

52
91
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA
"CONIZACION CON ASA DIATERMIA"

CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS DEL CENTRO DE
CANCEROLOGIA "DR. ARTURO BELTRAN ORTEGA, A.C."
MARZO 1994-MAYO 1996.

T E S I S

Que para obtener el Título de Especialista en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL DR.

ANDRES RUIZ VAZQUEZ

Asesor de Tesis:
Dr. Manuel Saenz Cabrera

Acapulco, Gro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

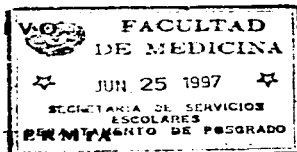
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

ESTUDIO RETROSPECTIVO

DE LA

"CONIZACION CON ASA DIA



EN LA CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS DEL CENTRO DE
CANCEROLOGIA DEL ESTADO

"DR. ARTURO BELTRAN ORTEGA, INVESTIGADOR, GRO.



DR. JORGE GARCIA LEAL

DIRECCION DEL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, GRO., S.E.S.
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, GRO.

DR. MARIANO MANZANAREZ CORTES

Profesor titular del curso de Ginecología y obstetricia del
Hospital General de Acapulco, Gro., S.E.S.

DR. F. ESMIL BALANZAR SAGRERO

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General de
ACAPULCO, GRO., S.E.S.
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, GRO., S.E.S.

ASESOR MEDICO DE INVESTIACION

DR. MANUEL SAENZ CABRERA

Jefe de la Clinica de Lesiones Tempranas del Centro de
Cancerologia del Estado.

DEDICATORIAS.

HILDA:

Mi Madre; Razón de mi existencia y debido a su apoyo en forma incondicional que me ha brindado al desarrollo de mi formación.

PERLA:

Mi Esposa; por el amor que nos unió, el apoyo desinteresado y el depósito de su confianza total que me ha tenido.

HALLY

Mi hijo; por su noble inocencia de que es poseído, así como la estimación y el gran afecto que me tiene.

A MIS MAESTROS:

Por su ardua paciencia, apoyo y enseñanza a mi persona, así como por su constancia en el vivir diario del ambiente hospitalario.

AL HOSPITAL:

Que me ha formado como médico y como especialista, debido a la gran captación de pacientes, motivo primordial de la profesión y fuente de experiencia.

**AL DR. MANUEL SAENZ
CABRERA**

Muy en especial, por haberme brindado la oportunidad de adquirir parte de sus conocimientos en forma desinteresada, lo cual hizo posible la realización de esta investigación.

INDICE

INTRODUCCION.

1.- JUSTIFICACION.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

3.- OBJETIVOS.

4.- INDICACIONES.

4.1. FLUJOGRAMA

5.- TECNICA

6.- MATERIAL Y METODOS

6.1. Criterios de Inclusión

6.2. Criterios de Exclusión.

6.3. Variables Analizadas.

7.- RESULTADOS

8.- CONCLUSIONES

9.- DISCUSION

ANEXOS

I.- Formato para recolección de datos de pacientes estudiadas

II.- Formato para la recolección de datos con citología anormal de envío y factores de riesgo.

III.- Formato para el estudio Citológico

IV.- Formato para estudio Anatomopatológico.

V.- Gráficas.

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es a finales del siglo XIX, cuando aparecen los trabajos experimentales sobre el estudio de la carcinogénesis gracias al perfeccionamiento del microscopio y el descubrimiento de los rayos X por W.K. Von Roentgen en 1885., dentro de este contexto, Robin fue uno de los pioneros en observar cambios malignos intracavitarios cerca del carcinoma invasor de células escamosas del cervix uterino; Williams en 1886 señaló que la enfermedad no sólo es anatómica sino genética (1)

Cullen en 1900 en un estudio clásico de CACU fue el primero en descubrir e ilustrar la fase de revestimiento de epitelio carcinomatoso cervical con lo que después es localizado en forma adyacente la neoplasia cervical. Schuauenstein, Pronai y Robin en el periodo de 1908 y 1910, a través de estudios de anatomía patológica concluyeron que la neoplasia epitelial superficial era un estudio temprano de carcinoma escamoso de cervix, cuyo concepto es aceptable hasta el momento actual (1)

En el año de 1924, Hans Hinselmann en Hamburgo, Alemania al estudiar las causas, síntomas y diagnóstico del cáncer del cuello uterino asevera que inicia como pequeños tumores o úlceras que pudieran detectar utilizando aumento e iluminación., y el 1925 utilizando la lampara de Von Eicken y una lente de aumento de Leitz, en forma conjunta diseñan y dan a conocer un microscopio binocular de bajo poder con una poderosa fuente de luz incluida, sobre un pedestal movable para examinar más cerca el cuello uterino, fundan la primera clínica de Colposcopia realizando estudios de vulva, vagina y cuello uterino (2)

En 1938 Hans Hinselmann, presenta la prueba del ácido acético para visualizar zonas sospechosas del cervix; en 1939 en Alemania, Kraatz presenta el filtro verde para visualizar los vasos atípicos cervicales (2)

En 1943 George Papanicolaou y Hebert Trant publican su primer libro sobre diagnóstico de cáncer mediante frotis vaginal (2)

Con el proposito de identificar tempranamente la presencia de carcinoma cervico uterino, ya que es el mas frecuente en la población femenina de nuestro país y el reponsable de la primera causa de muerte a partir de los 45 años de edad (3)

Existen estudios que durante décadas han señalado un sin numero de factores de riesgo para dicha neoplasia, como son: la multiparidad, múltiples compañeros sexuales, promiscuidad del compañero sexual, vida sexual activa a temprana edad, estrato socio-económico bajo, infecciones con herpes virus tipo

2, y virus del papiloma humano, al igual que el compañero sexual esté circuncidado o no y la ingesta crónica de anticonceptivos (4).

Algunos de estos factores que predominaron durante décadas han perdido cierta validez en la actualidad, debido a que estudios recientes han demostrado poca relación entre estos y la incidencia de la neoplasia. Haciendo mención tenemos; la circuncisión que tanto énfasis llevo a tener en la población judía como factor protector el hecho de tenerla, de igual situación con infección del herpes tipo 2, que a pesar de que su frecuencia llega a ser mayor en pacientes con cáncer cervico uterino, no se ha encontrado relación causal (5).

Estudios recientes muestran que existen factores en la última década de mayor importancia en la infección por el virus del papiloma humano (IVPH). Se estima que alrededor del 75 % de las mujeres hindúes con CACU, tienen dicha infección por lo que se piensa que sea un factor en el carcinoma genital junto con la mala higiene post-coital. Múltiples estudios sugieren que el 50 % de las pacientes con neoplasia intraepitelial tienen evidencia de IVPH, y la partícula viral ha sido encontrada en carcinoma invasor (3,6,7).

En los E.E.U.U., el carcinoma cervico uterino es la cuarta neoplasia en frecuencia después del Ca de mama y endometrio, no así en los países como el nuestro en que el CACU ocupa el primer lugar en frecuencia (85 %) de las neoplasias ginecológicas (3,8).

En un tiempo no muy lejano se podrá contar con un registro nacional de cáncer, estructurado e ideal, aunque en la actualidad se hacen los intentos de obtener el mayor dato posible para acercarse a la realidad ya que en el Estado de Guerrero se refleja aun más la problemática estadística, pero desde hace 4 años las autoridades estatales de salud en conjunto con la vanguardia del Centro Estatal de Cancerología han obtenido datos que reflejan más del 85 % de nuestra realidad (8).

I.- JUSTIFICACION

En diversas publicaciones se ha hecho referencia de la morbilidad por el procedimiento excisional con asa diatermia, que se han presentado en pacientes que fueron sometidas a tal procedimiento, manifestadas desde huellas de sangrado, hasta sangrado profuso en el trans-quirúrgico, post-quirúrgico inmediato, mediato y tardío, así como cierto grado de secuela sobre todo cuando se abarca gran volumen tisular endocervical. Estas secuelas son: Incompetencia ístmico cervical lo que produciría abortos en repetición y partos prematuros., Estenosis cervical, lo que ocasionaría retención de sangrado menstrual (hematometra) y por lo consiguiente daño tisular hasta la carbonización del tejido cuando se emplea un alto voltaje en el corte (mayor de 75 Watts).

Teniéndose como conocimiento los diferentes tipos de conización, muy en especial la conización con asa diatermia que se realiza en la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado, en la práctica actual cuando se realiza este procedimiento es con fines diagnósticos, terapéuticos o en forma combinada.

En el presente estudio no existe referencia previa de algo similar a lo reportado en la literatura revisada, siendo esta una Clínica de Enseñanza.

