

11217  
90  
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA

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

EFICACIA TERAPEUTICA EXCISIONAL Y DE SEGURIDAD DE LAS LESIONES  
INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE CERVIX CON RADIOCIRUGIA.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL

DR. LUCIANO LUCAS | ARCADIO

PARA OBTENER TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO  
COORDINADOR DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION

257679  
DR. CARLOS MENESES CAMPOS  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. HECTOR MARTADO REYNA  
PROFESOR TITULAR  
DEL CURSO DE POSTGRADO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NOV. 9 1990  
COORDINACION DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

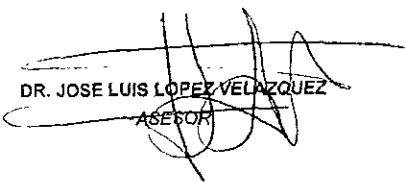
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

**AUTOR: DR. LUCIANO LUCAS ARCADIO**

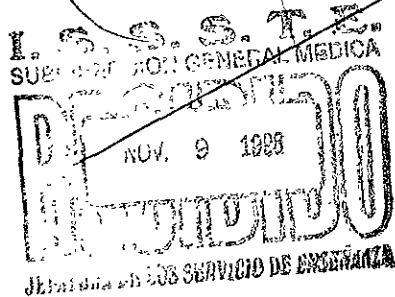
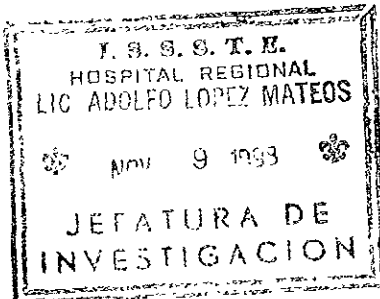
**DOMICILIO: CALLE VICENTE GUERRERO No. 33  
COL. CENTRO  
TLAPEHUALA, GRO.  
C.P. 40600  
TEL: 01767-30267**

  
**DR. JOSE LUIS LOPEZ VELAZQUEZ**  
ASESOR

  
**DR. RAUL BARRETO VILLANUEVA**  
VOCAL DE INVESTIGACION

  
**M.en C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ**  
JEFE DE INVESTIGACION

  
**DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA**  
JEFE DE ENSEÑANZA



## INDICE

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1.- RESUMEN.....            | 1  |
| 2.- INTRODUCCION.....       | 3  |
| 3.- MATERIAL Y METODOS..... | 5  |
| 4.- RESULTADOS.....         | 7  |
| 5.- DISCUSION.....          | 12 |
| 6.- CONCLUSIONES.....       | 13 |
| 7.- BIBLIOGRAFIA.....       | 18 |

## **LA EFICACIA TERAPÉUTICA EXCISIONAL Y DE SEGURIDAD DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE CÉRVIX CON RADIOCIRUGÍA.**

### **RESUMEN**

**OBJETIVO:** REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA CONIZACIÓN CERVICAL CON RADIOCIRUGÍA Y CONOCER LA EFICACIA EXCISIONAL.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** SE REALIZÓ UN ESTUDIO LONGITUDINAL, RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO, EN EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL LIC. A. LÓPEZ MATEOS-ISSSTE, EN MÉXICO D.F, ENTRE MARZO DE 1996 HASTA SEPTIEMBRE DE 1998. SE ESTUDIARON 50 PACIENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES DE ASCUS, BAJO Y ALTO GRADO, A LAS CUALES SE LES REALIZÓ COMO CERVICAL CON RADIOCIRUGÍA, CON UN SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS. EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO INCLUYÓ DETERMINACIÓN DE T DE STUDENT, CON SIGNIFICANCIA ESTADISTICA DE  $P < 0.05$ .

**RESULTADOS:** LA EDAD MEDIA DE LAS PACIENTES FUE DE 40.7 AÑOS. HUBO 23 PACIENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO, 22 DE ALTO GRADO, UNA CON ASCUS Y 4 SIN ALTERACIONES POR PATOLOGÍA. A TRES PACIENTES SE LES REALIZÓ HISTERECTOMÍA(CÁNCER MICROINVASOR, MIOMATOSIS UTERINA Y CISTOCELE). LAS PACIENTES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 20 Y 40 AÑOS FUERON LAS QUE MÁS TUVIERON, LESIONES DE ALTO GRADO. SE DEMOSTRO UNA EFICACIA EXCISIONAL GENERAL DEL 76% PARA LA RADIOCIRUGÍA LA EFICACIA DE SEGUIMIENTO DE LESIONES DE BAJO GRADO FUE DEL 90%. SE PUDO ELIMINAR LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO DEL CÉRVIX EN UN 98%

**CONCLUSIÓN:** CON EN EL SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DEMUESTRA UNA EFICACIA EXCISIONAL GENERAL ADECUADA CON EL ASA DIATÉRMICA Y SE PUEDEN ELIMINAR LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO DEL CÉRVIX EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, UNA ADECUADA EFICACIA DE SEGUIMIE TO DE LESIONES DE BAJO GRADO Y POR LO QUE SE RECOMIENDA REALIZAR COMO CERVICAL CON RADIOCIRUGÍA A LESIONES DE ALTO GRADO CONFIRMADAS POR ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y MANEJAR EN FORMA CONSERVADORA LAS LESIONES DE BAJO GRADO(CRIOTERAPIA, LÁSER O COAGULACIÓN CON RADIOCIRUGÍA)

**PALABRAS CLAVE:** RADIOCIRUGÍA, CONIZACIÓN CERVICAL, ASCUS

## **EXCISIONAL THERAPEUTIC EFFICIENCY AND SECURITY OF CERVICAL SCUAMOSUS INTRAEPITHELIAL LESIONS WITH RADIOSURGERY.**

### **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** REALIZE THE MONITORING OF THE CERVICAL CONIZATION WITH RADIOSURGERY AND TO KNOW THE EXCISIONAL EFFICIENCY.

