



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES.

ANALISIS DE 100 CONOS CON SUS RESPECTIVAS
CITOLOGIAS Y BIOPSIAS.

TESIS DE POST-GRADO.
PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN
GINECO-OBSTETRICIA.

PRESENTA EL

DR. JUAN CUELLAR TORRES *

DIRECTORES:

DR. JORGÉ RAMÍREZ HEREDIA **

DR. MANUEL FRANCO SOLIS ***

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

México, D. F.

1974-1977

- * Médico Residente de la División de Gineco-Obstetricia.
- ** Médico Adscrito del Servicio de Oncología.
- *** Médico Adscrito de la División de Gineco-Obstetricia.



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.

1.- INTRODUCCION.

2.- PRESENTACION DEL PROBLEMA.

3.- METODOLOGIA.

4.- ANALISIS DE 100 CONOS CON SUS RESPECTIVAS
CITOLOGIAS Y BIOPSIAS.

5.- CONCLUSIONES Y PROPOCICIONES PARA RESOLVER
EL PROBLEMA.

6.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

1.1. CONCEPTOS BASICOS PARA ENTENDER EL PROBLEMA

El carcinoma cérvico uterino que se limita exclusivamente al cuello uterino solo puede tener tres variantes: carcinoma intraepitelial, microinvasor y francamente invasor (9). El primero también llamado pre invasor o in situ se limita al epitelio, obviamente no es invasor, no tiene capacidad para dar metástasis, puede ser multicéntrico y coexistir con displasia o carcinoma francamente invasor; por último la lesión puede extenderse en superficie hasta el epitelio glandular y sigue siendo in situ (3,4,14,16). Entonces es fácilmente comprensible que el tratamiento deba ser conservador para el carcinoma cérvico uterino in situ (3). El segundo o sea el microinvasor, es aquel con capacidad biológica para independizarse del epitelio y penetrar al estroma, aunque mínimamente (menos de 5 mm de penetración al estroma) (5,11,16); puede dar teóricamente metástasis pero son tan extraordinariamente raras que el tratamiento debe ser conservador (5,16), aunque claro, si hay duda entre microinvasión y franca invasión, el tratamiento será radical. El tercero o carcinoma francamente invasor pero que sigue limitado al cuello uterino recibe el nombre de carcinoma cérvico uterino IB de la clasificación internacional (9); en esta etapa es notablemente agresivo y su capacidad para dar metástasis es indudable (7,8), por lo tanto dada su potencialidad para acabar con

la vida de la enferma el tratamiento debe ser necesariamente radical (1,5,7,8).

Los anteriores conceptos no son ni con mucho el intento de describir la historia natural de estas tres etapas de la enfermedad, todo lo contrario, se trata de esbozar la semítica más importante a efecto de entender cabalmente el problema que plantearemos.

1.2. PRESENTACION DEL PROBLEMA.

El tratamiento de cualquier enfermedad requiere por necesidad y lógica de un diagnóstico correcto, precepto que si muchas veces no se lleva a cabo no es por culpa de la enfermedad sino por fallas de cualquier tipo inherentes al humano. Algunas de estas fallas son por el momento insalvables como son la falta de conocimientos actuales de una enfermedad dada o la pobreza de innumerables países, - como el nuestro, que materialmente impiden en incontables ocasiones la aplicación de los métodos más avanzados al correcto diagnóstico y tratamiento a los caídos en enfermedad; estos fueron solo dos ejemplos para resaltar porque - en múltiples situaciones nos es imposible el manejo correcto de muchos enfermos. Pero otras veces los desastres, en el manejo diagnóstico y terapéutico se debe no a obstáculos actualmente infranqueables, sino a fenómenos que con honda tristeza nos vemos obligados a señalar, mejor aún a ejemplificar: el médico que por ignorancia o exceso de suficiencia cree consciente o inconscientemente resolver cualquier - escasez diagnóstico o terapéutico; la falta de visión o interés para el estudio de muchos que suponen que por el solo hecho de encontrarse rodeados de médicos y aparatos, de laboratorio y quirófanos, de expedientes y sesiones, los conocimientos entrarán a la mente por un fenómeno semejante a la ósmosis; la desidia para tratar de mejorar las condiciones y sistemas donde se desenvuelve el médico, por el primitivo razonamiento de inferir que las cosas son así y-

nunca se van a mejorar, por la apatía, por la ignorancia por la anquilosis de la mente, por sumisiones que quie-
ran pasar por respeto y lo peor, la negligencia que tra-
duciéndose a omisión voluntaria, refleja la antítesis
del médico. Pero entiéndase bien, no se trata de lanzar
una filípica sino plantear un problema y por supuesto dar
le su adecuada solución, tratando de alejarnos a toda cog-
ta de aquellos factores que desvirtúan nuestro honroso
oficio y que señalamos con claridad.

El problema se inicia cuando tenemos demostración
citológica, por biopsia o ambas que existe un carcinoma cer-
vico uterino in situ o bien microinvasor; el problema con-
tinúa cuando se decide que por la condiciones específicas
de la enferma, el tratamiento es la histerectomía extrafa-
scial sin tener antes un método diagnóstico definitivo. Si
la pieza confirma la etapa 0 ó bien la IA, no habrá proble-
ma; pero sobrevendrá una verdadera tragedia si en la pieza
quirúrgica los patólogos reportan carcinoma francamente in-
vasor, y es tragedia porque sencillamente el carcinoma cer-
vico uterino IB forzosamente se tiene que tratar radical-
mente. Entonces si se trató inadecuadamente, las posibilida-
des de curación disminuyen notablemente aun con radioter-
pia complementaria e incluso se puede perder la esperanza
de curación en muchos casos; además a la enferma se le está
operando y radiando con las consiguiente morbilidad y aun-
mortalidad de los dos métodos juntos. Se comprende que al
resecar el útero de esta forma se pudieran contar linfoáti-
cos con ámbolos tumorales y por lo tanto la sección.

fue sobre tumor y aun dando por hecho que se extirpó la neoplasia visible y palpable, situación que muchas veces no es cierta, la sección de los linfáticos que van del cérvix a los ganglios locorreregionales es innegable (1) y si esos linfáticos tenían émbolos metastásicos entonces la enferma fue necesariamente perjudicada. Por lo tanto el tratamiento correcto requiere de un diagnóstico de certeza, que en las subsiguientes líneas trataremos de definir y que consideramos es la solución del problema.

METODOLOGIA.