Fue necesario conocer el estado actual de las pacientes así como los factores de coagulación que se pudieran alterar a la aplicación de ciertos anestésicos y vasoconstrictores en cervix, con la finalidad de prever cierto grado de morbilidad en el trans-quirúrgico y post-quirúrgico; no ignorando que hay factores que aunados a la excisión con asa diatermia intervienen sobre todo en el pronóstico de las pacientes tales como los marcados en la literatura revisada (incompetencia ístmico cervical, estenosis etc.).

Hay que tener siempre presente que la consecuencia de sangrado trans-quirúrgico y post-quirúrgico inmediatos y mediatos constituyen uno de los problemas de mayor interés por este procedimiento.

Por lo anterior fue importante conocer ¿cual era el grado de morbilidad con este procedimiento excisional con asa diatermia en la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado?.

2.- HISTORIA

Joule en 1843, anuncia un principio que es la diatermocoagulación el cual refería que es un método físico que ocasiona destrucción de los tejidos y que sería empleado en la patología cervical, refiriendo a la vez que cualquier órgano o tejido de la economía anatómica es buen conductor de electricidad., dirigiéndose exclusivamente al cuello uterino donde en sus primeros experimentos relata una pérdida del tejido producida por calor (10).

Lisfranc, fue el primero en realizar la conización cervical en el año de 1861, con el propósito de disminuir la expansión o curar el cáncer cervico-uterino. Es a finales del siglo XIX, Woward Kelly primer profesor de ginecología en The Johns Hopkins Medical School, propuso un método para reducir el volumen del cáncer cervico-uterino a través de la manipulación digital en el cervix, y para realizar hemostasia en este procedimiento recomendó el uso de electrocauterio (9).

Holden, en el año de 1920 describe de nueva cuenta el tratamiento de la cervicitis mediante electrocauterio, en el año de 1930 M.N. Hyams, comunicó sobre una serie de conizaciones cervicales excisionales con asas electroquirúrgicas. Novak, Kistner, Telinde, Grafham, publican en los años 30's que todas las cervicitis crónicas deberían ser tratadas con conización electroquirúrgica (9).

Miller en 1938, introduce la conización publicándola en un artículo en la revista Surgery and Obstetrics "conización of the cervix" mencionando que este método se usaba como tratamiento en lesiones benignas y malignas del cuello uterino mediante electrocirugía (10).

En 1962 John Graham, en su libro "carcinoma of the cervix" establece el uso del asa o triángulo electroquirúrgico para la conización cervical y a la vez hace mención de la observación, en que es preferible realizar una biopsia anular o en cono con bisturí común y corriente que con asa diatermia ya que recalca en conclusión que la diatermia altera y distorsiona las células al realizar el corte, lo que pudiera dar falsas positivas a la interpretación histológica (9,10).

El potencial para desastres terapéuticos ha aumentado en frecuencia, sobre todo con el uso indiscriminado y falta de experiencia en el manejo del asa electroquirúrgica, todo esto como resultado de la preocupación en relación a la falta del diagnóstico del cáncer invasor inicial y la mayor frecuencia de neoplasia intraepitelial glandular al momento de la selección colposcópica. En la actualidad se ha introducido una nueva modalidad terapéutica para neoplasia intraepitelial cervical, donde se renueva toda la zona de transformación usando un asa de alambre y un generador electroquirúrgico., el procedimiento se ha desarrollado en la última década en Europa, en el Reino Unido donde se llamó excisión de la zona

de transformación por un asa grande (LLETZ). En los que consideran un uso más extenso del método más allá de la zona de transformación cervical, usándose el título según LEEP de procedimiento de excisión con asa electroquirúrgica (2)

Cartier desarrolló un nuevo método electroquirúrgico para tratar el NIC, usando un electrodo de alambre delgado rectangular de 5 x 5 mm para tomar la biopsia y tratar al cuello al mismo tiempo, para remover el epitelio en tiras múltiples este procedimiento fue grande de 1.0-2.0 cm. de ancho por 8.0-1.5 cm. de profundidad, este permitió la excisión de toda la zona de transformación y el área con la enfermedad en su solo paso , ya que si la lesión es grande, irregular o se extiende hacia el canal endocervical se requieren de varios pasos con asas de diferentes tamaño o forma para remover adecuadamente la lesión (2)

Durante el decenio de 1960, se desencadenaron varios sucesos importantes en lo que es la historia de la enfermedad cervico uterina premaligna, primeramente la citología se aceptó gradualmente como procedimiento de detección, los múltiples términos para referirse o aludir a cambios cervicales premalignos fueron abandonados sobre todo cuando Richart estandariza la terminología de la neoplasia intraepitelial cervical , Posteriormente se lleva a cabo la unificación que en la actualidad ha sido aceptada " El sistema de Bethesda " (2,11)

Antes de la aparición del colposcopio, sobre todo con la finalidad de tomar biopsias dirigidas, las pacientes con citología anormal eran sometidas a tomas de biopsias en cervix al azar ó a conizaciones cervicales en forma indiscriminada, en la era actual las grandes propiedades que nos brinda la colposcopia es la de disminuir el número de conizaciones cervicales mal indicadas, múltiples lipótesis nos abrieron paso al desarrollo del método más conservador, antes de realizar tratamiento de la lesión intraepitelial cervical (2,11).

Clannon y Rome, emplearon cierta combinación basada en electrodiatermia con electrodos de esferas y aguja, observando la destrucción del tejido cervical hasta una profundidad de 15 mm refiriendo excelentes resultados (2) .

Desde que se ha empleado la electrodiatermia como procedimiento destructivo excisional de la lesión intraepitelial cervical, ha habido ciertos desacuerdos por múltiples investigadores a nivel mundial; pero los Europeos recomiendan la extirpación de cualquier lesión premaligna con este procedimiento , Cartier perfeccionó un electrodo de asa para corte con un diámetro de 200 milimicras, lo cual permite la extracción de fragmentos de tejido cervical, produciendo solo una pequeña lesión termica cuando se emplea adecuadamente (2,10, 11 y 12) .

Es a partir de los años 90's cuando se introduce en México este método llamándole " Nuevo Método Diagnóstico-Terapéutico", pero en la actualidad, la electrocirugía ya no es novedad. Se práctica en casi toda la Unión Americana, Canadá, en gran parte de Europa, así como algunos países de Sudamérica. Existen hoy en día en México numerosos centros donde este método se aplica de manera rutinaria y con alentadores resultados (2, 10 y 11).

En últimas fechas se ha admitido que este procedimiento excisional ha culminado en fracaso en confrontación con algunos otros procedimientos (Laser de CO2, Criocirugía etc.), algunas de las fallas de mayor prevalencia las han adjudicado a dos causas, a).- falta de destrucción hasta una profundidad adecuada, b).- evolución incompleta de la extensión o intensidad de la enfermedad. Se han aceptado estas aseveraciones, y se confía en la habilidad del colposcopista, las lesiones intraepiteliales visibles con el colposcopio, podrían erradicarse por completo mediante este procedimiento quirúrgico considerado excisional (2,3,10,11 y 12).

La Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado, de Guerrero, inicia sus actividades a la población en general el día 1o. de Junio 1992, iniciándose la captación de pacientes utilizando la colposcopia como método diagnóstico de apoyo en las pacientes con citología cervical anormal, a cuatro años de labores se cuenta con la realización de 1700 expedientes de primera vez, y es a partir del 18 de marzo de 1994 cuando se realiza el primer procedimiento quirúrgico excisional con asa diatermia (cono) con buenos resultados.. Realizándose hasta la actualidad con gran éxito.

3.- OBJETIVO

GENERAL:

El presente estudio tiene como finalidad establecer la eficacia del procedimiento y conocer la prevalencia de la patología cervical, así como factores de riesgo en pacientes con citología anormal y que ninguna paciente debe tratarse sin estudio colposcópico previo. Este axioma también se aplica a los métodos quirúrgicos de manejo de las lesiones cervicales pre-malignas en las pacientes que acudieron a la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado de Guerrero., de marzo de 1994 a mayo de 1996.

ESPECIFICOS:

Conocer la prevalencia de la patología cervical más frecuente en pacientes que presentan citología anormal.

Identificar algunos factores de riesgo como: Edad, menarca, Inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales., Gestas, paras, edad del primer parto, uso de anticonceptivos hormonales, antecedentes oncológicos, antecedentes personales patológicos, tabaquismo y su relación con lesiones cervicales.

Correlacionar los grados colposcópicos de lesión con los resultados citológicos e histopatológicos de las pacientes.

Determinar un diagnóstico preciso con un resultado citológico, Colposcópico e histológico previo a la intervención quirúrgica.

Valorar el grado de morbilidad (sangrado y riesgo anestésico), en el trans y postquirúrgico.

Contar con resultado histológico del cono para así realizar cirugía complementaria, tratamiento conservador o mantener en observación.

Continuar seguimientos citológicos-colposcópico en forma seriada de 3 a 24 meses.