**MATERIALS AND METHODS:** IT WAS A LONGITUDINAL, RETROSPECTIVE AND PROSPECTIVE TRIAL AT THE COLPOSCOPY SERVICE THE HOSPITAL REGIONAL LIC. A. LÓPEZ MATEOS-ISSSTE, IN MÉXICO D.F. BETWEEN MARCH 1996 UNTIL SEPTEMBER 1998.

WE STUDIED 50 PATIENTS WITH HIGH AND LOW DEGREE, CERVICAL LESIONS INTRAEPITHELIAL AND ASCUS, WHO UNDERWENT IN CERVICAL CONEIZATION WITH RADIOSURGERY, WITH A TWO YEARS FOLLOW UP. THE STATISTICAL ANALYSIS INCLUDED T OF STUDENTS DETERMINATION, WITH STATISTICS SIGNIFICANCE OF  $P < 0.05$ .

**RESULTS:** THE PATIENTS MEAN AGE WERE 40.7 . 23 PATIENTS HAD LOW DEGREE INTRAEPITHELIAL LESIONS, 22 HIGH DEGREE, ONE WITH ASCUS AND 4 WITHOUT HISTOPATOLOGIC ALTERATIONS.

HISTERECTOMY WAS TO THREE PATIENTS (MICROINVASIVE CANCER, UTERINE MIOMATOSIS AND CYSTOCELE). THE MOST PATIENTS WITH HIGH DEGREE LESIONS WERE COMPREHENDED BETWEEN 20 AND 40 YEARS OLD. WE DEMONSTRATED A GENERAL EXCISIONAL EFFICIENCY OF LOW DEGREE LESIONS WAS 90 %.

RADIOSURGERY WAS ABLE TO ELIMINATE THE HIGH DEGREE CERVICAL INTRAEPITHELIAL LESIONS IN UN 98 %.

**CONCLUSION:** OUR 2 YEARS FOLLOW UP DEMONSTRATED AN ADEQUATE GENERAL EXCISIONAL EFFICIENCY DIATERMIC ROAST AND IT WAS ABLE TO ELIMINATE THE MAJORITY OF CASES OF HIGH DEGREE CERVICAL INTRAEPITHELIAL LESIONS. AN ADEQUATE FOLLOW UP EFFICIENCY FOR LOWER DEGREE LESIONS. FOR THAT REASON WE RECOMMENDED TO REALIZE CERVICAL CONIZATION WITH RADIOSURGERY OF HIGH DEGREE LESIONS WHICH ARE CONFIRMED BY HISTOPATOLOGIC STUDY. IT ALLOWS A CONSERVATIVE MANAGEMENT OF LOW DEGREE LESIONS (CRIOTHERAPY, LASER OR COAGULATION WITH RADIOSURGERY)

**WORDS KEY:** RADIOSURGERY, CERVICAL CONIZATION, ASCUS

## INTRODUCCION

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

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

LA PROGRESION DEL CANCER CERVICAL OCURRE CUANDO LAS CELULAS PRECURSORAS EVOLUCIONAN HASTA CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASORAS DE CUELLO UTERINO DURANTE UN PERIODO. DOS ESTUDIOS REVELARON QUE LA EDAD MEDIA DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ES DE ALREDEDOR DE 34 AÑOS; CON CARCINOMA IN SITU DE 42 AÑOS Y CON CANCER INVASOR DE 48 A 51 AÑOS. ESTOS DATOS NOS INDICAN QUE DESDE LA PROGRESION DESDE DISPLASIA HASTA CARCINOMA INVASOR OCURRE DURANTE VARIOS AÑOS. EN DOS ESTUDIOS EXTENSOS, PROSPECTIVOS SE DESCRIBE MEJOR COMO APARECEN LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES. SE MOSTRO QUE DE 6 A 31% DE TODAS LAS DISPLASIAS, MOSTRARON AGRESION EN EL TRASCURSO DE 10 AÑOS, EN TANTO QUE EL 60% PROGRESARON HASTA CARCINOMA IN SITU; OTROS ESTUDIOS MUESTRAN QUE UN PORCENTAJE MAS BAJO DE DISPLASIAS SE DESARROLLA DURANTE UN PERIODO SIMILAR. EL NUMERO DE NEOPLASIAS QUE PROGRESA DESDE CARCINOMA IN SITU, HASTA CARCINOMA INVASOR VARIA DE 20 A 71%, DEPENDIENDO DE LOS PARAMETROS DEL ESTUDIO Y DE LA DURACION DE LA VIGILANCIA (3, 7,10,11).

LIMPIO Y ADEMÁS UNA COAGULACIÓN SATISFACTORIA, EL MARGEN DE SEGURIDAD DEBE ABRACAR DE 3 A 5 mm. POR FUERA DEL LÍMITE DE LA LESIÓN Y LA PROFUNDIDAD DEL CORTE DE 8 mm

LA HEMOSTASIA DEL LECHO QUIRÚRGICO, SE REALIZÓ CON EL ELECTRODO DE ESFERA, AUNADO A ESTO, MAYOR DESTRUCCIÓN TISULAR POR LO QUE EL MARGEN DE SEGURIDAD AUMENTA CON ESTE PROCEDIMIENTO.

LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS SE ENVIARON PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO, SIEMPRE MARCADOS EN EL RADIO DE LAS 12 ( EN LABIO ANTERIOR CERVICAL, CON UN PEQUEÑO CORTE ) PARA ORIENTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA Y NOSOTROS.

EL ESTUDIO ESTADÍSTICO SE REALIZÓ CON "T" DE STUDENT Y SE OBTUVO LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD



## MATERIAL Y METODOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS  
(CUADRO 1)**

**POBLACION: 50 PACIENTES**  
**EDAD: 22-67 AÑOS. MEDIA : 40.7 AÑOS.**  
**OCUPACION: PROFESIONISTAS 37.1%**  
**MENARCA : 10-18 AÑOS. PROMEDIO 13.2.**  
**IVSA: 15-31 AÑOS. PROMEDIO 21.6 AÑOS.**  
**No. COMP. SEX. 1-6. PROMEDIO 1.7.**  
**1ERA. GESTACION (88%) PROMEDIO 22.3 AÑOS**  
**(12%) NULIGESTAS.**  
**1ERA CITOLOGIA : PROMEDIO 31 AÑOS.**  
**TOMA DE PAP REGULAR: 44%**  
**IRREGULAR: 56%**  
**SANGRADO POSTCOITO: 12%.**  
**LEUCORREA: 72%.**

**RESULTADOS DEL PROTOCOLO DEL ESTUDIO COLPOSCOPICO  
(CUADRO 2)**

| <b>RESULTADOS DE PAPANICOLAOU</b> |                 |              |              |              |              |
|-----------------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Dx</b>                         | <b>NEGATIVO</b> | <b>ASCUS</b> | <b>LIEBG</b> | <b>LIEAG</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No.</b>                        | <b>3</b>        | <b>4</b>     | <b>22</b>    | <b>21</b>    | <b>50</b>    |

| <b>RESULTADO DE COLPOSCOPIA</b> |                               |              |              |              |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Dx</b>                       | <b>SIN ALTE-<br/>RACIONES</b> | <b>LIEBG</b> | <b>LIEAG</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No.</b>                      | <b>1</b>                      | <b>24</b>    | <b>25</b>    | <b>50</b>    |

| <b>RESULTADOS DE BIOPSIA</b> |                               |              |              |              |
|------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Dx</b>                    | <b>SIN ALTE-<br/>RACIONES</b> | <b>LIEBG</b> | <b>LIEAG</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No.</b>                   | <b>3</b>                      | <b>23</b>    | <b>24</b>    | <b>50</b>    |

| <b>RESULTADOS DEL CONO</b> |                               |                  |              |              |              |
|----------------------------|-------------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Dx</b>                  | <b>SIN ALTE-<br/>RACIONES</b> | <b>LIMITROFE</b> | <b>LIEBG</b> | <b>LIEAG</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No.</b>                 | <b>4</b>                      | <b>1</b>         | <b>23</b>    | <b>22</b>    | <b>50</b>    |

**RESULTADOS DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES  
INTRAEPITELIALES DEL CERVIX MEDIANTE CITOLOGIA EXFOLIATIVA  
CERVICOVAGINAL.**

| Dx<br>TIEMPO | NORMAL | ASCUS | LIEBG | LIEAG | TOTAL |
|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 3 MESES      | 49     | 0     | 1     | 0     | 50    |
| 6 MESES      | 47     | 0     | 3&    | 0     | 50    |
| 12 MESES     | 43     | 1+    | 3^    | 2°    | 49    |
| 24 MESES     | 46     | 1*    | 1     | 0     | 48    |

Nota: & EN UNO SE REALIZO HTA SIN EVIDENCIA DE LESION.

+ SE REALIZO HTA PROBABLE INVASOR SIN ENCONTRAR EVIDENCIA DE LESION.

^ UNO SIN ALTERACIONES.

° UNO BAJO GRADO SOLAMENTE

\* NORMAL

**RESULTADOS REALES DE SEGUIMIENTO\***

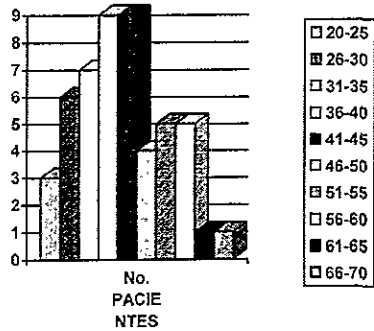
| Dx<br>TIEMPO | NORMAL | ASCUS | LIEBG | LIEAG | TOTAL |
|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 3 MESES      | 49     | 0     | 1     | 0     | 50    |
| 6 MESES      | 47+1   | 0     | 2     | 0     | 50    |
| 12 MESES     | 43+2   | 0     | 2+1   | 1     | 49    |
| 24 MESES     | 46+1   | 0     | 1     | 0     | 48    |

Nota: \*CORROBORADOS POR COLPOSCOPIA Y BIOPSIA.

## CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS

**GRUPOS DE EDAD**  
**TABLA 1**

| EDAD         | No. PACIENTES |
|--------------|---------------|
| 20-25        | 3             |
| 26-30        | 6             |
| 31-35        | 7             |
| 36-40        | 9             |
| 41-45        | 9             |
| 46-50        | 4             |
| 51-55        | 5             |
| 56-60        | 5             |
| 61-65        | 1             |
| 66-70        | 1             |
| <b>TOTAL</b> | <b>50</b>     |



**(GRAFICA 1)**

**CUADRO COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES METODOS DIAGNOSTICOS  
(CUADRO 3)**

|                    | <b>SENSIBILIDAD</b> | <b>ESPECIFICIDAD</b> |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| <b>CONO</b>        | <b>100%</b>         | <b>100%</b>          |
| <b>CITOLOGIA</b>   | <b>100%</b>         | <b>75%</b>           |
| <b>COLPOSCOPIA</b> | <b>100%</b>         | <b>25%</b>           |
| <b>BIOPSIA</b>     | <b>100%</b>         | <b>75%</b>           |

**MEDIDAS DE LA CONIZACION  
(CUADRO 4)**

| <b>DIAMETRO</b>        | <b>BORDES POSITIVOS</b> | <b>BORDES NEGATIVOS</b> |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                        | <b>cm</b>               | <b>cm</b>               |
| <b>ANTEROPOSTERIOR</b> | <b>2.2</b>              | <b>2.1</b>              |
| <b>TRANSVERSO</b>      | <b>1.6</b>              | <b>1.4</b>              |
| <b>PROFUNDIDAD</b>     | <b>.8</b>               | <b>.8</b>               |
| <b>PROMEDIO</b>        | <b>1.5</b>              | <b>1.4</b>              |

**RESULTADO PRUEBA DE t student:**

**t: p > .05 (NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL TAMAÑO DE LAS MUESTRAS).**

**EFICACIA TERAPEUTICA  
(CUADRO5)**

|   |            |
|---|------------|
| <b>EFICACIA ESCISIONAL</b>                            | <b>76%</b> |
| <b>EFICACIA DE SEGUIMIENTO PARA<br/>ASCUS,BG Y AG</b> | <b>90%</b> |
| <b>EFICACIA DE SEGUIMIENTO PARA AG</b>                | <b>98%</b> |

**NOTA: SEGUIMIENTO A DOS AÑOS**

## RESULTADOS

DE LAS PACIENTES A LAS QUE SE LES REALIZO COMO CERVICAL MEDIANTE CIRUGIA EN EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS SOLO 50 LLENARON LOS REQUISITOS DE INCLUSION, DESTACANDO LA GRAN DIVERSIDAD DE EDADES EN LAS PACIENTES QUE PRESENTAN ALGUN GRADO DE ANORMALIDAD CERVICAL SIENDO LA FLUCTUACION DE LA MISMA ENTRE 22 Y 67 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 40.7 AÑOS (TABLA Y GRAFICA 1), EN CUANTO A LA OCUPACION LA GRAN MAYORIA SON AMAS DE CASA EN UN 59.3% Y SOLO 37.1% SON PROFESIONISTAS DESTACANDO LA ACTIVIDAD SECRETARIAL ENTRE ELLAS.

EN RELACION A LOS ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS PROPIAMENTE SE OBSERVA QUE LA APARICION DE LA MENARCA FLUCTUO ENTRE 10 Y 18 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 13.2 AÑOS Y UN INICIO DE VIDA SEXUAL TAN TEMPRANA COMO ES A LOS 15 AÑOS Y LA MAS TARDIA A LOS 31 CON UN PROMEDIO DE 21.6 AÑOS. FUE INTERROGADO EL NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DESDE EL INICIO DE SU VIDA SEXUAL HASTA LA ACTUALIDAD REFIRIENDO DE 1 A 6 COMPAÑEROS CON UN PROMEDIO DE 1.7.

NO TODAS LAS PACIENTES ESTUDIADAS TENIAN PARIDAD SATISFECHA E INCLUSO EL 88% PRESENTA ALGUNA GESTACION SIENDO EL PROMEDIO DE EDAD DE LA PRIMERA GESTACION DE 22.3% E INCLUSO EL 12% SON NULIGESTAS.

EN RELACION A LA EDAD EN LA CUAL SE REALIZARON SU PRIMERA CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL ESTA FLUCTUO EN UN PROMEDIO DE 31 AÑOS, SIENDO ESTA TOMA DE PAPANICOLAOU CONSIDERADA REGULAR CUANDO SE REALIZA CADA AÑO LLEVANDOSE A CABO DE ESTA FORMA SOLO EN UN 44% MIENTRAS QUE EN EL 56% SE LO TOMAN DE MANERA IRREGULAR E INCLUSO EN MUCHOS CASOS ERAN LOS PRIMEROS QUE SE REALIZAN DESDE EL INICIO DE SU VIDA SEXUAL.

EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGIA ESTA NO FUE MUY FLORIDA YA QUE LAS LESIONES SON TEMPRANAS DESTACANDO LA PRESENCIA DE LEUCORREA EN UN 72% SIENDO EN MUCHAS OCASIONES CRONICA Y SANGRADO POSTCOITO EN UN 12%.(CUADRO 1)

A TODAS LAS PACIENTES SE LES REALIZO EL PROTOCOLO DE EL ESTUDIO COLPOSCOPICO SEGUN EL ALGORITMO DEL SERVICIO; CONSISTENTE EN LA REALIZACION DE LA COLPOSCOPIA SIMPLE, TOMA DE PAPANICOLAOU CON BROCHA CERVICAL CON TODAS LAS NORMAS NECESARIAS PARA QUE LA CALIDAD DE LA MUESTRA SEA OPTIMA Y LA VISUALIZACION DE LOS CAMBIOS EN LA COLORACION DE LOS EPITELIOS CUANDO SE APLICA ACIDO ACETICO AL 5% ASI COMO LAS ALTERACIONES VASCULARES Y EL TIPO DE CAPTACION AL YODO CUANDO SE APLICA SOLUCION DE LUGOL, COMPLEMENTANDO CON BIOPSIA CERVICAL DE LA ZONA ALTERADA PARA QUE EN FORMA CONJUNTA SE ANALICEN TODOS LOS RESULTADOS DE CADA UNO DE LOS ESTUDIOS Y SE LOGRE INTEGRAR UN DIAGNOSTICO LO MAS CERTERO POSIBLE (CUADRO 2).

ESTO NOS PERMITE ESTABLECER UN CUADRO COMPARATIVO PARA CONOCER LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS DIFERENTES METODOS DIAGNOSTICOS (CUADRO 3).



LAS DIVERSAS MEDIDAS DE LA CONIZACION SON MOSTRADOS EN EL CUADRO 4 REALIZANDO UN ESTUDIO ESTADISTICO MEDIANTE LA  $t$  DE STUDENT EN DONDE SE ENCONTRO QUE NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL TAMAÑO DE LAS PIEZAS QUE REPORTAN BORDES POSITIVOS O NEGATIVOS.

EN CUANTO A LA EFICACIA TERAPEUTICA ESTA SE PUEDE ESTUDIAR DE DIFERENTES FORMAS COMO ES LA ESCISIONAL, ESTO ES, QUE LA PIEZA QUIRURGICA ES REPORTADA CON BORDES NEGATIVOS EN EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO. EFICACIA DE SEGUIMIENTO A DOS AÑOS TOMANDO EN CONSIDERACION LA PRESENCIA DE CUALQUIER ALTERACION EN EL EPITELIO CERVICAL SEA DE BAJO, ALTO GRADO O INDETERMINADA. Y EFICACIA DE SEGUIMIENTO EXCLUSIVAMENTE PARA LAS LESIONES DE ALTO GRADO LA CUAL ES DE 98% QUE SERIAN LAS VERDADERAMENTE SIGNIFICATIVAS COMO CAUSA DE MORBIMORTALIDAD FEMENINA EN CASO DE DOCUMENTAR SU PRESENCIA Y NO TRATARLAS OPORTUNAMENTE O EN FORMA ADECUADA. (CUADRO 5)

LAS COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR SON PREFERENTEMENTE SANGRADOS TRANSQUIRURGICOS O TARDIOS Y FLUCTUAN EN UN 3%. Y LA PIEZA PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO ES DE EXCELENTE CALIDAD HASTA EN UN 97%, LO QUE PERMITE DOCUMENTAR O NO LA PRESENCIA DE ALGUNA LESION.

## DISCUSION

LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CERVIX Y EL CANCER INVASOR ES UNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA MAS IMPORTANTES EN NUESTRO PAIS YA QUE ORIGINAN LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN LA POBLACION FEMENINA CON UNA TAZA QUE NO SE HA MODIFICADO SUSTANCIALMENTE A PESAR DE QUE EL PROGRAMA DE DETECCION OPORTUNA SE HA ESTABLECIDO EN NUESTRO PAIS DESDE HACE 20 AÑOS.ES POR ESTO QUE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAN ESTABLECIDO PARA EL MANEJO DE ESTOS TIPOS DE PATOLOGIA HAN VARIADO DESDE METODOS TOTALMENTE RADICALES AUN PARA LESIONES INTRAEPITELIALES EXCLUSIVAMENTE HASTA TRATAMIENTOS CONSERVADORES LOS CUALES HAN SIDO MODIFICADOS EN RELACION AL AVANCE TECNOLOGICO DE LA CIENCIA EN LOS ULTIMOS AÑOS COMO HA SIDO LA IMPLEMENTACION DE LA FULGURACION, CRIOTERAPIA, LASERTERAPIA Y ULTIMAMENTE LA RADIOCIRUGIA; ESTOS ULTIMOS METODOS PERMITEN UTILIZARLO EN PACIENTES JOVENES QUE PRIMORDIALMENTE DESEAN CONSERVAR SU FERTILIDAD COMO LO DEMUESTRAN EL GRAN NUMERO DE PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE SE ENCONTRO EN EL PRESENTE ESTUDIO O POR OTRA PARTE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA MAYORES DE 40 AÑOS QUE TIENEN UN RIESGO QUIRURGICO ANESTESICO ELEVADO POR CURSAR CON PATOLOGIAS CONCOMITANTES, DE ESTA FORMA SE REDUCE ESTE RIESGO YA QUE EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA EN SEGUNDOS EN PROMEDIO 20.