Desde la inauguración del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" se han practicado 270 conizaciones cervicales, de los cuales se escogieron 100 conos TOTALMENTE AL AZAR para el estudio en cuestión, primero, se estudiaron los reportes histopatológicos de todos los conos practicados y escogidos al azar y posteriormente se buscaron la biopsias y citologías previas correspondientes a cada uno de los conos. También se estudió el patrón microbiano o germen infectante dado en la citología cérvico vaginal. Los datos anteriores fueron los únicos a revisar, pues estudios muy completos de carcinoma cérvico uterino etapa 0, IA y IB ya han sido realizados y presentados por uno de nosotros (12,13).

Solo se tomaron en cuenta las citologías tomadas cuatro meses antes del cono y si en ese lapso hubo dos o más citologías entonces se tomó la más significativa, por ejemplo, el caso número 37 tuvo una citología sospechosa el 30 - VI/72 y una positiva IV el 19/VII/72 y según lo que explicamos la que se incluyó para el estudio fue la positiva IV. Otro ejemplo es el caso número 14 que tuvo una citología cérvico vaginal Negativo III y posteriormente una sospechosa, entonces se tomó en cuenta solo la sospechosa.

Al igual que en las citologías, cuando hubo dos o más biopsias solo se tomó en cuenta la más significativa, el caso número 32 tiene una biopsia de endocervicitis crónica y más tarde una de carcinoma cérvico uterino in situ, pues bien según nuestro criterio solo tomamos en cuenta a la que-

diagnóstico carcinoma.

Ahora bien repetiremos que al escoger 100 conos al azar en el departamento de patología de nuestro hospital y en donde iban surgiendo los reportes benignos y malignos, solo hasta después, y nunca antes, nos dedicamos a recabar las biopsias y citologías que a cada cono correspondían por lo tanto y válgase la poca modestia, el estudio lo consideramos ético, honrado y sobre todo serio e importante para las conclusiones técnicas y científicas.

ANÁLISIS DE 100 CONOS CON SUS RESPECTIVAS
CITOLOGÍAS Y BIOPSIAS.

Como ya se dijo se estudiaron 100 conos y posteriormente se analizaron las citologías y biopsias correspondientes a cada cono, haciendo hincapié en que solo se tomó en cuenta la citología y la biopsia más significativa dentro de los cuatro meses que le precedieron al cono. Por lo tanto, y obviamente, hay 100 conos, teniendo todos éstos citología cervicovaginal, pero solamente hay 66 biopsias. - En el cuadro Número 1 se describe la citología, la biopsia, el cono y el patrón microbiano para cada caso particular - (vease cuadro número 1). Los diagnósticos definitivos fueron: 11 casos con diagnóstico de carcinoma cérvico uterino invasor; 12 microinvasores; 41 intraepiteliales y en 36 - casos el diagnóstico fué de benignidad.

El análisis de nuestro estudio se puede hacer desde - muchos puntos de vista, pero hemos creído que la división en cuatro grupos según la citología es lo más conveniente para simplificar y sistematizar el motivo de esta tesis, - a saber:

1.- Citología Negativa I y II; 2.- citología Negativas III; 3.- Citologías sospechosas y 4.- citologías positivas IV y V.

En el grupo que nombramos con el No. 1, es decir, - el de las citologías Negativas I y II, tenemos un total - de 29 papanicolaous, en donde se encontraron 4 casos --

con carcinoma cérvico uterino in situ corroborados por biopsia y/o conc; es decir, hubo un 86.63% de seguridad para indicar benignidad y un 13.7% de falla, ya que, - se repite existieron 4 casos con carcinoma in situ que tenían citologías Negativas I y II.

En el grupo que nombramos como Número 2, o sea el de las citologías Negativas III, existieron 10, de las - cuales 3 casos se diagnosticaron como carcinoma in situ en el estudio histopatológico así como un invasor; esto indica un 60% de seguridad y 40% de falla porque en este grupo existen cuatro carcinomas.

En el grupo que etiquetamos como número 3 corresponden al de citologías sospechosas, teniendo 7 marca-- dos de esa manera y con diagnóstico histopatológico de carcinoma en cinco casos (2 invasores y 3 in situ) y 2 resultados histopatológicos negativos para tumor; es - decir, en este grupo existen 71.4% de carcinomas y 28.6% negativos para tumor.

En el grupo número 4 de las citologías positivas IV y V, existieron 50 casos con diagnóstico de carcinoma y 4 en donde la biopsia y conc no demostraron tumor; es decir, cuando las citologías fueron positivas se tuvo diagnóstico histopatológico de carcinoma en 92.6% de los casos y por consecuencia en 7.4% no se demostró --

neoplasia maligna. Sin embargo es interesante señalar que 8 conos resultaron con invasión o sea un 14.8% de estas 54 citologías positivas, señalando que en esos - casos de invasión, ni la citología ni la biopsia dieron el diagnóstico de carcinoma cérvico uterino IB. A conti-
nación se incluyen varios cuadros que desglosan el es-
tudio: en el cuadro número 2 las correlaciones entre las
citologías positivas con su cono y biopsia respectivas;
el cuadro número 3 muestra las citologías sospechosas y
su correlación biopsia y cono; el cuadro número 4, las -
citología Negativas III que tuvieron biopsia o cono de -
carcinoma; el cuadro número 5, muestra las citologías He-
gativas II, con biopsia y/o cono de carcinoma; el cuadro
número 6 corresponde a los conos invasores con cualquier
citología y biopsia y el cuadro número 7 los conos micro
invasores con cualquier citología o biopsia.

CUADRO No. 1

ANALISIS DE 100 CONOS Y SUS RESPECTIVAS BIOPSIAS Y CITOLOGIAS
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

CASO No.	CITOLOGIA	BIOPSIA	CONO	PATRON MICROBIANO.
1	POSITIVO V PARA CACU- EPIDERMIDE IN SITU	CA EPIDERMIOI- DE(no se pue DE de decir si hay invación)	CA EPIDERMIOI- DE	COCOIDE +++
2	IV CACU IN SITU	IN SITU	IN SITU	COCOIDE +++
3	V CA EPIDERMIDE	IN SITU	INVASOR	MIXTO
4	NEGATIVO III SOSPECHOSO PARA CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMIDE	INVASOR	TRICOMONAS +++
5	NEGATIVO III NEGATIVO III NEGATIVO III	CACU EPIDERMIDE IN SITU	POCO DIFERENCIADO MICROINVASOR	MIXTO ++
6	NEGATIVO III -2/VIII/68 SOSPECHOSO- NEGATIVO III NEGATIVO III POSITIVO V. 6/XI/71 PARA MICROINVA SOR	NO	IN SITU	TRICOMONAS +++
7	POSITIVO V CA EPIDERMIOI DE	IN SITU	IN SITU	MIXTO ++ TRICOMONAS +++
8	POSITIVO V	NO	IN SITU EPIDERMIDE	MIXTO +++ TRICOMONAS +
9	POSITIVO V	NO	IN SITU MEDIANAMENTE DIFERENCIADO	MIXTO +++