4.- INDICACIONES

El examen colposcópico de las mujeres con citología cervical anormal permite una definición precisa de la topografía de la lesión en la mayoría de los casos. Los hallazgos caerán en general en una de las categorías siguientes:

- Toda la zona de transformación es visible, toda la lesión se encuentra dentro de la zona de transformación con o sin ayuda del espéculo endocervical.
- Se ve la lesión en la zona de transformación, pero el límite endocervical de la lesión ó de la zona de transformación se extiende hacia el canal endocervical más allá de la visión colposcópica.
I.
- Cualquiera de las lesiones anteriores, pero con extensión vaginal de la lesión y/o de la zona de transformación.
- No se detecta lesión que explique la citología anormal.
- La experiencia colposcópica también puede revelar signos de alerta de un posible cáncer invasor inicial. En todas las categorías, es esencial un estudio histológico de una biopsia dirigida por colposcopio, antes del tratamiento. Si la selección es hecha por un colposcopista experto, la invasión se excluye teniendo biopsias dirigidas, y si la paciente es una buena candidata para el seguimiento, las lesiones en la primera categoría usualmente pueden ser destruidas. Lesiones en la segunda y cuarta categoría tienen el riesgo de un cáncer invasor no detectado dentro del canal endocervical.

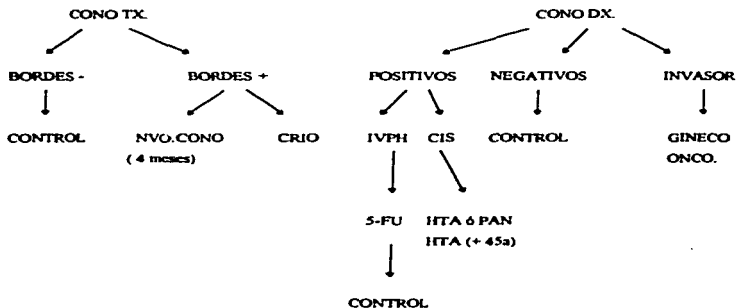
En los últimos 35 años se han desarrollado un conjunto de reglas de selección que definen las indicaciones principales para la conización diagnóstica después del examen colposcópico. Esas indicaciones son las siguientes:

- La lesión y/o la zona de transformación se extiende hacia el canal endocervical, más allá de la visión colposcópica.
- Cualquier sospecha citológica, colposcópica o histológica de cáncer invasor.

- Citología severamente anormal a repetición, sugiriendo una neoplasia de alto grado en ausencia de anomalías colposcópicas.
- Discrepancia entre la predicción citológica de enfermedad cervical de alto grado y detección en la histología dirigida por colposcopia de solo lesión de bajo grado.
- Anormalidad significativa en la muestra endocervical.
- Sospecha de neoplasia glandular.

La conización puede tener fines tanto diagnósticos como terapéuticos, en la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado de Guerrero, se realiza este procedimiento excisional (conización con asa diatermia), con dos finalidades, considerando el siguiente:

4.1. FLUJOGRAMA



5.- TECNICA

El 18 de Marzo de 1994, fecha en que se inicia en la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología en el Estado el primer procedimiento quirúrgico excisional con asa diatermia (cono con asa). A partir de entonces se lleva acabo dicho procedimiento con buenos resultados hasta la actualidad., Se realizan 2 técnicas para obtención de cono a)- técnica con bisturi o cono frío. b)- cono con asa diatermia.

CONO CON ASA DIATERMIA

Debemos de contar con previo examen hematológico con resultados en cifras dentro de lo normal para su programación con la finalidad de prever riesgos en el acto quirúrgico así como anestésico, cuando la paciente cuenta con una enfermedad sistémica, metabólica o cardiovascular se solicita valoración de la especialidad que requiera.

Se practica en el quirofano con todas las medidas de asepsia y antisepsia, bajo anestesia a elección, posición ginecológica, colocación de campos estériles, se coloca retractor lateral y espejo vaginal de polipropileno (material no conductor de electricidad), conectado previamente a un aspirador o extractor de humo a travez de una cánula del mismo material, se localiza la zona de transformación por medio del ténido de solución yodada (yodo lugol) ó con solución de ácido acético al 5 %, Se procede al pinzamiento del cuello con pinza de Pozzil a nivel de las 12 (según caratula del reloj) se ejerce ligera tracción, para infiltrar un vasoconstrictor (previamente preparado., 2 décimas de epinefrina o adrenalina diluidas en 9 cm de solución fisiológica) a nivel de los 4 cuadrantes, con la finalidad de cohibir sangrado, se procede a realizar la excisión primeramente con asa grande conectada a un electrodo y una fuente de electrocauterio (en el centro se cuenta con un equipo FORCE 2 VALLEY LAB.) realizándose un poder máximo en el corte de 55 Watts (blend 1) hasta la eliminación de la zona de transformación, posteriormente con un asa pequeña se realiza excisión en cono a nivel del canal endocervical, procediéndose posteriormente a la coagulación con un electrodo roma, utilizándose un poder máximo de 35 Watts (blend 1), se verifica previamente la hemostasia y en caso de no ser satisfactoria, se termina con puntos simples en "U" hemostáticos o con plastia de los bordes con puntos de Stundorf.

La observación de las pacientes es de 24 hrs. en hospitalización con manejo de antibióticos sobre todo para evitar cierto riesgo de infección (por causa endo-exo o heterogena), verificación de sangrado inmediato o mediato, se valora su egreso a las 24 hrs. Si no existen complicaciones, para continuar su control posterior en la Clínica de Lesiones Tempranas.

Existen dos variedades de cono: a).- El cono largo que se utiliza más frecuentemente, con finalidades diagnósticas practicada sobre rodó en mujeres en las cuales su paridad es completa, en exclusiva en la variedad de cono frío.

b).- El cono corto que se práctica en mujeres jóvenes, teniendo un valor terapéutico, ya que este nos permite conservar la integridad de el orificio cervical interno y de esta manera se excluye la posibilidad de ocasionar una complicación como la incompetencia ístmico cervical, está variedad se efectúa con asa diatermia.

6.- MATERIAL Y METODOS

Se realiza el análisis retrospectivo con seguimiento de la conización con asa diatermia efectuado en la Clínica de Lesiones Tempranas del Centro de Cancrología del Estado de Guerrero. " Dr. Arturo Beltrán Ortega, A.C." en el periodo comprendido del 18 de Marzo de 1994 al 15 de mayo de 1996, con la finalidad de evaluar su utilidad, como método diagnóstico y terapéutico, practicándose 34 conizaciones con asa diatermia.

CRITERIOS

6.1. INCLUSION:

Pacientes que fueron seleccionadas en la Clínica de Lesiones Tempranas para realizarles conización con asa diatermia fueron:

- La lesión y/o la zona de transformación se extiende hacia el canal endocervical, más allá de la visión colposcópica.
- Cualquier sospecha citológica, colposcópica o histológica de cáncer invasor.
- Citología severamente anormal a repetición, sugiriendo una neoplasia de alto grado en ausencia de anomalía colposcópica.
- Discrepancia entre la predicción citológica de enfermedad cervical de alto grado y detección en la histología dirigida por colposcopia de lesión de bajo grado.
- Anormalidad significativa en la muestra endocervical.
- Sospecha de neoplasia glandular.

4.2. EXCLUSION:

Toda aquella paciente que llegó a contar con cualquier antecedente como:

- Resultado histopatológico con legrado endocervical positivo.
- Cervix tendiente a cupularizarse.
- Cervix completamente cupularizado.
- Prolapso uterino total.
- Probable carcinoma micro invasor.
- Probable carcinoma invasor.
- Paciente nulíparas.
- Pacientes embarazadas.

4.3. VARIABLES ANALIZADAS:

- | | |
|---|-------------------------------|
| • Edad | • Resultado colposcópico |
| • Menarca | • Resultado citológico CCE |
| • Inicio de vida sexual activa | • Resultado biopsia CCE |
| • Num. compañeros sexuales | • Diagnóstico pre-quirúrgico |
| • Gestaciones | • Morbilidad |
| • Número de partos | • Resultado del cono |
| • Edad de primer parto | • Control citológico |
| • Factores de riesgos (tabaquismo hormonal y oncológicos) | • Edad de LIE alto-bajo grado |
| • Pap-biopsia (FCCE) | • Correlación diagnóstica. |

7.- RESULTADOS

Del siguiente estudio llevado a cabo en la Clínica del Lesiones Tempranas del Centro de Cancerología del Estado de Guerrero, " Dr. Arturo Beltrán Ortega, A.C. "

El presente análisis comprende 26 de meses, Del 18 de Marzo de 1994 al 15 de mayo de 1995, teniéndose una captación de 34 pacientes con un papanicolaou anormal de envió sometiéndolas a citología, colposcopia e histología para obtener un diagnóstico con mayor precisión y someterlas a cirugía conservadora, conización terapéutica o a conización diagnóstica con el método de asa diatermia, obteniéndose los resultados que a continuación se detallan.

