

11217  
10  
20j



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

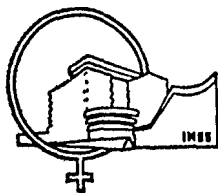
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital de Ginecología y Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Estado actual en el tratamiento del NIC en el  
Hospital de Gineco Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

**TESIS DE POSTGRADO**  
Que para obtener la Especialidad en:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

**DR. BENJAMIN BIRUETE CORREA**



Asesores: Dr. Manuel Villalobos Román  
Dr. Elías Karim Silhy Sesin

México, D.F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1987



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



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

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

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

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

## CONTENIDO.-

-INTRODUCCION.....	1
-MATERIAL Y METODOS.....	8
-RESULTADOS.....	9
-COMENTARIOS.....	18
-CONCLUSIONES.....	21
-BIBLIOGRAFIA.....	25

## INTRODUCCION.-

Desde la confirmación teórica del origen unicelular de la neoplasia intraepitelial del cérvix (NIC), y la acumulación de pruebas en apoyo a la hipótesis de que la displasia, cáncer in situ (CIS) y el cáncer invasor, representan el mismo proceso, y con las aportaciones de Richart (31,32,33,34),--- primeramente la observación que la neoplasia intraepitelial del cérvix preinvasora integra una serie de cambios hasta -- llegar a CIS y la introducción del término que actualmente -- se utiliza de CIN (CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA) ha -- originado la reintroducción del procedimiento colposcópico -- que fue descrito por Hinselman en Alemania desde 1925, que -- en esa época intentaba aminorar la cifra de morbi-mortalidad del cáncer cervico-uterino en dicho país. Posteriormente en 1956 Navratil en Australia demostró que con la combinación -- de una citología y colposcopia era posible aumentar la seguridad de la detección de cáncer precoz hasta un 99%. En terminos generales 12% de las colposcopias son no satisfacto---

rias, por lo que Richart ha recomendado un legrado endocervical y actualmente se ha sugerido la cervicografía, ya que el procedimiento es doloroso y tiene un alto índice de falsas negativas. Por tal motivo se tuvo que esperar hasta los años 60s para que los países de habla anglosajona se interesaran por el método y por causa de estos los tratamientos durante mucho tiempo fue la eliminación quirúrgica de la lesión precancerosa ya sea por conización y/o histerectomía. En fechas recientes se ha orientado la atención a los métodos conservadores, todos dependen de la erradicación de la lesión localizada por destrucción tisular físicamente. Es imperativo que cualquier método sea capaz de destruir las lesiones del NIC contenidas dentro de las glándulas cervicales más correctamente en las criptas. Anderson y Hartley (1980) muestran que este tejido existe aproximadamente a 3.8mm de profundidad en promedio, en 350 conos diagnósticos.

Cuatro son los métodos conservadores:

**CRIOTERAPIA.**--Es la destrucción local controlada de tejido --

por aplicaciones de temperaturas inferiores al congelamiento. Los gases más utilizados son el nitrógeno, dióxido de carbono, freon 22 y óxido nitroso. El mecanismo de acción se explica por los cambios celulares químicos y morfológicos destructivos y son: 1) destrucción y concentración tóxica de electrolitos y por la extracción de agua; 2) desnaturalización de las moléculas líquidas protéicas dentro de las membranas celulares; 4) choque térmico y 5) estasis vascular. Creasman y Parker examinaron por primera vez la criocirugía en el cérvix, recibiendo sus pacientes una simple congelación, un 48% de sus pacientes persistieron con displasias. Posteriormente Creasman (1981), Disaia y Creasman (1984) refieren otra técnica que es la congelación de 3 minutos, descongelación por 5 minutos y 3 minutos de congelación. El cérvix es congelado hasta que la bola de hielo se extienda hasta 5 mm por fuera de la lesión y con una profundidad de 2 a 5mm, por otro lado Townsend y Ostergar (1971) afirmaron haber destruido el tejido cervical en una profundidad de 10mm. Esta técnica

no requiere anestesia, las complicaciones no son comunes solamente se reporta durante la misma debilidad y calambres -- abdominales. No limita las actividades de la paciente solamente el coito, con abstinencia por dos semanas. Los cambios histológicos a las 24 hs después del congelamiento --- son necrosis intensa y no se observa superficie de epitelio, a las dos semanas tejido de granulación con abundantes capilares, proliferación de fibroblasto e infiltración de polimorfonucleares; a las 4 semanas esta cubierto de epitelio inmaduro; a las 6 semanas epitelio estratificado y a las 8 semanas epitelio normal. Se han reportado una gran variedad -- de índices terapéuticos que van desde 27 a 96%, con una variante para la técnica doble con un índice de falla de 6.2% - y para la técnica simple de 16.3%, esto reportado por Schantz en 1984. Arof (1984) observo también dependia de el tamaño de la lesión, observando que cuando afectaba un cuadrante tenia un índice de éxito del 99%, cuando afectaba 2 cuadrantes 93% y cuando eran los 3 o 4 cuadrantes disminuía hasta -

el 61%. Hay que hacer mención que la crioterapia no afecta la fertilidad.