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGIA	BIOPSIA	CONO	FLORA BACTERIANA
10.	NEGATIVO III VII/68 POSITIVO IV MAY/69	CA. EPIDERMÓIDE IN SITU	CACU INVASOR EPIDERMÓIDE	MIXTO ++ TRICOMONAS +++
11	NEGATIVO III	IN SITU	ENDOCERVICITIS CRÓNICA SEVERA CON ÁREAS DE METAPLASIA ESCAMOSA	TRICOMONAS +++ MIXTO +++
12	NEGATIVO III ABRIL/70 POSITIVO IV ENERO/71	NO	CERVICITIS CRÓNICA	TRICOMONAS + MIXTO +++
13	NEGATIVO II	NO	CERVICITIS	MIXTO +++ MONILIAS ++
14	NEGATIVO III SOSPECHOSO	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	IN SITU	MIXTO ++++ TRICOMONAS +
15	SOSPECHOSO POSITIVO IV MICROINVASOR POSITIVO IV IN SITU	IN SITU	IN SITU	COCOIDE ++ TRICOMONAS +++
16	POSITIVO V IN SITU	IN SITU	CACU EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	MIXTO ++
17	NEGATIVO II	NO	ECTOCERVICITIS ENDOCERVICITIS METAPLASIA ESCAMOSA	MONILIAS ++
18	NEGATIVO III	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRÓNICA	IN SITU	MIXTO ++
19	NEGATIVO III	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	DISPLASIA MODERADA INFLAMACIÓN CRÓNICA	MIXTO ++ MONILIAS ++

CUADRO No. 1

CASO No. 20	CITOLOGIA NEGATIVO I	BIOPSIA NO	CONO ECTO Y ENDO- CERVICITIS - CRONICA MET. ESCAMOSA	FLORA BACTERIANA MIXTO +++
CASO No. 21	POSITIVO V CA. EPIDER- MOIDE	IN SITU	CACU INVASOR EPIDERMÓIDE	COCOIDE ++
CASO No. 22	POSITIVO IV	CA EPIDER- MOIDE. No SABE SI ES INVASOR	IN SITU	MIXTO +
CASO No. 23	POSITIVO V IN SITU	INSUFICIENTE	CACU EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	COCOIDE ++
CASO No. 24	NEGATIVO II	NO	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRONICA	MIXTO +++
CASO No. 25	POSITIVO V EPIDERMÓIDE POSITIVO V IN SITU	CERVICITIS CRONICA Y METAPLASIA ESCAMOSA	IN SITU	MIXTO + COCOIDE ++
CASO No. 26	POSITIVO V	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	IN SITU	MIXTO ++ MONILIAS ++
CASO No. 27	POSITIVO IV POSITIVO V	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	IN SITU	BACILLIFORME ++ MIXTO ++
CASO No. 28	SOSPECHOSO SOSPECHOSO NEGATIVO III	INADECUADA	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	COCOIDE +++ TRICOMONAS +
CASO No. 29	NEGATIVO III	ECTO Y ENDO- CERVICITIS - CRONICA. METAPLASIA ES CAMOSA	ECTO Y ENDO- CERVICITIS - CRONICA META PLASIA ESCA- MOSA	COCOIDE +++

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONOS	FLORA BACTERIANA
30	NEGATIVO II	NO	ECTO Y - ENDOCERVI CITIS CRÓ NICA.	COCOIDE +++ TRICOMONAS +
31	NEGATIVO II	NO	ECTO Y ENDO CERVICITIS	MIXTO ++ MONILIAS +
32	NEGATIVO II	NO	ECTO Y ENDO CERVICITIS	MIXTO ++++
33	NEGATIVO III NEGATIVO II	NO	ENDOCERVICT- TIS CRONICA Y DILATA DIS HASTA	BACILIFORME
34	CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMOL DE	CACU MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR	MIXTO ++ MONILIAS ++
35	NEGATIVO II	CAEU EPIDERMOL DE IN SITU	ENDO Y EXO- CERVICITIS CRONICA	BACILIFORME ++
36	NEGATIVO II	NO	EXO Y ENDOCER- VICITIS CRONI- CA.	COCOIDE +++
37	SOSPECHOSO POSITIVO IV	CA EPIDER- MOIDE MICRO INVASOR	IN SITU	NO FLORA
38	NEGATIVO II	NO	ECTO Y ENDOCER VICITIS	MIXTO ++
39	POSITIVO V IN SITU	NO	CACU IN SITU Y DISPLASIA	BACILIFORME

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGÍAS	BIOPSÍAS	CONOS	FLORA BACTERIANA
40	NEGATIVO II	NO	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRÓNICA	NO FLORA
41	NEGATIVO II	NO	INFLAMACION CRÓNICA	MIXTO +++ TRICOMONAS +++
42	POSITIVO IV EPIDERMÓIDE POSITIVO IV A IN SITU	SIN ALTERA CIÓN HISTÓ LÓGICA.	CACU EPIDERMÓIDE MEDIANAMENTE DIFERENCIADO MICROINVASOR	COCCOIDE ++++ MONILLIAS ++
43	NEGATIVO III NEGATIVO III	ENDOCERVI- CITIS CRO- NICA BIOPSIA VAGINAL INVASOR	CERVICITIS CRÓNICA	MONILLIAS ++++ MIXTO ++
44	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	CERVICITIS CRÓNICA Y DISPLASIA.	CA EPIDERMÓI- DE IN SITU	BACILOFORME ++ MONILLIAS +
45	NEGATIVO II	NO	NECROSIS HEMORRÁGICA INFLAMACION AGUDA	COCCOIDE + MIXTO + TRICOMONAS ++
46	POSITIVO V IN SITU	CACU IN SITU	CACU MEDIANAMENTE DIFERENCIADO MICROINVASOR	MIXTO +++
47	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	MIXTO +++ TRICOMONAS +++
48	POSITIVO V IN SITU	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRÓNICA	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	MIXTO + TRICOMONAS +++
49	NEGATIVO III	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRÓNICA	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE.	MIXTO +