POR OTRA PARTE ESTA PATOLOGIA ES MULTIFACTORIA POR LO QUE SE HACE NECESARIO CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN CADA UNA DE NUESTRAS PACIENTES Y DE ESTA FORMA PODERLAS CATALOGAR COMO DE ALTO O BAJO RIESGO. DENTRO DE ESTOS FACTORES DESTACAN ALGUNAS ACTIVIDADES QUE PROBABLEMENTE PUEDAN TENER UN FACTOR PERMISIVO PARA UN MAYOR INDICE DE PROMISCUIDAD SEXUAL EN LA MISMA PACIENTE O SUS PAREJAS COMO ES EL CASO DE LAS SECRETARIAS. ASI COMO UN INICIO DE VIDA SEXUAL A EDADES MUY TEMPRANAS EN ESTE CASO A LOS 15 AÑOS CON LO QUE SE EXPONE LA PACIENTE A UN MAYOR NUMERO DE PAREJAS SEXUALES, ALGUNAS DE ELLAS DE ALTO RIESGO Y MINIMOS CUIDADOS POR DESCONOCIMIENTO MUCHAS VECES PARA PREVENIR EL CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA INVESTIGACION DE COMPAÑEROS SEXUALES LA GRAN MAYORIA REPORTO HABER TENIDO POR LO MENOS DOS O MAS E INCLUSO ALGUNAS DEL 12% DE NULIGESTAS PRESENTAN PROBLEMAS DE ESTERILIDAD DEBIDO A ALTERACIONES CERVICALES QUE AL TRATARLAS PERMITE SU POSTERIOR EMBARAZO Y SIN ALTERAR EL CURSO DEL MISMO ESTE PROCEDIMIENTO CUANDO ES LLEVADO ADECUADAMENTE.

UNO DE LOS FACTORES FUNDAMENTALES POR LOS QUE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES PROGRESAN A INVASOR ES DEBIDO A LA FALTA DE REALIZACION DEL PAPANICOLAOU DEBIDO A LA FALTA DE EDUCACION MEDICA POR PARTE DE LA POBLACION O LA FALTA DE COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PARA REALIZARLO O CUANDO SE REALIZA ESTE ES INADECUADO O SE EXTRAVIAN LAS MUESTRA O SE DAN RESULTADOS

INADECUADOS DE INTERPRETACION O TARDAN EN ENTREGARSE LO QUE EVITA EL TRATAMIENTO OPORTUNO, ESTO LO DEMUESTRA EL 56% DE PACIENTES QUE SE TOMAN EL ESTUDIO CITOLOGICO EN FORMA IRREGULAR E INCLUSO MUCHOS DE ELLOS ES EL PRIMERO QUE SE REALIZAN EN TODO EL TIEMPO DESDE SU INICIO DE VIDA SEXUAL A PESAR DE HABER INICIADO ANTES DE LOS 20 AÑOS.

LA SINTOMATOLOGIA QUE PUEDE PRESENTAR ESTA PATOLOGIA EN SUS ETAPAS INICIALES DESAFORTUNADAMENTE NO ES COMUN NI FLORIDA SIN EMBARGO DESTACA LA PRESENCIA DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES FRECUENTES QUE RESPONDEN PARCIALMENTE A LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES, PERO QUE TRADUCE UN TRAUMATISMO Y AGRESION CONSTANTE EN LOS EPITELIOS CERVICALES CON LO QUE AUNADOS A TODOS LOS FACTORES ANTERIORMENTE MENCIONADOS HACEN QUE SE LIBEREN LOS CONTROLES CELULARES Y APAREZCAN ESTAS LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS, JUGANDO UNO DE LOS PAPIALES IMPORTANTES COMO COFACTOR PARA EL DESARROLLO DE ESTA PATOLOGIA LA INFECCION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO SOBRE TODO LOS DE ALTO PODER ONCOGENICO.

EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO NO ESTA BASADO EXCLUSIVAMENTE EN LA REALIZACION DE LA COLPOSCOPIA PURA, SINO QUE ES LA UNIFICACION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS OBTENIDOS POR DIFERENTES ESTUDIOS COMO ES LA TOMA DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL LA CUAL SE TOMA CON LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS PARA TENER UNA MUESTRA OPTIMA Y QUE VA DESDE LA UTILIZACION DE UN INSTRUMENTO ADECUADO PARA MUESTREAR CADA UNO DE LOS EPITELIOS QUE CUBREN EL CERVIX YA QUE LA FALTA DE ALGUNO DE ELLOS PUEDE DEJAR PASAR DESAPERCIBIDO UNA LESION POR LO QUE LAS MUESTRAS FUERON TOMADAS CON CEPILLO CITOLOGICO, REALIZANDO UN EXTENDIDO UNIDIRECCIONAL Y DELGADO ASI COMO SU FIJACION INMEDIATA A 30 cm PARA EVITAR DISTORSIONES CELULARES QUE EVITEN UNA ADECUADA LECTURA ASI COMO LA LECTURA POR PERSONAL ALTAMENTE CAPACITADO EN ESTE TIPO DE PATOLOGIA CON LO QUE SE GARANTIZA SU INTERPRETACION.