GRUPO DE EDAD:

Rubro importante dentro del presente estudio, donde se observó que 14 pacientes (41.1 %) en la edad de 30-34 años., siguiendo el grupo de 6 pacientes (17.6 %) entre los 35-39 años., 5 pacientes (14.7 %) entre los 20-24 años., 4 pacientes (11.8 %) de 25-29 años., 3 pacientes (8.9 %) entre 45-49 años., 2 pacientes (5.9 %) entre los 40-44 años.

Siendo la de menor edad de 21 años y la de mayor edad de 46 años., Teniéndose una edad media de 34.5. años (Figura 1)

MENARCA:

La aparición de la primera menstruación ha sido de gran interés en todas las patologías ginecológicas, por lo que este parámetro no lo podríamos pasar por alto en esta investigación., Teniéndose en cuenta como parámetro de edad entre los 10 a 15 y mas años, observándose que en 23 pacientes (67.6 %) entre los 13 y 14 años se presentó su menarca, siguiendo 6 pacientes (17.8 %) entre los 10-12 años., Y 5 pacientes (14.7 %) en el rubro de 15 y más años., Obteniéndose una edad media de 12.5 años (figura 2).

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:

Otro agente importante como factor de riesgo del cáncer cervicouterino es el inicio de la vida sexual, donde se presentó más frecuentemente entre los 15-19 años en 25 pacientes (73.5 %). Siguiendo el grupo de 12 a 14 años 7 pacientes (20.5%), y de 20 a 24 años 1 paciente (3.0%), 25 años y más 1 paciente (3.0%), teniéndose una edad media de 19 años (figura 3)-

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES:

Teniéndose en cuenta que la promiscuidad es el factor de mayor relevancia dentro de las enfermedades de transmisión sexual., el número de compañeros sexuales los refieren en la gran mayoría como uno solo en 24 casos (70.5%), siguiéndole dos compañeros sexuales en 7 casos (20.6%), y por último tres ó más compañeros (8.9%) en 3 pacientes (figura 4).

GESTACIONES:

La multiparidad sigue contemplándose en la actualidad como factor de riesgo en las neoplasias, mencionando que (50.0%) se apreció entre 3-4 gestas las que correspondieron a 17 pacientes., En el grupo de 5 ó más gestaciones se encontraron que 14 pacientes arrojaron un porcentaje de (41.1%), y por último 3 pacientes (8.9%) fueron de 1 a 2 gestaciones., Obteniéndose como media 3 gestaciones (figura 5).

NUMERO DE PARTOS:

Siendo este un importante antecedente obstétrico y a la vez contemplado como factor de riesgo para las displasias., Se obtuvo el siguiente resultado: 19 pacientes (55.9%) de 4 ó más partos., 14 pacientes entre 2-3 partos (41.1 %), y una sola paciente con un parto (3.0. %), obteniéndose una media de 2.5 partos (figura 6).

EDAD DEL PRIMER PARTO:

La contemplación de que a menor edad se llegue a tener el primer parto, prevalece en la actualidad como riesgo para las neoplasias, en el siguiente parámetro se encontró que 22 pacientes (64.7 %) entraron en el rango de edad de 15 a 19 años., 9 pacientes (26.4%) entre 20 y 24 años 2 pacientes (5.9%) menos de 14 años., 1 paciente (3.0%) de 25 a 29 años.

Siendo la de menor edad de 14 años y la de mayor edad de 25 años, teniendo una media de edad de 16.5 años (figura 7).

FACTORES DE RIESGO:

Se tomaron en cuenta 3 antecedentes exógenos de mayor predisposición al cáncer cervicouterino.

- a).- **HORMONALES:** De las 34 pacientes estudiadas 19 de ellas (55.9%) fueron usuarias de hormonales orales y parenterales.
- b).- **ANTECEDENTES ONCOLOGICOS:** 6 pacientes (17.7%) con el presente antecedente.
- c).- **TABAQUISMO:** Del total de pacientes estudiadas, 9 pacientes (26.4%) contaron con este antecedente (figura 8).

PAPANICOLAOU Y BIOPSIA FUERA DEL CENTRO DE CANCEROLOGIA DEL ESTADO (FCCE).

Son indispensables los servicios de apoyo sobre todo fuera del Centro de Cancerología, esto con la finalidad de poder lograr y a la vez obtener la captación de pacientes y así poderlas enviar con resultados anormales a la Clínica de Lesiones Tempranas., por tal motivo los papanicolaou y las biopsias de envío fueron: 14 pacientes (41.1%) para NIC III., 14 pacientes (41.1%) para NIC II., y 5 pacientes (14.8%) para NIC I., solo una paciente (3.0%) con un reporte de IVPH (figura 9).

COLPOSCOPIA:

Método de diagnóstico moderno en la actualidad y de gran apoyo para este tipo de estudio, en lo que se tuvo gran certeza colposcópica, en 33 pacientes (97.0%) con resultado satisfactorio ésta sobre todo por visualización incompleta de la zona de transformación., 14 pacientes (41.1%) con una colposcopia grado II., 13 pacientes (38.2%) con una colposcopia grado Y., 6 pacientes (17.7%) con un resultado colposcópico grado III., y 1 paciente (3.0%) con una colposcopia correspondiente a un cáncer *in situ.*, se realizaron 13 legrados endocervicales (38.2%) sobre todo para descartar una lesión intraepitelial en el canal endocervical, realizada sobre todo en los grados colposcópicos II-III (figura 10).

CITOLOGIA DEL CENTRO DE CANCEROLOGIA DEL ESTADO (cee).

Estudio indispensable en toda paciente vista de primera vez, en este servicio de Lesiones Tempranas, donde 12 pacientes (35.2%) resultaron con IVPH., 11 pacientes (32.3%) con resultado de NIC III., 8 pacientes (23.6%) con resultado de NIC II., 1 paciente (3.0%) con resultado de NIC Y., y 2 pacientes se catalogaron con el término de OTROS, esto debido a muestras no satisfactorias, epitelio normal y cervicitis crónica inespecífica (figura 11).

RESULTADO DE BIOPSIA DEL CENTRO DE CANCEROLOGIA DEL ESTADO (CCE).

Servicio de gran apoyo para dar un mayor porcentaje al diagnóstico, en el que se observaron 10 pacientes (29.5%) contempladas con el parámetro de Otros., 8 pacientes (23.5%) con resultado de NIC II., 8 pacientes (23.5%) con resultado de NIC III., y 8 pacientes (23.5%) con resultado de IVPH (figura 12).

DIAGNOSTICO PRE-QUIRURGICO:

Parámetro de gran importancia para la toma de decisión en todos los casos de la presente investigación, donde 20 pacientes (58.8%) se capturaron con el diagnóstico de Discrepancia., 13 pacientes (3.0%) con cáncer microinvasor (figura 13).

MORBILIDAD:

La morbilidad fue contemplada dentro de riesgo quirúrgico, sangrado profuso y riesgo anestésico. Observándose que 12 pacientes (35.2%) con sangrado menos de 10 ml. , 10 pacientes (29.4%) con un sangrado de 10 a 20 ml. , 3 pacientes (8.9%) con un sangrado de 20 a 30 ml, 2 pacientes (5.9%) con un sangrado de 30 a 40 ml. 3 pacientes (8.9%) con un sangrado de 40 a 50 ml. y 4 pacientes (11.7%) con un sangrado mayor de 50 ml.

Cabe mencionar que de las 34 pacientes estudiadas, 1 paciente (3.0%) curso con depresión respiratoria transitoria en el trans-operatorio, y a 4 pacientes de las 34 estudiadas (11.7%) debido al sangrado profuso presentado que fue mayor de 50 mililitros, sobre todo en el post-quirúrgico mediato se tubo que realizar hemostasia con puntos de Stundorf. La morbilidad se presentó en un promedio de edad de 30 años (figura 14).

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DEL CONO:

De gran interés como diagnóstico final en la presente investigación para poder así determinar una continuidad, control y definidad del tratamiento. En lo que 12 pacientes (35.2%) hubo reporte al IVPH., 10 pacientes (29.4%) se reportaron con NIC III más IVPH., 6 pacientes (17.6%) con reporte de extensión glandular en bordes quirúrgicos., 5 pacientes (18.8%) con reporte de NIC II más IVPH., 1 paciente (3.0%) con cervicitis crónica inespecífica.

Es de precisión mencionar que 3 pacientes (8.8%) de las 6 contempladas en el rubro de extensión glandular, no acudieron a la programación quirúrgica complementaria (HITA) en virtud de que 2 pacientes eran derecho habientes al IMSS y una no acudió a la programación (figura 15).