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONO	FLORA BACTERIANA
50	NEGATIVO II	ENDOCERVICITIS CRONICA SEVERA	ENDO Y EXOCERVICITIS CRONICA	BACILIFORME ++
51	NEGATIVO III Abril/73 POSITIVO V a ABONO DE ENDO METRIO	CACU IN SITU DE CERVIX	DISPLASIA EXO Y ENDOCERVICITIS CRONICA.	BACILIFORME ++ MIXTO ++
52	NEGATIVO II	EXO Y ENDO CERVICITIS CRONICA	INFLAMACION CRONICA META- PLASIA ESCAMO- SA.	BACILIFORME + MONILIAS +
53	POSITIVO V IN SITU EPIDERMIOIDE	INFLAMACION CRONICA META PLASIA ESCA- MOSA	CACU IN SITU EPIDERMIOIDE	MIXTO + TRICOMONAS +
54	NEGATIVO I NEGATIVO II	NO	ENDOCERVICITIS CRONICA.	COCOIDE ++
55	NEGATIVO III Octubre/72 POSITIVO V MAYO/73	CACU MICROINVASOR	CACU MICROINVASOR	MIXTO ++ COCOIDE ++
56	NEGATIVO II	NO	ENDOCERVICITIS CRONICA AGUDA	COCOIDE ++ BACILIFORME ++
57	NEGATIVO II	NO	CERVICITIS CRONICA	MIXTO ++
58	POSITIVO V CACU EPIDER MOIDE IN SITU	CERVICITIS CRONICA Y EN SITU MAS DE DISPLA SIA.	CACU IN SITU	MIXTO ++ BACILIFORME ++
59	NEGATIVO III April/72 POSITIVO V IN SITU V-74 POSITIVO V MICROINVASOR MAYO/74	NO	CACU EPIDERMIOIDE MICROINVASOR	MIXTO ++ MONILIAS +++

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONDIC	FLORA BACTERIANA
60	SOSPECHOSO A IN SITU NEGATIVO III	CA. EPIDER- MOIDE MICRO INVASOR	INVASOR	TRICOMONAS +++ MIXTO +++
61	POSITIVO V A IN SITU	CACU MICROIN- VASOR EPIDER- MOIDE MODERA- DAMENTE DIFE- RENCIADO	CACU INVASOR	TRICOMONAS ++ MONILIAS +++
62	NEGATIVO II	CA EPIDERMOI- DE DIFERENCIA DC A IN SITU	CERVICITIS	MIXTO ++
63	NEGATIVO III VII/73 POSITIVO IV XII/73 A IN SITU	CACU IN SITU A EPIDERMIOIDE	CACU IN SITU	MIXTO ++ TRICOMONAS ++
64	NEGATIVO I	LEUCOPLASIA	HIPERPLASIA MICROGLANDULAR METAPLASIA ES- CAMOSA	MIXTO +
65	POSITIVO V A IN SITU	CACU EPIDER- MOIDE A IN - SITU	CA IN SITU	MONILIAS + MIXTO +
66	POSITIVO IV POSITIVO V A IN SITU	MICROINVASOR	CA IN SITU	MIXTO +++
67	NEGATIVO III	NO	LIGERA INFLA- MACION CRONI- CA	MIXTO + BACILIFORME +
68	NEGATIVO II	NO	EPIDERMIZA- CION ACANTOSIS	MIXTO +++
69	NEGATIVO II	NO	DISPLASIA MODERADA	NO HAY FLORA
70	NEGATIVO II	NO	ENDOCERVICITIS CRONICA	MIXTO + COCCIDE + TRICOMONAS +

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONO	FLORA BACTERIANA
71	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	HIPERPLASIA GLANDULAR INFLAMACION AGUDA Y CRÓ- NICA	INFLAMACION CRÓNICA METAPLASIA ES- CAMOSA DIS- PLASIA LIGE- RA.	MIXTO ++
72	NEGATIVO II	CA IN SITU EPIDERMÓIDE	CA IN SITU	MIXTO +++
73	POSITIVO V A IN SITU	INFLAMACION CRÓNICA LIGE- RA CACU IN SITU	CACU IN SITU	MIXTO + MONILIAS +
74	NEGATIVO III POSITIVO IV CACU	NO	CACU IN SITU	MIXTO ++ TRICOMONAS ++
75	POSITIVO V IN SITU	CACU IN SITU	CACU EPIDERMÓI- DE MICROIN- VASOR MODI- FICAMENTE DIFERENCIA- DO	MIXTO ++
76	SOSPECHOSO SOSPECHOSO	NO	ECTO Y ENDO CERVICITIS CRÓNICA MET. ESCAMOSA E HIPERPLASIA GLANDULAR	MIXTO ++ TRICOMONAS ++
77	POSITIVO IV EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU EPIDER- MÓIDE IN SITU	MIXTO ++ TRICOMONAS ++
78	NEGATIVO II	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU EPIDER- MÓIDE IN SITU DISPLASIA LE- VE	TRICOMONAS + MIXTO +++
79	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	CACU EPIDER- MÓIDE IN SITU	CACU EPIDER- MÓIDE MICRO- INVASOR	NO FLORA
80	NEGATIVO II	NO	ENDOCERVICI- TIS Y METAPLA- SIA ESCAMOSA	MIXTO +++ COCCOIDE +++
81	SOSPECHOSO POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU MICRO- INVASOR MEDIA- NAMENTE DIFE- RENCIADO	MIXTO ++ BACILIFORME +

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOCOLIAS	BIOPSIAS	TONOS	FLORA BACTERIANA
82	NEGATIVO III X/69	DISPLASIA MODERADA	CACU EPIDER MOIDE IN SITU	MIXTO +++ TRICOMONAS +++
83	NEGATIVO I	NO	EXO Y ENDOCER VICITIS CRONI CA	MIXTO ++
84	POSITIVO IV	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU FOCAL DIFERENCIADO MUCOINVASOR	MIXTO ++ TRICOMONAS ++
85	SOSPECHOSO NEGATIVO III NEGATIVO III	CACU EPIDER MOIDE CACU IN SITU	CACU IN SITU	BACILIFORME +++
86	POSITIVO IV	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU	BACILIFORME ++ TRICOMONAS ++
87	SOSPECHOSO VI/74 NEGATIVO III NEGATIVO III POSITIVO IV VII/75 EPIDERMÓIDE	EXO Y ENDOCER VICITIS CRONI CA	CACU EPIDER- MOIDE IN SITU	MIXTO ++
88	POSITIVO IV	NO HAY MALIGNI DAD. INFLAMACION - CRONICA	ENDOCERVICITIS CRONICA METAPLA SIA ESCAMOSA DISPLASIA SEVE- RA	MIXTO ++ MONILIA +
89	POSITIVO IV A IN SITU	NO	CACU IN SITU	MIXTO + MONILIAS +
90	NEGATIVO III NEGATIVO III	INFLAMACION CRONICA Y AGUDA	DISPLASIA FO- CAL EXOCERVI CITIS CRONICA METAPLASIA ES CAMOSA	MIXTO + BACILIFORME ++
91	NEGATIVO XI	NO	FIBROSIS CICA TRICIAL DE -- ECTOCERVIX E INFLAMACION - CRONICA	MIXTO +++ COCCIDE +++