ASI MISMO EL RESULTADO CLINICO DEL ESTUDIO COLPOSCOPICO PROPIAMENTE DICHO BASADO EN LOS DATOS DE LAS ALTERACIONES DE LOS EPITELIOS Y COMPLEMENTADAS CON LA TOMA DE BIOPSIA DIRIGIDAS POR EL ANTERIOR ESTUDIO CON LO QUE SE TIENE UNA MUESTRA ESPECIFICA DE UNA POSIBLE ZONA ALTERADA PARA INTEGRAR TODOS Y CADA UNO DE LOS DIAGNOSTICOS PARA LLEGAR A TENER UNO DEFINITIVO ESTO BASADO EN LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE CADA UNO DE LOS ESTUDIOS EN DONDE SE ENCONTRO QUE LA MAYOR SENSIBILIDAD LA PRESENTARON LA COLPOSCOPIA, BIOPSIA Y CITOLOGIA MIENTRAS QUE LA DIFERENCIA RADICA PRINCIPALMENTE EN LA SENSIBILIDAD YA QUE ESTA ES MAS ALTA EN LA CITOLOGIA Y LA BIOPSIA DIRIGIDA (75%) NO ASI EN LA COLPOSCOPIA QUE ES DE 25% AUNQUE DESTACA LA CARACTERISTICA DE QUE SE DOCUMENTO UN SITIO ALTERADO EN EL EPITELIO QUE FUE DOCUMENTADA POR LA BIOPSIA, SIN EMBARGO EL DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO FUE ERRONEO SOBREDIAGNOSTICANDO LA PATOLOGIA EN 3 CASOS Y DE ACUERDO A ELLO NORMAR LA TERAPEUTICA. EN ESTE CASO EL CONO CERVICAL MEDIANTE RADIOCIRUGIA EL CUAL SE PUEDE REALIZAR EN FORMA AMBULATORIA EN CONSULTORIO Y CON ANESTESIA LOCAL. UN DATO AL QUE EN OCASIONES SE DA EXAGERADA IMORTANCIA ES LA PRESENCIA DE BORDES POSITIVOS O NEGATIVOS EN LA PIEZA QUIRURGICA SIN EMBARGO MEDIANTE LA PRUEBA DE STUDENT NO SE DOCUMENTO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL TAMAÑO DE LAS PIEZAS POSITIVAS O NEGATIVAS Y LA

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y PRONOSTICO NO DEPENDEN DE ESTE DATO YA QUE CUANDO SE REALIZA EL CONO SE DA UN MARGEN DE SEGURIDAD DE 3-5 mm POR FUERA DEL BORDE EXTERNO DE LA LESION, SE REALIZA UNA COAGULACION DEL LECHO QUIRURGICO CON EL ELECTRODO DE BOLA CON LO QUE SE DESTRUYE 1-2 mm MAS DE TEJIDO Y AL UTILIZAR ESTE TIPO DE ENERGIA SE PRODUCE UNA REACCION INFLAMATORIA INTENSA QUE PUEDE AUTOLIMITAR ALGUNAS CELULAS DISPLASICAS O NEOPLASICAS RESIDUALES, DESAPARECIENDO ESTAS. DICHO DE OTRA FORMA SE LES DA TRES MARGENES DE SEGURIDAD, ES POR ESTO QUE A PESAR DE TENER BORDES POSITIVOS EN ALGUNOS CASOS LA EFICACIA DE SEGUIMIENTO Y SOBRE TODO PARA LAS LESIONES DE ALTO GRADO QUE SON LAS SIGNIFICATIVAS ES DEL 98% Y CUANDO SE DOCUMENTAN LESIONES DE BAJO GRADO ESTAS SON FACILMENTE ERRADICADAS CON TRATAMIENTOS MAS CONSERVADORES Y DE MINIMA MORBILIDAD COMO ES LA CRIOTERAPIA, LASER O COAGULACION CON RADIOCIRUGIA

LAS COMPLICACIONES PREFERENTEMENTE SE DEBEN A SANGRADOS QUE PUEDEN SER TRANSOPERATORIOS POR UNA MALA PREPARACION DE LA PACIENTE AL PERSISTIR CON UN PROCESO INFECCIOSO E INFLAMATORIO INTENSO Y/O A LA FALTA DE INFILTRACION ADECUADA DEL VASOCONSTRUCTOR Y TARDIOS CUANDO SE DESPRENDE LA ESCARA CICATRICIAL LO QUE OCURRE ENTRE EL 7-10 DIA.

UNO DE LOS GRANDES PROBLEMAS QUE SE TENIAN CON LOS TRATAMIENTOS CONSERVADORES ERA LA FALTA DE PIEZA PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CUANDO SE REALIZA CRIOTERAPIA O LOS BORDES CARBONIZADOS CUANDO SE UTILIZA EL LASER SIN EMBARGO CON EL ASA DIATERMICA SE ELIMINAN ESTOS PROBLEMAS YA QUE SE OBTIENE TEJIDO Y SIN UN GRAN DAÑO TERMICO CON LO QUE SE PUEDE REALIZAR UN ADECUADO ESTUDIO HISTOPATOLOGICO (97%) QUE NOS PERMITA CONFORMAR O NO LA PRESENCIA DE ALGUNA LESION.

DE ESTA FORMA PODEMOS MENCIONAR QUE LA CONIZACION CON ASA DIATERMICA PUEDE SER:

DIAGNOSTICA.-

- 1.- CUANDO HAY UNA LESION PERO NO SE PUEDEN OBSERVAR SUS LIMITES POR PENETRAR A CANAL ENDOCERVICAL.
- 2.- CUANDO ES POSITIVO EL LEGRADO ENDOCERVICAL CUANDO EXISTE DISCREPANCIA ENTRE COLPOSCOPIA, CITOLOGIA Y BIOPSIA .
- 3.- CUANDO SE SOSPECHA MICROINVASOR.

TERAPEUTICA.-

- 1.-EN CASO DE LESIONES PREFERENTEMENTE DE ALTO GRADO.