CONTROL CITOLOGICO POST-CONO:

En base al control de las pacientes llevado a cabo en Clínica de Lesiones Tempranas y tomadas en cuenta en el presente estudio, se aprecia el alto porcentaje de resolución sobre todo tomando en base el resultado del papanicolau de envío, es así que las 14 pacientes (41.1%) tuvieron un resultado de alteración inflamatoria inespecífica, 3 pacientes con un reporte de Infección del virus del papiloma humano (8.9%), y el resto de las pacientes que son 17 (50.0%) no acudieron a control, estos resultados se obtuvieron a los 3 primeros meses del control post-cono.

A los 6 meses de control se tuvieron que 14 pacientes (41.1%) con resultados de alteración inflamatoria inespecífica, 2 pacientes (5.9%) con reporte de infección del virus del papiloma humano, 1 paciente (3.0%) de carcinoma in situ, el resto que fueron 17 pacientes (50.0%) no acudieron a control.

A los 9 meses, se obtuvieron 7 pacientes (23.6%) con resultado de alteración inflamatoria inespecífica, 27 pacientes (79.4%) no acudieron a control.

A los 12 meses se tuvieron 8 pacientes (23.6%) con resultados correspondientes a alteración inflamatoria inespecífica, No acudieron 26 pacientes (76.4%) a control.

A los 24 meses ninguna paciente acudió a control citológico post-cono, tomándose en cuenta de la falta de interés e importancia del problema con que cuentan las pacientes nos atrevimos a pensar el hecho de que no acudieron es por que la población que se manejó en el presente estudio es de estrato socio-económico y cultural bajo, la misma idiosincrasia de nuestras pacientes y como factor más importante la falta de concientización e interés de nuestras pacientes de la enfermedad considerada en la última década como maligna de la que la porta. (figura 16).

EDAD PREVALENTE DE LESION INTRAEPITELIAL (LEI) BAJO Y ALTO GRADO

Epidemiológicamente es importante sobre todo en la presente investigación para el apego de estadísticas ya establecidas, El resultado histológico de la pieza quirúrgica (cono con asa) fue de suma importancia para poder establecer con precisión este rubro, donde la edad de mayor prevalencia en las lesiones intraepiteliales de alto grado fue de 10 pacientes (29.4%) osciló en la edad de 10-34 años., Siguiendo 4 pacientes (11.7%) de 25-29 años., 3 pacientes (8.8%) de 35-39 años., 2 pacientes (5.9%) de 20-24 años. 1 paciente (3.0%) de 40-44 años., y 1 paciente (3.0%) de 45-49 años-

En las lesiones intraepiteliales de bajo grado, 4 pacientes (11.7%) eran de 30-34 años., 3 pacientes (8.8%) de 20-24 años., 3 pacientes (8.8%) de 35-30 años ., 2 pacientes (5.9%) de 45-49 años., y 1 paciente (3.0%) de 40-44 años-

La de menor edad en la LIE₂ de alto grado fue de 21 años siendo así la de mayor edad de 45 años., La de menor edad en la LIE de bajo grado fue de 22 años y la mayor edad fue de 45 años, obteniéndose un promedio de edad de 34.5 años para ambos grados (figura 17).

8.- CONCLUSIONES

En la actualidad es generalmente aceptado que la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o carcinoma in situ (CIS), tienen un significado potencial de invasión. Evidencias epidemiológicas y experimentales indican que el carcinoma invasor de células escamosas del cervix, se desarrolla de lesiones precursoras con cambios representativos del epitelio que varían de las formas bien diferenciadas hasta de las poco diferenciadas.

El adelanto de las técnicas de evaluación de las lesiones de la NIC en el cervix, por medio de citología, colposcopia, biopsia y legrado endocervical, han llevado recientemente hacia tratamientos conservadores no quirúrgicos como son los efectuados con el asa diatermia.

Las 34 pacientes analizadas en el presente estudio, presentaban un resultado citológico anormal, y fueron sometidas a un interrogatorio previo, para conocer antecedentes de riesgo mencionados anteriormente, realizándoseles una tona citológica a su ingreso, un exhaustivo estudio colposcópico previo efectuado previa aplicación con solución de ácido acético al 5 % recurriéndose también a la solución iodada de lugol en algunos casos, posteriormente se practicó una tona de biopsia de tejido sospechoso, y a legrado endocervical sobre todo cuando se tenía la sospecha de un lesión en el interior del canal endocervical.

Para el tratamiento se utilizó un equipo de electrocauterio con asa diatermia. El tipo de tratamiento que se efectuó en todos los casos, fue la extirpación de un cono de cervix con la utilización de asa diatermia que para tal efecto se encuentra en la unidad de colposcopia del propio Centro de Cancerología.

El procedimiento excisional se llevó a cabo en el área de quirófano, en todos los casos la técnica anestésica que se efectuó, fue la de general endovenosa, presentándose una complicación anestésica por depresión respiratoria durante el trans-operatorio complicándose con sangrado al realizar el cono con asa diatermia que a la vez requirió realizar hemostasia con puntos de Stundorf, tres pacientes presentaron sangrado en el post-quirúrgico mediato sometiendo de nueva cuenta a realizar hemostasia de los bordes con técnica de Stundorf, el resto del grupo no presentó ninguna complicación.

La morbilidad ha sido mínima ocurrida en cuatro casos tanto en eventos trans-quirúrgicos como post-quirúrgico lo que ameritó plastia de los bordes, la morbilidad que se reporta en el presente estudio esta adherida en las revisiones bibliográficas con la misma frecuencia 8% (3).

Definitivamente, posterior a la revisión de las 34 pacientes, estamos de acuerdo con la bibliografía en cuanto a la zona de transformación anormal, que es el punto débil del cervix y por lo mismo el asiento de la neoplasia intraepitelial, por lo que su estudio debe ser exhaustivo y en caso de que esta porción se encuentre afectada por una neoplasia, es fundamental la destrucción total de la misma, con un seguimiento posterior, sistemático y de buena calidad, descartando las recidivas y de haberlas, de tectarlas y tratarlas lo mas temprano posible.

Consideré conveniente realizar el presente estudio, ya que juega un papel importante como procedimiento diagnóstico y terapéutico a la vez de las neoplasias cervicales.

9.- DISCUSION

A más de un siglo Fluhman denominó al cáncer como " El asesino maligno número uno de la paciente ginecológica " aceptándose a la fecha dicho axioma.

- Su frecuencia en relación a otras neoplasias (endometrio, ovario y mama) ha disminuido en países desarrollados en los últimos años, esto se ha debido a la amplia difusión alcanzada con las nuevas técnicas de diagnóstico precoz (colposcopia y citología) y la terapéutica de las lesiones pre-neoplásicas, no así en los países en vías de desarrollo como el nuestro, donde continúa siendo una auténtica " plaga " en la población femenina donde ocupa el primer lugar.
- En la última década, las nuevas modalidades terapéuticas que se han venido empleando y que dentro de estas se encuentra la excisión con asa diatermia, motivo de la presente investigación, en donde deben cumplirse ciertos requisitos para su procedimiento, los que se han venido señalando en el transcurso del presente estudio con la finalidad de evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la paciente..
- Se debe de realizar una conización con asa diatermia en medios de enseñanza siempre y cuando éste procedimiento sea supervisado por un Médico Experimentado
- Remarcar al equipo involucrado, el orientar y concientizar a las pacientes de la importancia de la patología portadora con un seguimiento mínimo de 24 meses, con apoyo de la unidad de trabajo social y de enfermería en el registro de su asistencia.
- Reuniones periódicas con el equipo interinstitucional en la lucha contra las neoplasias, con la finalidad de verificar el progreso o el retraso, y poder analizar ciertas alternativas que en conjunto formen mejores perspectivas.

ANEXOS

ANEXO I.

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES ESTUDIADAS

NUM. EXP. _____

FECHA: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ MENARCA: _____ I.V.S.A. _____ C.S. _____

GESTA: _____ PARA: _____ ABORTOS: _____ CESAREAS: _____

PRIM.PARTO: _____ ULTIMO PARTO: _____ FUM: _____

ADMINISTRACION DE HORMONALES: _____

A. ONCOLOGICOS: _____ A.OX: _____

A. TRANSF: _____ A. ALERG: _____ TAB: _____

PAP FCCE: _____

BIOPSIA FCCE: _____

COLPOSCOPIA: STASF: _____ INSATISF: _____ VITZ: _____

LICE: _____ GRADO: _____ ADICIONAL: _____

CITOLOGIA CCE: _____

BIOPSIA CCE: _____

DIAG. PRE-OX: _____

MORBILIDAD: _____

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DEL CONO: _____

CONTROL: 3 MESES: _____ 6 MESES: _____ 9 MESES: _____

12 MESES: _____ 24 MESES: _____

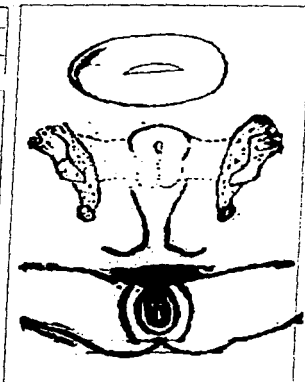
ANEXO II.