CUADRO No. 1

CASO No.	CITOLOGÍAS	BIOPSIAS	CONOS	FLORA BACTERIANA
82	POSITIVO IV	ENCOCERVICITIS CRÓNICA CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	MIXTO ++ COCCIDE +
83	POSITIVO IV	NO	ECTO Y ENDO- CERVICITIS - CRÓNICA META- PLASIA ESCA- MOSA	BACILIFORME ++
84	POSITIVO V IN SITU	INFLAMACION CRÓNICA ULCI- RADA	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	MIXTO ++
85	NEGATIVO II X/74 NEGATIVO III SOSPECHOSO IV/75	ENDOCERVICI- TIS CRÓNICA ULCERADA CON HIPERPLASIA MICROGLANDU- LAR	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	MIXTO ++ MONILIAS +
86	POSITIVO IV EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU EPIDERMÓI- DE IN SITU	BACILIFORME +++ TRICOMONAS +
87	NEGATIVO I VI/72 NEGATIVO III	NO	ENCOCERVICITIS CRÓNICA QUISTI- CA	BACILIFORME +++ TRICOMONAS +
88	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	TRICOMONAS +++ MIXTO ++
89	NEGATIVO III I/75 POSITIVO IV IV/75	NO	CACU MICROINVA- SOR EPIDERMÓI- DE	MIXTO ++ COCCIDE ++
100	NEGATIVO II III/73 NEGATIVO IX POSITIVO IV I/75	CACU MICRO- INVASOR	CACU INVASOR	MIXTO +++ BACILIFORME +

CUADRO No. 2

CITOLOGIAS POSITIVAS Y SU CORRELACION CON CONOS Y BIOPSIAS
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E

CASO No. 1	CITOLOGIA POSITIVO V IN SITU EPIDERMÓIDE	BIOPSIA CA EPIDERMÓIDE NO SE SABE SI ES INVASOR	CONO CA EPIDERMÓIDE INVASOR.
CASO No. 2	IV CACU IN SITU	CACU IN SITU	IN SITU
CASO No. 3	POSITIVO V CA EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU	CACU INVASOR
CASO No. 6	POSITIVO IV PARA MICROINVASOR	NO SE PRACTICO	CACU IN SITU
CASO No. 7	POSITIVO V CA EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU	CACU IN SITU
CASO No. 8	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE
CASO No. 9	POSITIVO V	NO SE LE PRACTICO	CACU IN SITU MODERADAMENTE DIFERENCIADO
CASO No. 10	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU INVASOR EPIDERMÓIDE
CASO No. 12	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CERVICITIS CRÓNICA
CASO No. 15	POSITIVO IV PARA MICROINVASOR POSITIVO IV PARA IN SITU	CACU IN SITU	CACU IN SITU

CUADRO No. 2

CASO No. 16	CITOLOGIAS POSITIVO IV	BIOPSIAS CACU IN SITU	CONO CACU EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR.
CASO No. 21	POSITIVO V PARA CACU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU	CACU EPIDERMÓIDE
CASO No. 22	POSITIVO IV	CA EPIDERMÓI- DE NO SE SABE SI ES INVASOR	CACU IN SITU
CASO No. 23	POSITIVO IV IN SITU	INSUFICIENTE	CACU MEDIANAMENTE DIFERENCIADO INVASOR.
CASO No. 25	POSITIVO IV PARA EPIDER- MÓIDE POSITIVO V PARA IN SITU	CERVICITIS CRÓNICA METAPLASIA ESCAMOSA	CACU IN SITU
CASO No. 26	POSITIVO V	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	CACU IN SITU
CASO No. 34	POSITIVO IV IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU MAL DIFERENCIADO INVASOR.
CASO No. 37	POSITIVO IV	CACU MICROINVA- SOR	CACU IN SITU
CASO No. 39	POSITIVO V CACU IN SITU	INFLAMACION CRÓNICA	CACU IN SITU Y DISPLASIA
CASO No. 42	POSITIVO IV EPIDERMÓIDE POSITIVO IV A CACU IN SITU	SIN ALTERA- CIONES PATOLOGICAS	CACU MEDIANAMENTE DIFERENCIADO MICROINVASOR.

CUADO No. 2

CUADRO No.	CITOLOGIAS POSITIVO V PARA EPIDERMÓIDE	BIOPSIAS CERVICITIS CRO- NICA Y DISPLA- SIA	CONOS CACU EPIDERMÓIDE IN SITU
44			
CASO No. 46	POSITIVO V IN SITU	CACU IN SITU	CACU MICROINVASOR.
CASO No. 47	POSITIVO V PARA EPIDER- MÓIDE	CACU EPIDERMÓI- DE (NO DICEN SI HAY INVASION)	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE
CASO No. 48	POSITIVO V A IN SITU	ECTO Y ENDOCER- VICITIS CRONICA	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU
CASO No. 51	POSITIVO V	CACU IN SITU	DISPLASIA EXO Y ENDOCERVICITIS CRONICA.
CASO No. 53	POSITIVO V PARA IN SITU EPIDERMÓIDE	INFLAMACION CRONICA META- PLASIA ESCAMOSA	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE
CASO No. 55	POSITIVO V	CACU MICROINVASOR	CACU MICROINVASOR.
CASO No. 58	POSITIVO V PARA EPIDER- MÓIDE IN SITU	CERVICITIS CRONICA Y ZONAS DE DISPLASIA	CACU IN SITU
CASO No. 59	POSITIVO V IN SITU POSITIVO V MICROINVASOR	NO SE PRACTICO LA BIOPSIA	CACU EPIDERMÓIDE MICROINVASOR
CASO No. 61	POSITIVO V A IN SITU	CACU MICROINVA- SOR EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO	CACU MODERADAMENTE DIFERENCIADO MICROINVASOR.
CASO No. 63	POSITIVO IV A IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU
CASO No. 65	POSITIVO IV A IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU

CUADRO No. 2

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONCS.
66	POSITIVO V A IN SITU	CACU MICROINVASOR	CACU IN SITU
71	POSITIVO V A EPIDERMÓI DE	HIFERPLASIA GLANDULAR E INFLAMACION AGUDA Y CRÓ NICA	INFLAMACION CRÓ NICA ESCAMOSA DISPLASIA LIGERA
73	POSITIVO V A IN SITU	INFLAMACION LIGERA CACU IN SITU	CACU IN SITU
74	POSITIVO IV	NO SE PRACTI CO	CACU IN SITU
75	POSITIVO V PARA IN SITU	CACU IN SITU	CACU MICROINVASOR EPIDERMÓIDE MODI FICADO.
77	POSITIVO IV PARA EPIDERM ÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU
79	POSITIVO V PARA EPIDERM ÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU EPIDERMÓIDE MICROINVASOR
81	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU MICROINVASOR EPIDERMÓIDE MODERA DAMENTE DIFERENCIÁ DO.
82	POSITIVO IV	DISPLASIA MODERADA	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE
84	POSITIVO IV	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU MICROINVASOR EPIDERMÓIDE POCO DIFERENCIADO.
86	POSITIVO IV PARA IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU

CUADRO No. 2

CASO No. 87	CITOLOGIAS POSITIVO IV	BIOPSIAS EXO Y ENDOCER VICITIS CRONI CA	COHOS CACU EPIDERMIDE IN SITU
CASO No. 88	POSITIVO IV	INFLAMACION CRONICA	DISPLASIA SEVERA
CASO No. 89	POSITIVO IV A IN SITU	NO SE PRACTI CO	CACU IN SITU
CASO No. 92	POSITIVO IV	ENDOCERVICITIS CRONICA CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMIDE
CASO No. 93	POSITIVO IV	NO SE PRACTI CO	ECTO Y ENDOCERVICI TIS METAPLASIA ES-- CAMOSA.
CASO No. 94	POSITIVO V A IN SITU	INFLAMACION CRONICA	CACU IN SITU EPIDERMIDE
CASO No. 96	POSITIVO IV A EPIDERMIDE	CACU IN SITU EPIDERMIDE	CACU EPIDERMIDE IN SITU
CASO No. 98	POSITIVO IV	CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMIDE.
CASO No. 99	POSITIVO IV	NO SE PRACTI CO	CACU MICROINVASOR EPIDERMIDE.
CASO No. 100	POSITIVO IV	CACU MICROINVA SOR	CACU MICROINVASOR.

CUADRO No. 3

CITOLOGIAS SOSPECHOSAS Y SU CORRELACION CON CONOS Y BIOPSIAS.
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

CASO No. 4	CITOLOGIAS NEGATIVO III SOSPECHOSO CACU IN SITU	BIOPSIAS CACU IN SITU	CONOS INVASOR.
CASO No. 14	NEGATIVO III SOSPECHOSO	CACU IN SITU	CACU INVASOR
CASO No. 28	SOSPECHOSO SOSPECHOSO NEGATIVO III	INADECUADA	CACU IN SITU EPIDERMIDE
CASO No. 60	SOSPECHOSO NEGATIVO III	CACU MICROINVASOR	CACU MICROINVASOR.
CASO No. 75	SOSPECHOSO SOSPECHOSO	NO SE PRACTI- CO	ECTO Y ENDOCERVICI- TIS CRONICA. META- PLASIA ESCAMOSA HI- PERPLASIA GLANDULAR
CASO No. 85	SOSPECHOSO NEGATIVO III NEGATIVO III	CACU EPIDERMIO DE. CACU IN SITU	CACU IN SITU
CASO No. 98	NEGATIVO III NEGATIVO III SOSPECHOSO	ENDOCERVICITIS CRONICA E HIPER PLASIA GLANDULAR	EXO Y ENDOCERVICI- TIS CRONICA.

CUADRO No. 4

CITOLOGIAS NEGATIVO III CON CONO O BIOPSIA DE CARCINOMA.
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

CASO No.	CITOLOGIAS NEGATIVO III NEGATIVO III NEGATIVO III	BIOPSIAS CACU IN SITU	CONOS CACU INVASOR
CASO No. 11	NEGATIVO III	CACU IN SITU	ENDOCERVICITIS CRONICA SEVERA METAPLASIA ESCA MOSA.
CASO No. 18	NEGATIVO III	EXO Y ENDOCER VICITIS CRONI CA	CACU IN SITU
CASO No. 04	NEGATIVO III	EXO Y ENDOCER VICITIS CRONICA	CACU IN SITU

CUADRO No. 5

CITOLOGIA NEGATIVO II CON CONO O BIOPSIA DE CARCINOMA.
CENTRO HOSPITALARIO "10 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

CASO No.	CITOLOGIAS	BIOPSIAS	CONDS.
36	NEGATIVO II	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	ENDO Y EXOCERVICITIS CRÓNICA.
62	NEGATIVO II	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU	CERVICITIS
72	NEGATIVO II	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU
78	NEGATIVO II	NO SE PRACTICÓ	CACU EPIDERMÓIDE IN SITU

CUADRO No. 5

CONOS INVASORES CON CUALQUIER CITOLOGIA O BIOPSIA.
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

CASO No.	CITOLOGIA	BIOPSIA	CONO INVASOR.
1	POSITIVO V A CACU IN SITU	CACU (NO SA- BEN SI HAY IN- VASION).	INVASOR.
CASO No. 3	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	INVASOR
CASO No. 4	NEGATIVO III SOSPECHOSO	CACU EPIDER- MÓIDE IN SITU	INVASOR
CASO No. 5	NEGATIVO III NEGATIVO III NEGATIVO III	CACU EPIDERMÓI- DE IN SITU	INVASOR POCO DIFERENCIADO
CASO No. 11	NEGATIVO III VII/68 POSITIVO IV V/ 68	CACU IN SITU	INVASOR EPIDERMÓIDE
CASO No. 16	POSITIVO V A IN SITU	CACU IN SITU	INVASOR EPIDER- MÓIDE MODERADA- MENTE DIFEREN- CIADO.
CASO No. 21	POSITIVO V EPIDERMÓIDE	CACU IN SITU	INVASOR EPIDERMÓIDE
CASO No. 25	POSITIVO IV IN SITU	INSUFICIENTE	INVASOR
CASO No. 34	POSITIVO IV A IN SITU	CACU IN SITU	MODERADAMENTE DIFERENCIADO INVASOR.