## CONCLUSIONES

- 1.- CON EL USO DEL ASA DIATERMICA SE PUEDEN ELIMINAR LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO DEL CERVIX EN UN 98% COMO LO DEMUESTRA EL SEGUIMIENTO A DOS AÑOS.
- 2.-LA PRESENCIA DEL VPH SE DETECTA EN LOS PRIMEROS MESES DE CONTROL POSTRATAMIENTO Y SON DE FACIL TRATAMIENTO.
- 3.- EL NUMERO Y SEVERIDAD DE LAS COMPLICACIONES ES MINIMO SOLO EN UN 3% PRINCIPALMENTE SANGRADOS.
- 4.-LA MUESTRA OBTENIDA ES DE EXCELENTE CALIDAD PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.
- 5 - EL TIEMPO QUIRURGICO ANESTESICO SE REDUCE AL MINIMO.
- 6 - ES UN METODO ECONOMICAMENTE ACCESIBLE.

## BLIBLIOGRAFIA

- 1.- Hall JE, Walton L. DYSPLASIA OF THE CERVIX: A PROSPECTIVE STUDY OF 206 CASES. *AM J Obstet Gynecol* 1968; 100 (5) : 662-71.
- 2.- Richart RM. NATURAL HISTORY OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. *Clín Obstet Gynecol* 1968; 10 : 748.
- 3.- Broder S. THE BETHESDA SYSTEM FOR REPORTING CERVICAL / VAGINAL CYTOLOGIC DIAGNOSES: REPORT OF THE 1991 BETHESDA WORKSHOP. *JAMA* 1992; 267 (14) : 1892.
- 4.- Jeffrey Fowler, MD. PRUEBAS DE DETECCION DE CANCER CERVICAL 1993; 2 (11) : 22-9.
- 5.- Ruey-Jien Chen, MD et al. INDEPENDENT CLINICAL FACTORS WHICH CORRELATE WITH FAILURES IN DIAGNOSING EARLY CERVICAL CANCER. *Gynecol Oncology* 1995; 58 : 356-61.
- 6.- Seminario Taller en el Instituto Nacional de Cáncer en Bethesda, Maryland,. ACTA CITOLOGICA, DEL DIARIO DE CITOLOGIA Y CITOPATOLOGIA CLINICA, dic. 12-13 de 1998.
- 7.- William T. Creasman, MD, et al. THE ABNORMAL PAP SMEAR- WHAT TO DO NEXT?. *Cáncer* 1981; 48 : 515-522.
- 8.- Wilbanks, MD, et al. TREATMEN OF CERVICAL DYSPLASIA WITH ELECTROCAUTERY AND TETRACYCLINE SUPPOSITORIES. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 117 (4) : 460-3.
- 9.- Stanley Conner MD, et al. TREATMEN OF DYSPLASIA OF THE CERVIX UTERI BY ELCTROVAUTERIZATION. *Surgery Gynecol Obstet* 1970; 10 : 726-8.
- 10.- Ben M. Packham, MD et al. OUTPATIENT THERAPY: SUCCESS AND FAILURE WITH DYSPLASIA AND CARCINOMA IN SITU. *Am J obstet Gynecol* 1982; 142 (3) : 323-29.
- 11.- DB Johnson, CJ Rowlands. DIAGNOSIS AND TREATMEN OF CERVICAL INTREPITHELIAL NEOPLASIA IN GENERAL PRACTICE. *Br Med J* 1989; 299 : 1083-6.
- 12.- Barbara C Moore, MD et al. PREDICTIVE FACTORS FROM COLD KNIFE CONIZACION FOR RESIDUAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA IN SUBSEQUENT HYSTERECTOMY. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173 (2) : 361-6.
- 13 - Rachel G Fruchter, et al. CHARACTERISTICS OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN WOMEN INFECTED WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171 (2) : 531-6.

- 14 - Oscar Trejo, ELECTROCIRUGIA (ASA DIATERMICA). EL ESTUDIO COLPOSCOPICO; Clínica de Colposcopia, Criocirugía, Láserterapia y Electrocirugía; Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos I. S. S. T. E. 1994 .
- 15.- Paul Byrne, et al. OUTPATIENT LOOP DIATHERMY CONISATION. The Lancet 1991; 337 : 337 : 917-8.
- 16.- LARGE LOOP EXCISION OF THE TRANSFORMATION ZONE. Comment in: Lancet 1991; 337: 148.
- 17.- Deigan, MD, et al. TREATMEN OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA WITH ELECTROCAUTERY: A REPORT OF 776 CASES. Am J Obstet Gynecol 1986; 154 (2) : 255-9.
- 18 - Anderson, MD, et al. SERVICAL CRYPT INVOLVEMENT BY INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. Obstetrics and Gynecology 1980; 55 (5) : 246-50.
- 19 - Montz, MD, et al. LARGE-LOOP EXCISION OF THE TRANSFORMATION ZONE: EFFECT ON THE PATHOLOGIC INTERRETATION OF RESECTION MARGINS. Obstetrics and Gynecology 1993; 81 (6) : 976-82.
- 20.- Kobak, MD, et al. THE ROLE OF ENDOCERVICAL CURETTAGE AT CERVICAL CONIZATION FOR HIGH-GRADE DYSPLASIA. Obstetrics and Gynecology 1995; 85 (2) : 197-201.
- 21.- Trejo, MD, et al. ELECTROCIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO DEL CERVIX. Ginecología y Obstetricia de México 1997; 65 : 332-38.

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