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS CON CITOLOGIA ANORMAL
DE ENVIO Y FACTORES DE RIESGO

CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS

				No. _____
NOMBRE _____		EDAD _____	MENARCA _____	VSA _____
CS _____	G _____	P _____	A _____	C _____
PP _____	UP _____	FUR _____		
HORMONALES _____				
PRIMERA VEZ _____				
PAP FCCE. _____				
BIOPSIA FCCE. _____				
EXPLORACION:				
1.- VULVA	_____	_____	_____	_____
2.- VAGINA	_____	_____	_____	_____
3.- CERVIX	_____	_____	_____	_____
4.- UTERO	_____	_____	_____	_____
5.- ANEXOS	_____	_____	_____	_____
COLPOSCOPIA: SAT _____				
INSAT _____				
VIZT _____				
LICE _____				
RESULTADO				
PAP	_____	_____	_____	_____
BIOPSIA	_____	_____	_____	_____
LEC	_____	_____	_____	_____
CULTIVO	_____	_____	_____	_____
HPV	_____	_____	_____	_____
TRATAMIENTO				
PAREJA _____				
ANDROSCOPIA: _____				

PAP _____				
BIOPSIA _____				
HPV _____				
TRATAMIENTO _____				



HOJA FRONTAL

ANEXO III.
FORMATO PARA EL ESTUDIO CITOLOGICO

Centro de Cancerología del Estado de Guerrero
" Dr. Arturo Beltrán Ortega, A. C. "

ESTUDIO CITOLOGICO

No. _____

Nombre _____ Exp. No _____

Edad _____ Fecha _____ Tomada por el Dr. _____

Producto : Vaginal Cervical Endocervical Endometrial Cav. adhominal
Cav. Pleural Hidrocele

Diagnóstico Clínico _____

Descripción Celular _____

Flora Bacteriana _____ Citolisis: _____ Sangre: _____

Necrosis: _____ Reacción inflamatoria: _____ Hongos: _____

Tricomonas: _____ Amibas: _____ Aftipias celulares: _____

Impresión hormonal: _____

Diagnóstico Citológico: _____

Fecha _____ Dr. _____

ANEXO IV.

FORMATO PARA EL ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

*Centro de Cancerología del Estado de Guerrero
" Dr. Arturo Beltrán Ortega, A. C."*

SOLICITUD DE ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS

Nombre _____ Expediente _____

Edad _____ Sexo _____ Externo _____ Interno _____ Cama _____

Pieza Remitida _____

Datos Clínicos _____

Diagnóstico Clínico _____

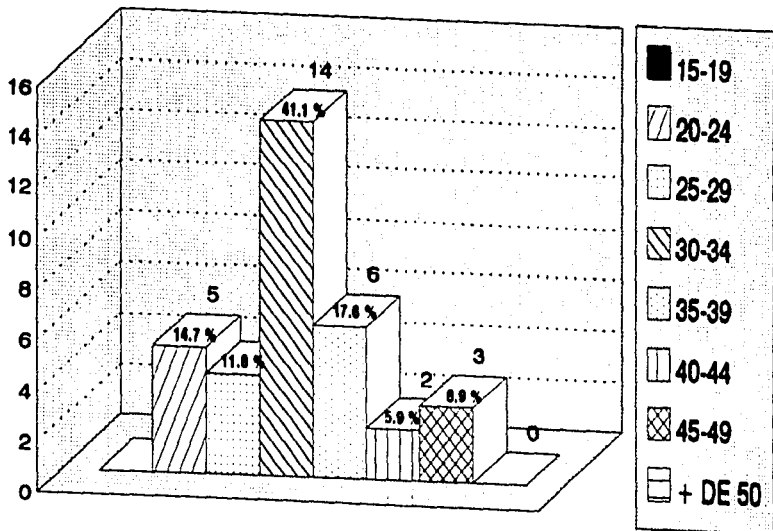
Estudios Histopatológicos anteriores _____

Solicitado por _____ Fecha _____

Nota. Dicha solicitud debe ser llenada debidamente para facilitar el estudio y evitar pérdidas de tiempo en la obtención de datos.

ANEXO V.
GRAFICAS

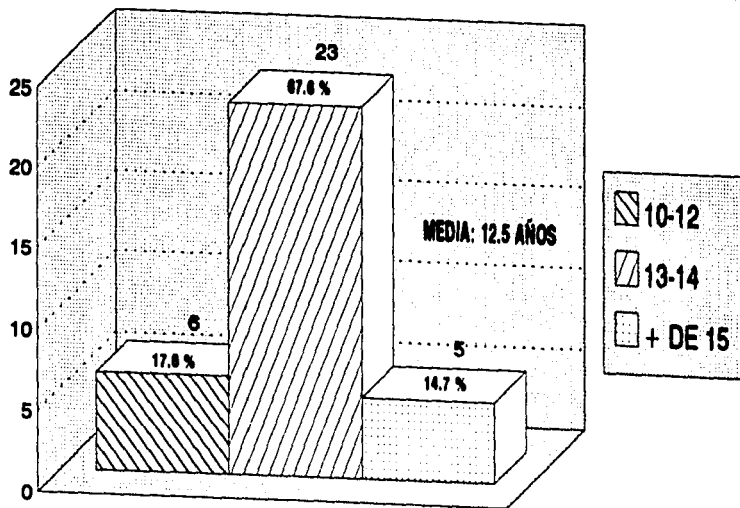
INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 1

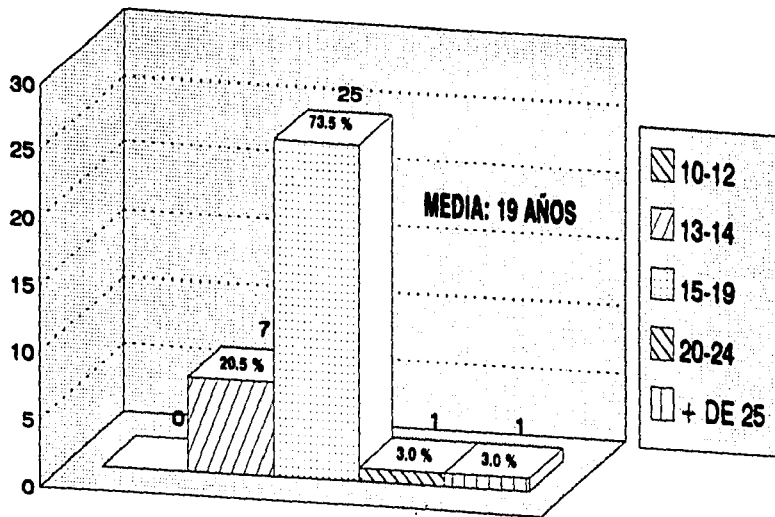
MENARCA



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 2

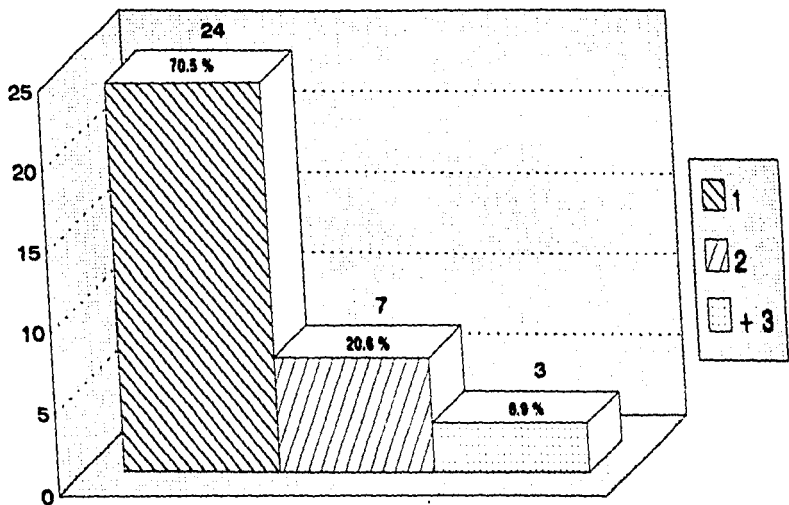
I.V.S.A.