CUADRO No. 7

CONOS MICROINVASORES CON CULQUIER CITOLOGIA Y BIOPSIA.
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

CASO No.	CITOLOGIAS POSITIVO IV IN SITU	BIOPSIAS SIN ALTERACIONES HISTOLOGIA	CONOS MICROINVASOR EPIDERMÓIDE
42			
CASO No. 46	POSITIVO V PARA CACU IN SITU	CACU IN SITU EPIDERMÓIDE	MICROINVASOR EPIDERMÓIDE.
CASO No. 55	POSITIVO V	CACU MICRO- INVASOR	MICROINVASOR EPIDERMÓIDE
CASO No. 59	POSITIVO V PARA MICRO INVASOR	NO SE PRACTI CO	CACU EPIDERMÓI DE MICROINVA-- SOR.
CASO No. 61	POSITIVO V PARA IN SITU	MICROINVASOR EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO	MICROINVASOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO.
CASO No. 75	POSITIVO V PARA IN SITU	CACU IN SITU	MICROINVASOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO.
CASO No. 81	POSITIVO IV	CACU IN SITU	MICROINVASOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO
CASO No. 84	POSITIVO IV	CACU IN SITU	POCO DIFERENCIA DO MICROINVASOR
CASO No. 99	POSITIVO IV	NO SE PRACTI CO	MICROINVASOR EPIDERMÓIDE.

CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES PARA RESOLVER EL PROBLEMA.

1.- El estudio de 199 conos y su correlación con sus respectivas biopsias y citologías, demuestra el hecho importantísimo de que solamente la conización nos puede dar el diagnóstico cuando la citología y la biopsia dan solo datos de carcinoma intraepitelial o microinvasor. Por eso en nuestro estudio no existe ninguna biopsia con diagnóstico de invasión ya que es obvio que cuando se obtiene diagnóstico de carcinoma cérvico uterino IB, la conización cervical es innecesaria. No está por demás volver a hacer énfasis en que sería un gravísimo error hysterectomizar a una enferma con diagnóstico de carcinoma in situ o microinvasor, que solamente tuviera citología o biopsia con estos diagnósticos ya que sería una desagradable sorpresa encontrar en la pieza invasión. Sin embargo es justificable proceder a hysterectomía absteniéndose del cono en los casos donde técnicamente la conización no es factible, también se justifica no proceder a conizar, cuando las condiciones de la enferma son tan deplorables que solamente con radioterapia se solventará el grave riesgo con el inconveniente que no se tendrá el diagnóstico definitivo

2.- Cuando la citología resulta sospechosa se deberá tomar biopsia para descartar invasión con lo que se podría ahorrar la conización cervical, pero si el estudio histopatológico de la biopsia resulta negativo para tumor, con carcinoma intraepitelial o bien con microinvasión, se deberá practicar una -

conización cervical ya que no se justificará esperar a que la sospecha se convierta en realidad. Esto fácilmente lo demostramos en el cuadro número 3 en donde de 7 citología sospechosas 5 tuvieron diagnóstico definitivo de carcinoma, 3 de los cuales fueron In situ y 2 invasores.

3.- Cuando la citología es Negativa III se debe tomar biopsia (16,15) si no hay carcinoma se indicará tratamiento médico específico o inespecífico durante un mes para que al finalizar este se repita la citología que de persistir en Negativo III hará que se tome otra biopsia y nuevamente se dará tratamiento médico por un mes; creemos que solo 3 meses es el lapso razonable para vigilar y tratar a una enferma con citología Negativa III persistentes y biopsias Negativas para tumor. Al final de los 3 meses se deberá llevar a cabo conización cervical para el diagnóstico definitivo y/o la curación de la displasia. Téngase presente que en nuestro estudio existieron cuatro carcinomas, uno de ellos invasores y 3 in situ que habían tenido citologías Negativas III (vease cuadro No. 4).

4.- No sabemos la causa exacta por la que pacientes Negativo I y II fueron conizadas, pero esto nos hace suponer que a pesar de estos diagnósticos citológicos habían lesiones tan ostensibles en el cuello que obligaron a efectuar este procedimiento, pero lo que es más importante es el hecho ya mencionado de que cuatro o sea 13.7%, cifra nada despreciable, tenían un carcinoma In situ. Estos cuatro casos de carcinoma In situ provinieron de citologías Negativas II.

5.- Por todo lo antes mencionado pensamos que una solución del problema es tomar como base el cuadro que a continuación se expone ya que otros autores (2,17), al igual que nosotros encuentran carcinomas invasores en el cono cuando tenían biopsias y/o citologías para carcinoma -- in situ o microinvasor.

EXPLICACION DEL CUADRO SIGUIENTE:

Cuando la citología se reporta como Negativo I, - hay que repetirlos semestral o anualmente.

Cuando la citología se reporta como Negativo II - se debe dar tratamiento médico y control semestral. Cuando existe o reportan citología Negativo III se debe --- hacer biopsia y si el resultado de la biopsia es negativo para tumor se debe dar tratamiento médico por un mes.

Si la biopsia se reporta In Situ, se debe reali--zar cono y legrado. Si la biopsia se reporta con esta--dio clínico I.A. se llevara a cabo igualmente!

Y posteriormente tratamiento definitivo.

Si la biopsia se reporta I.B. hay que practicar - tratamiento radical.

Si la citología se reporta como Negativo III a pesar de dar tratamiento médico por un mes y al repetir la biopsia se reporta negativo para tumor hay que dar nuevamente tratamiento médico por un mes, y si al tercer mes se reporta la biopsia Negativo para tumor se efectuará conización cervical y legrado uterino.

En caso de reportar una citología sospechosa se tomará biopsia y si el resultado de la misma es negativo para tumor se practicará cono y legrado uterino.

En caso de reportarse la biopsia In Situ se practicara cono y legrado.

En caso de reportarse la biopsia como estadio clínico-I.A. se practicará cono y legrado. Y pisteriormente se dará tratamiento definitivo.

Si la biopsia se reporta IB se practicará tratamiento radical.

Si el reporte de la citología es Positivo IV ó V hay que practicar biopsia y si el reporte es negativo para tumor se realizará cono y legrado uterino.

Si el reporte es de la biopsia es Ca In Situ se practicará cono y legrado.