**LASER.**- El láser de dióxido de carbono tiene las ventajas de que es totalmente absorbido por el agua y no es calor dependiente, como el 80% de las células es agua el efecto del rayo sobre los tejidos es similar. Las células del cérvix son dañadas porque absorben la luz del láser y explotan en una bocanada de vapor según la energía de la luz se convierte instantáneamente en un calor de 100°C, por este efecto se puede afectar unas células vecinas. La curación progresa siguiendo un patron similar a las heridas por bisturí. Estas heridas son limpias el flujo termina en 3 a 5 días. La curación es a las 4 semanas. Baggish ha reportado una tasa de curación del --- 90% con un solo tratamiento y de 96% después de dos. La única desventaja con respecto a la criocirugía, es que el equipo es muy costoso.

**ELECTROCAUTERIZACION.**-Se puede utilizar como método extra--- hospitalario, pero es imposible destruir tejido a una profun



6  
didad mayor de 3mm y si se intenta producirá molestias. Se han reportado tasas de curación de 85 hasta 90% incluyendo al -- CIS.

**ELECTRODIATERMIA.**- Destruye en forma más efectiva que la cauterización, pero debe hacerse bajo anestesia general. Se --- puede destruir hasta una profundidad de 1 a 1.5cm. Tiene un mayor índice de complicaciones como la hemorragia, la infección, estenosis, sinequias y tarda más en cicatrizar y desplaza la unión escamo columnar al endocérvix.

Los métodos radicales fueron los primeros en utilizarse - como tratamiento del NIC, ya que al observar que al realizar una biopsia y/o conización diagnóstica, modificaban parcialmente su progresión natural de la enfermedad. Y entre los -- métodos radicales contamos:

**CONIZACION.**-Fue descrito por Lisfranc en 1815, posteriormente Sims en 1860 y Emmet en 1875 modificaron la técnica original. Se han reportado un gran porcentaje de complicaciones entre el 3 a 26%, incluyendo accidentes en la anestesia, he-

morragia, reacciones por transfusiones, infecciones pélvica, estenosis e incompetencia cervical. La mayor efectividad se observa cuando es dirigida por colposcopia. Sus indicaciones son: 1) Colposcopia insatisfactoria; 2) Legrado endocervical positivo; 3) Discrepancia entre citología, colposcopia e histología; 4) Datos de microinvasión. Actualmente Soutter en 1984 reporto el uso del microhisteroscópio de Hamou para dirigir el cono, cuando la zona de transformación no es visible.

**HISTERECTOMIA.** - Las indicaciones son: 1) Bordes positivos del cono para NIC; 2) NIC recurrente después del cono; 3) Esterilización; 4) Enfermedad ginecológica y 5) Cancerofobia. Es un tratamiento eficaz de la neoplasia intraepitelial del cérvix, se reportan tasas de recurrencia tan baja del 1%, por tal motivo hay que hacer colposcopia y Papanicolaou a partir del 4o mes.

El objetivo del presente estudio es saber los métodos terapéuticos del NIC en el Hospital de Gineco-Obstetricia --- "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro So-

cial, así como el grado de efectividad.

#### MATERIAL Y METODOS.-

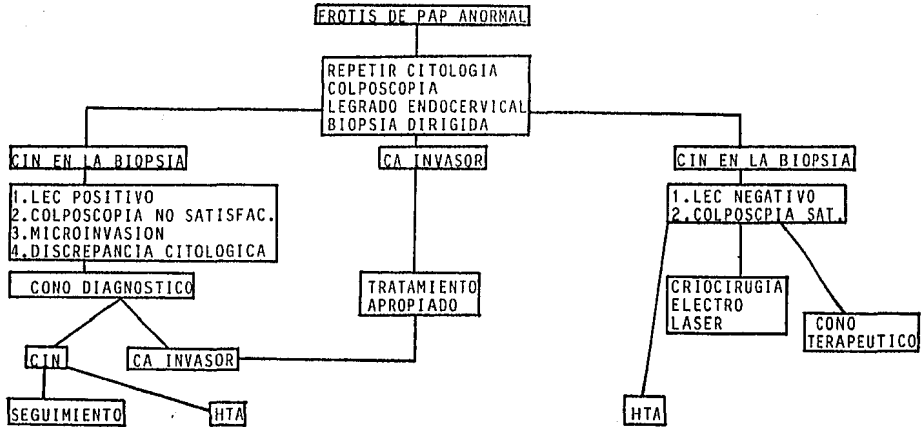
Se revisaron las libretas de colposcopia del servicio --- de Ginecología del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se -- realizo un estudio retrospectivo durante un período de 4 --- años.

El protocolo de evaluación colposcópica y manejo de la -- neoplasia intraepitelial del cervix (NIC) se muestra en la - FIGURA 1. Los exámenes colposcópicos fueron realizados por - el personal adscrito al servicio como son: Jefe de Servicio; - Médico de base y en ocasiones por el residente de cuarto año en la especialidad de gineco-obstetricia.