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 3

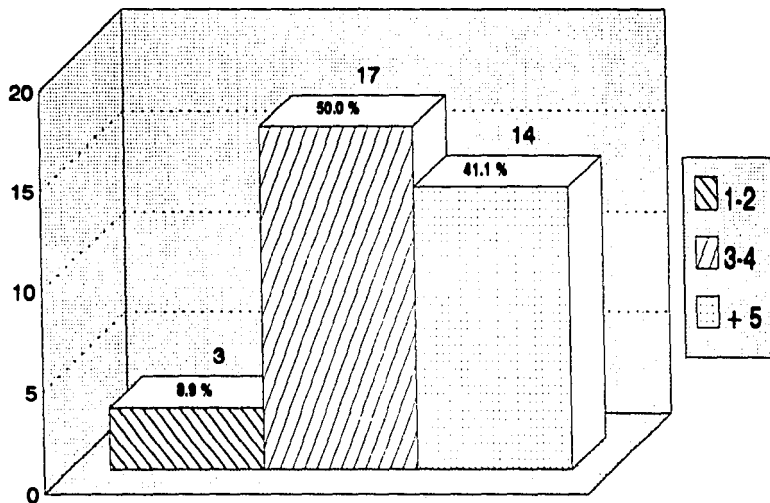
NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 4

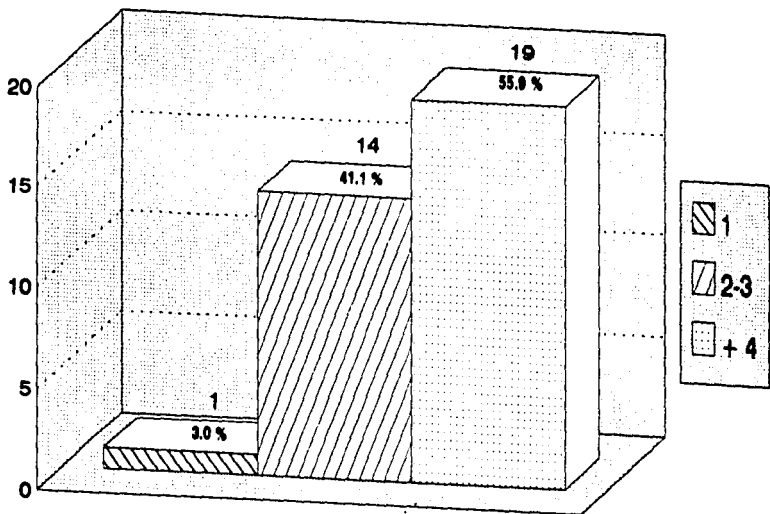
GESTACIONES



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 5

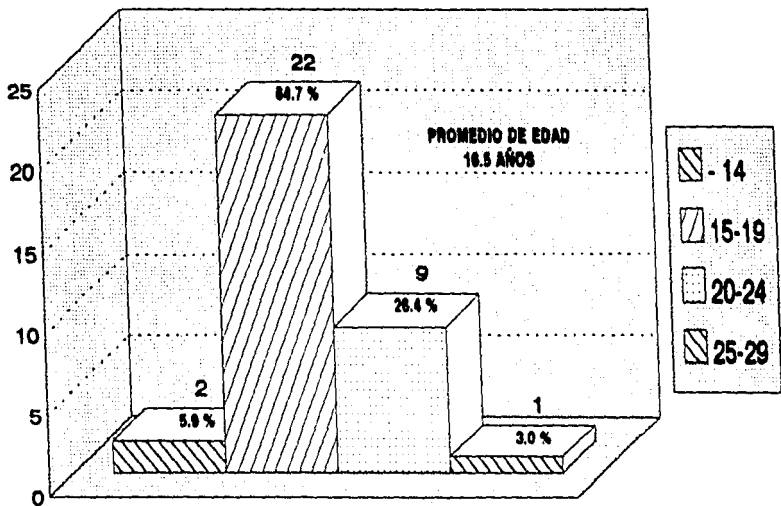
PARTOS



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 6

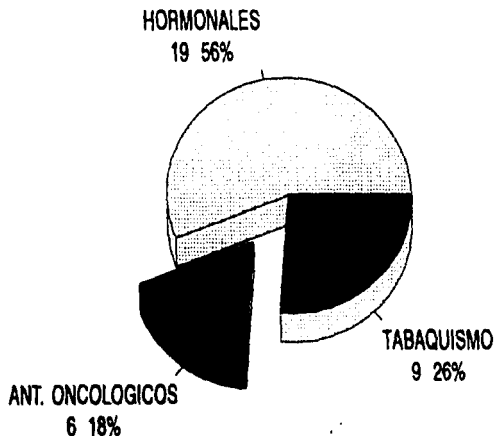
EDAD DE PRIMER PARTO



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 7

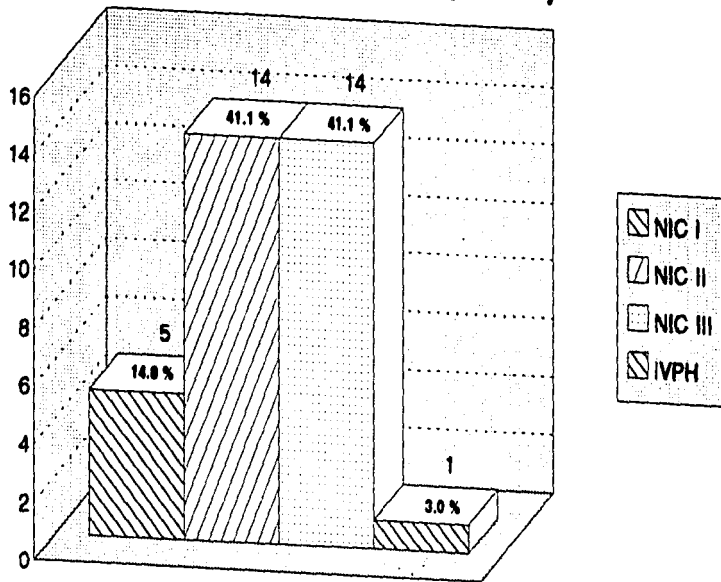
FACTORES DE RIESGO



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 8

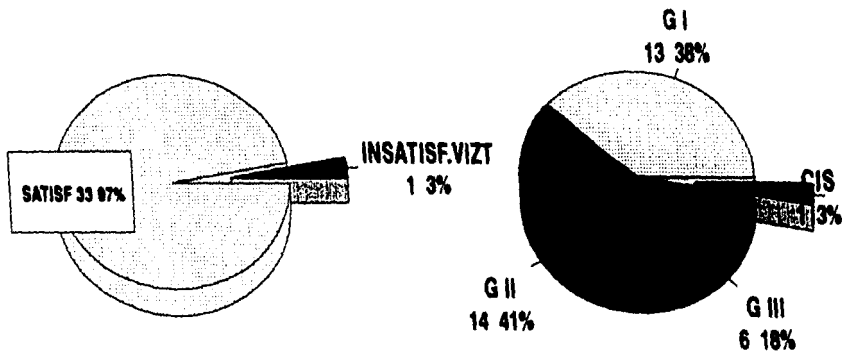
PAP-BIOPSIA (FCCE)



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 9

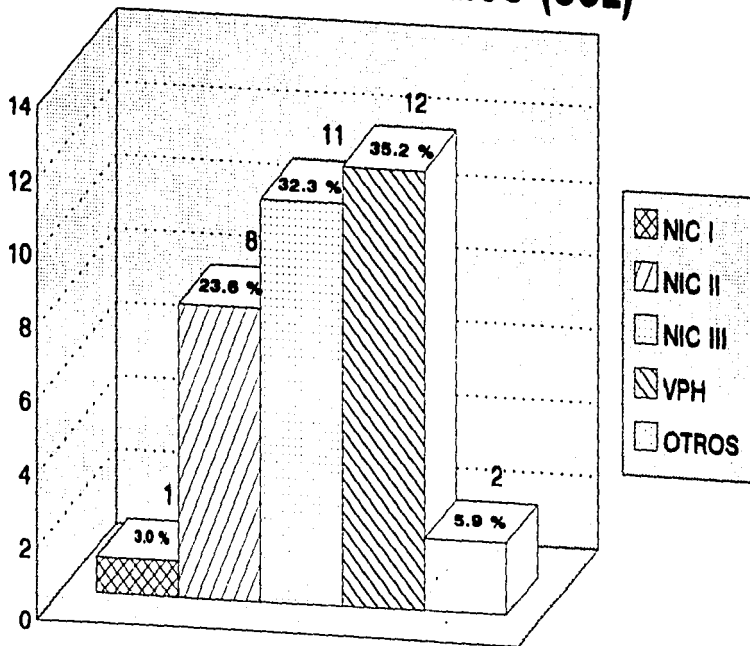
RESULTADO COLPOSCOPICO



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 10

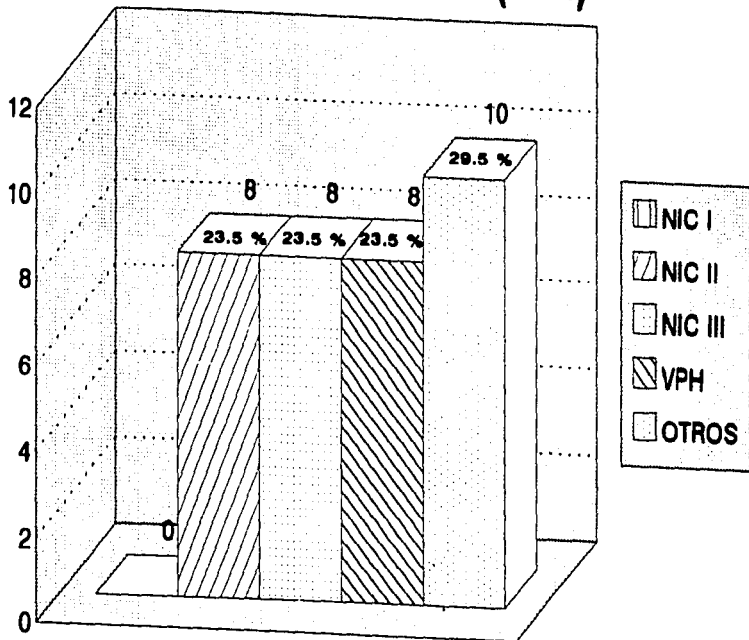
RESULTADO CITOLOGICO (CCE)