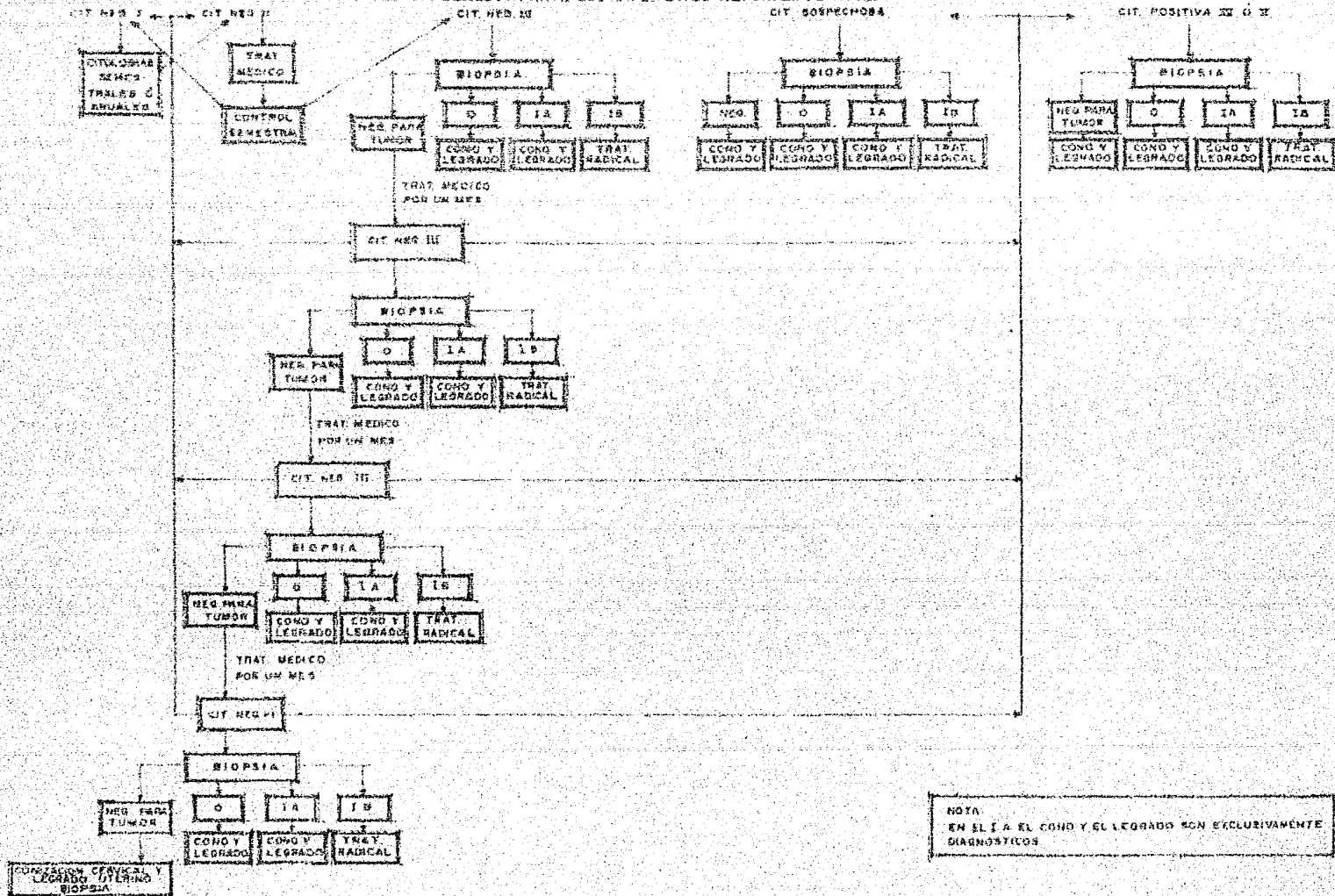
Si se reporta la biopsia con estadio clínico IA se

practicará cono y legrado y posteriormente se dará tratamiento definitivo.

En caso de reportar la biopsia como IB se debe dar - tratamiento radical.

Nota: En el IA el cono y el legrado son exclusivamente diagnóstico.

CONDUCTA ANTE LOS DIFERENTES REPORTES DE CITOLOGIA



NOTA
 EN EL IA EL CONO Y EL LEGRADO SON EXCLUSIVAMENTE
 DIAGNOSTICOS

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Bruschwing, A.: Treatment of cancer of the cervix, all stages by surgical excision. Sixth National cancer conference proceedings. Eds. Lippincott. 353-360, 1968.
- 2.- García Sainz, M., en oncology (Year Book. publishers). Vol. IV. pag. 232, 237, 1970.
- 3.- Graber A.E. Carcinoma In situ. En Barber, RH. and, R.H. - (Eds.) Gynecological Oncology New York Excerpta Médica -- Foundation, 1972. , Pag. 89.
- 4.- Herartigt, A. and Gore, H.: Tumors of the Female sexs - organs. part II Washington. Armed, Forces Institute of - pathology, 99-122, 1960.
- 5.- Kolstad, P. : Carcinoma of the cervix Stage Ia. Am.J.Obst. Gynecology. 104:1615, 1969.
- 6.- Magara, M. Iwayo, H. and Senda, T.: Abdominal radical opera - tion for cancer of the cervix, Oncology 21:283-299, 1967.
- 7.- Masabuchi, K. Tanjine y, Kubo, H. and Kimura, M. Five year - cure rate for carcinoma of the cervix uteri, whit the -- special references to comparison of surgical and radia - tion the rapy. AM.S. and.gynecology. 103:566-573, 1959.
- 8.- Meigs, V.S. Surgical treatment of cancer of the uterine -- cervix. En Pak, T.G. and Ariel, M.I. (Eds) treatment of. cancer and allied diseases. Vol.VI. Tumours of the female genitalia. 2a. Edición New York 1962. pag.175.
- 9.- Nelson, J.M. Ed. J.B. Lippincott. en Seventh National cancer conference proceedings, pag. 233-274, 1972.
- 10.- Hyirjersy, I.: Atypical or suspicious cervical smears, and agresive diagnostic, approach. J.A.M.A. 222:691, Nov, 6, 1-72.
- 11.- Park, F.C. Pattow, W.E. and Rogers, Re.E.: Treatment of stage I. carcinoma of the cervix. Obst. and Gynecology. - 41:117-122 January 1973.
- 12.- Ramirez H.J. y Morales, E.J. El carcinoma cérvicouterino

etapas Ia y Ib en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E., (Tesis de post-grado UNAM, 1976).

- 13.- Ramirez, H.M. y Casillas, E.J. Carcinoma intraepitelial de cervix en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre -- I.S.S.S.T.E., (Tesis de post-grado UNAM., 1976).
- 14.- Reagan W.J. concepts of genesis and development in ser la cervical neoplasia. Obst. and. gynene Surv. 24:860-873, 1969.
- 15.- Richard, R.M. A Follow up studye of pattients with cervical displasia. AM.J. Obst. and Gyenec. 105:386-393-- Oct.I., 1969.
- 16.- Smith, J.H.: stage Ia squamous cell carcinoma of the uterine cervix. Am. J. Obst. and Gynaecology, 105:46-58, 1969.
- 17.- Ulfelder, H.--Surgery for prymari Invasive disease of the cervix En Herber, R.H. and Graver, A.E. (Eds.), Gynecology year book Ibckigy. New York, Excerpta Medica Foundation, 1970 pag. 94.
- 18.- Vargas.A.:The relation Shep of cervical dysplasia to in-situ and. Invasive carcinoma of the cervix.Am.J. Obst. -- Gynecology 95:759, 1966.