINGUN TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO EFECTIVO PARA TRATAR LA INFECCION POR VPH Y LAS DISPLASIAS. REPETIR EL ESTUDIO SOLO SIGNIFICA RETRASAR LOS TRATAMIENTOS, INCREMENTA EL TRABAJO DE LOS SERVICIOS DE PATOLOGIA SIN NINGUN BENEFICIO PARA NADIE.

LA CREACION DE CLINICAS DE PATOLOGIA CERVICAL PREVENTIVA, CON COLPOSCOPISTAS COMPETENTES, PREPARADOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CANCER CERVICOUTERINO ES NECESIDAD IMPERIOSA, DE LO CONTRARIO SE CONTINUARAN DILAPIDANDO RECURSOS EN LA TOMA INUTIL DE CITOLOGIAS CERVICOVAGINALES SIN RECURSOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON CITOLOGIAS ANORMALES..

FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- SECRETARIA DE SALUD ,LA SALUD DE LA MUJER EN MEXICO,CIFRAS COMENTADAS. PROGRAMA NACIONAL "MUJER SALUD Y DESARROLLO" MEXICO 1990.
- 2.-LA DETECCION CITOLOGICA EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER 1988.PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE SALUD 1988.
- 3.-MILLER A.B. NEOPLASIAS DE CUELLO UTERINO.PROGRAMAS DE DETECCION DEL CANCER CERVICOUTERINO AÑO 1993.
- 4.-ALBERTO MANETTA.DR.MANJITA BHAUMIK,EXCISION AMPLIA CON ASA EN LA ZONA DE TRANSFORMACION.PROPUESTA ALTERNATIVA PARA TRATAMIENTO DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL.MUNDO MEDICO SEPT.1994.VOL.XXI NUM.245.
- 5.-ROBBINS L. STANLEY DR. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.EDIT.INTERAMERICANA CAP 1 Y 5 PAG 152-153.17
- 6.-CONTEMPORARY COLPOSCOPY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINICS MAR.1993.20:1
- 7.-DE PALO G. HERPES AND PAPILOMA VIRUSES THEIR ROLE IN THE CARCINOGENESIS OF DE LOWER GENITAL TRACT V2 ED G DE PALO NEW YORK RAVEN PRESS.
- 8.-MUNOZED NEOPLASIAS DE CUELLO UTERINO,HUMAN PAPILOM AND CERVICAL CANCER 1989.
- 9.-G.KOSS LEONARD VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y CANCER GENITAL. MUNDO MEDICO NOV 1993 VOL XX NUM 235.
- 10.-CARSON.H J. DEMAY-RM THE MODE AGES OF WOMEN WITH CERVICAL DYSPLASIA OBSTETR-GYNECOL 1993 SEPT 82 (3) 430:3.
- 11.-OSTOR. AG NATURAL HISTORYOF CERVICAL INTREPITHELIAL NEOPLASIA A CRITICALREVIEW INT.GYNECOL-PATHOL APRIL 1993 12 (2) 186-92.
- 12.-ANTEZANA SABOGAL GUIDO INCIDENCIA DE LESIONES EPITELIALES DEL C UELLO UTERINO.ESTUDIO RETROSPECTIVO CITO-HISTOMORFOLOGICO EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 1981-1990 LILACS/CD 16A 3EDICION MAYO 1993.
- 13.-DE LEON ANTONI EDUARDO PAPANICOLAOU OUTMODE ISN'T IT ? BOLAS DC MED P R 83 (10) 462-4 OCT 1991.
- 14.-SARITA VALDEZ.SERGIO DE SANCTIS ALSINA.DISPLASIA Y CARCINOMA DE CUELLO UTERINO.TASAS DE INCIDENCIA EN EDADES TEMPRANAS.REV.MED. DOMIN.52(1/2)5-11 ENE-JUN-1991.
- 15.-ACUNA LEZAMA GREGORIO.ATIPIAS COILOCITICAS IMPORTANCIA REV. OBSTETR-GYNECOL.VENEZUELA 47 (3) 121-1987.
- 16.-HELLBERG-D NILSSON.POSITIVE CERVICAL SMEAR WITH SUBSEQUENT NORMAL COLPOSCOPY AND HISTOLOGY GYNECOL ONCOL MAY 1994 51(2)148-51

17.-SLAWWSON-DC BENET JH SHOULD ALL WOMEN WITH CERVICAL ATYPIA BE REFERED FOR COLPOSCOPY J.FAM.PRACT.1994.APR.38 (4)387-92

18.-ASATO T NAKAJIMA.COORRELATION BETWEEN THE PROGRESSION OF CERVICAL DYSPLASIA AND THE PREVALENCE OF HUMAN PAPILOMA VIRUSES.J.INFECT DIS.1994 APRIL 169(4)940-1.

19.-MUNOZ N .THE ROLE OF HPV IN THE ETIOLOGY OF CERVICAL CANCER MUTAT RES 1994 MAR 1:305(2) 293-301.

20.-SPUHLER-S COLPOSCOPIC ASPECT OF THE CERVIX J.GYNECOL.OBST. BIOL. REPROD PARIS 1993;22(7) 729-36.

21.-SMITH-MC CUNE.K.K.DEMOSTRATION AND CHARACTERIZATION OF THE ANGIOGENIC PROPERTIES OF CERVICAL DYSPLASIA CANCER RES. 1994 FEB 54(3) 800-4

22.-CERVICAL CITOLOGY EVALUATION AND MANAGEMENT OF ANORMALITIES ACOG. TECHNICAL BULLETIN NUMBER 183 AGUST 1993.INT.J.GYNECOLOGY OBST.1993 NOV 43 (2) 212-9.

23.-SWINKER M.A. COMPARISION OF UTERINE CERVICAL CYTOLOGY AND BIOPSY RESULT INDICATIONS AND OUTCOME FOR COLPOSCOPY.J.FAM.PRACT.JAN 1994 38(1) 40.4

24.-MELNIKPW-J.SIERK DOES THE SYSTEM OF PAPNICOLAU TEST NOMENCLATURE AFFECT THE RATE OF REFERRAL FOR COLPOSCOPY /? A SURTVEY OF FAMILY PHYSICIANS ARCH FAM MED 1993 MAR 2 (3) 253-8.