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 11

RESULTADO BIOPSIA (CCE)

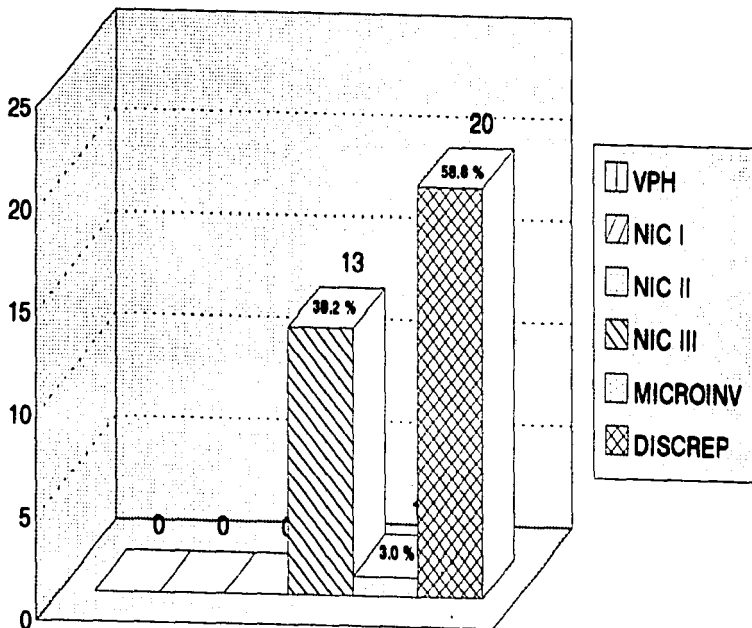


FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

OTROS: MUESTRA NO SATISFATORIA, EPITELIO NORMAL, CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA

FIGURA 12

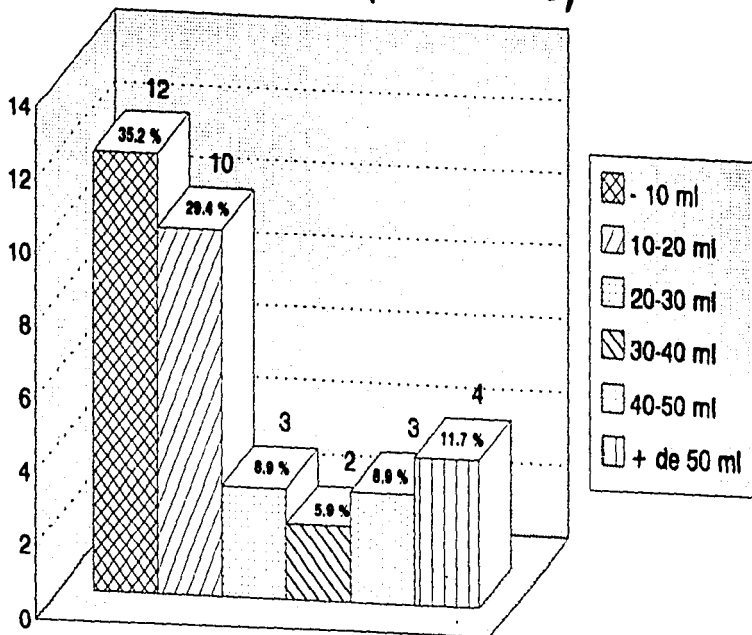
DIAGNOSTICO PRE-QUIRURGICO



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 13

MORBILIDAD (SANGRADO)



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE
 NOTA: 4 PACIENTES REQUIRIERON HEMOSTASIA CON PUNTOS STUMDURF
 1 PACIENTE CON DEPRESION RESP. TRANSITORIA

FIGURA 14

RESULTADO HISTOLOGICO (CONO C/ASA)

CONO C/ASA	No. DE PACIENTES	%	VPH
NIC II	5	14.8	5
NIC III	10	29.4	4
MICROINVASOR	0	—	
EXT. GLANDULAR	6	17.6	
VPH	12	35.2	
HISTERECTOMIAS	3	8.8	
CERVICITIS	1	3.0	

FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

NOTA: 3 PACIENTES CON RESULT. EXT. GLAND. (2 IMSS-1 NO ACUDIO)

FIGURA 15

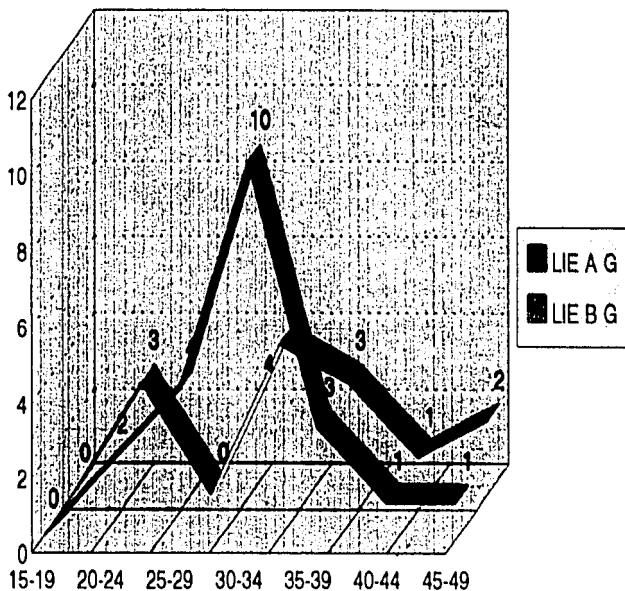
CONTROL CITOLOGICO POST-CONO

CONTROL	A II	VPH	NO ACUDIERON	CIS	TOTAL
3 MESES	14 (41.1%)	3 (8.9%)	17 (50.0%)		17
6 MESES	14 (41.1%)	2 (5.9%)	17 (50.0%)	1 (3.0%)	17
9 MESES	7 (20.5%)		27 (79.4%)		7
12 MESES	8 (23.6%)		26 (76.4%)		8
24 MESES					

FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 16

EDAD DE PREVALENCIA DE LIE BAJO-ALTO GRADO



FUENTE: CLINICA DE LESIONES TEMPRANAS. CCE

FIGURA 17

BIBLIOGRAFIA

1. Lascano P, EC y col: Cáncer de cuello uterino. Una perspectiva histórica. *Ginec obst méx.* 1994; 62: 40-47.
2. *Colposcopia Moderna un enfoque práctico*, primera edición México: Editor Michael J. Campion M. D., Daron G. Ferris M.D., Fernando B., Guijón M.D. Educational Systems Inc. Augusta Georgia 1991; 138, 139, 225-227.
3. Cisneros CT, Tenorio GF, Torres TR y col. Programa Nacional de prevención y control del Cáncer Cervicovaginal y mamario. Secretaría de salud, dirección general de medicina preventiva. 1992; 37 - 43
4. *Principle and Practice of Oncology*, 3rd edition: Devita VT. 1990, 77-81.
5. *Principles and practice of Radiation Oncology*, 4a. edition Perez CA. 1992; 143-147.
6. Tenorio GF, Torres TR y con: *Informe en la prevención y control del cáncer uterino* Dirección general de medicina preventiva de la Secretaría de Salubridad y asistencia. 1990, 19-26.
7. Castilleja SG, *Monografía de divulgación científica, Historia Natural del Cáncer del Cuello Uterino*. D.G.E.S. 1994; 7-11.
8. *Registro Nacional del Cáncer*, Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia México. 1989; 3-6
9. *Tratado de Ginecología de Novak*, 11a edición, México: Editor H.W. Jones III, A.C. Wentz, L.s. Burnett. de. interamericana. 571-599.
10. *Colposcopia y Patología del tracto genital inferior*, primera edición México: editoria panamericana: editor Giuseppe de palo 1991; 251-271.
11. *Cáncer Cervicovaginal y Lesiones premalignas*, primera edición México: Editor César Santiago Pinoda 1992; 109-112.
12. Trejo S.O. y col: Neoplasia intraepitelial III, tratada Asa diatermia, seguimiento Citológico, Colposcópico e histológico. *Ginec Obst Méx* 1994; 62: 113-116.