Se analizaron de cada hoja de colposcopia los siguientes datos: 1) Gesta; 2) Edad; 3) Inicio de vida sexual activa; 4) Col--- poscopia satisfactoria y/o no satisfactoria; 5) Grado de NIC - colposcopicamente y su correlación con la biopsia; 6) Trata--- miento instituido; 7) Seguimiento y 8) Los meses en que se pre-

FIGURA 1

PROTOCOLO DE EVALUACION COLPOSCOPICA Y MANEJO  
DEL CIN

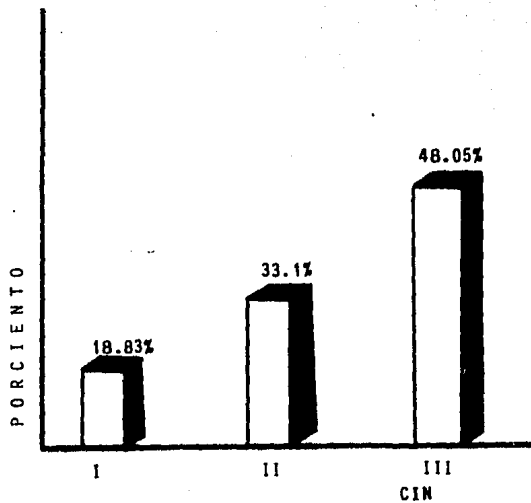


sento la persistencia y/o recurrencia. Hay que mencionar que se excluyeron del estudio todas las pacientes en las cuales se había diagnosticado NIC por colposcopia y en el resultado de la biopsia fue de lesión benigna y en los cuales no concor-  
daron se colocaron en el grado de NIC que demostro la biop-  
sia.

#### RESULTADOS.-

De todas las colposcopias realizadas, solo incluimos 154 pacientes en el presente estudio, por tener los requisitos - indispensables para el presente trabajo. De estas 154 corres-  
pondieron a NIC I, 29 casos lo que hace el 18.83 por ciento, al NIC II fueron 51 casos siendo el 33.1 por ciento y para el -  
NIC III fueron 74 casos siendo el grupo mayor con el 48.5 por ciento (FIGURA 2). Agrupando al total de las pacientes por -  
quinquenios, observamos que el quinquenio donde se presentaron el mayor número de casos fue el de 35 a 39 casos correspon-  
diendo el 25.3 por ciento, siguiendo el quinquenio entre ---  
30 a 34 años con 32 casos con el 20.7 por ciento, así suce--

FIGURA   2

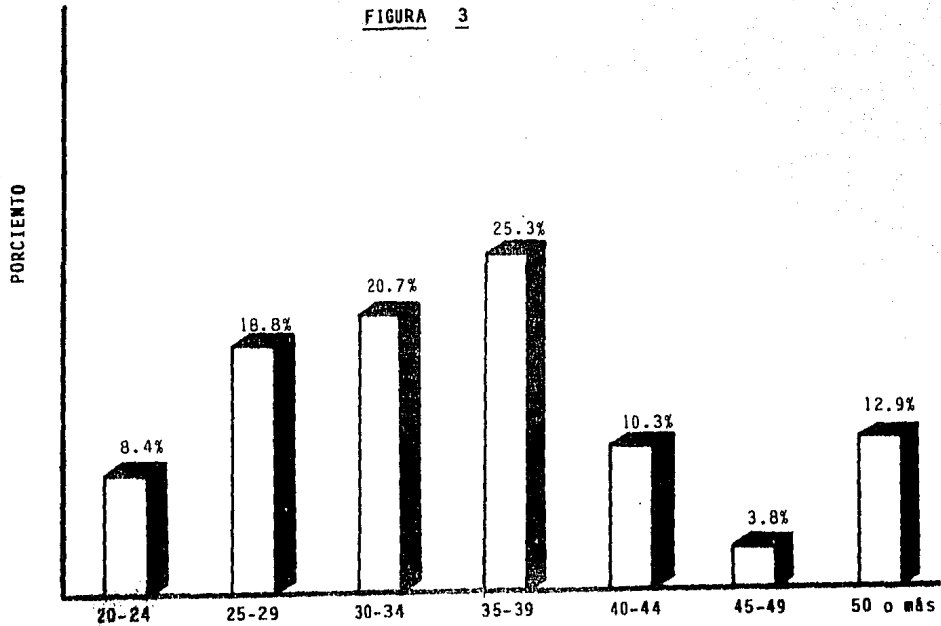


sivamente hasta llegar ha encontrar la frecuencia más baja - que correspondio al quinquenio de 45 a 49 años con 6 casos - con un porcentaje del 3.8 por ciento (FIGURA3).

Si se desgloza los datos y si agrupamos por grado del --- NIC, observamos que la edad promedio para el NIC I fue de -- 41.7 años, para el NIC II es de 36.4 años y NIC III de 35.5 años (FIGURA 4).

Dentro de las gestaciones se agruparon a las pacientes en 5 grupos. Grupo 1 donde no habían tenido gestación, observando 5 pacientes que corresponde al 3.2 por ciento, haciendo - mención que dichas pacientes estaban en estudio por esterilidad primaria. En el grupo 2 con 1 gestación fueron 10 pacientes con 6.4 por ciento. Grupo 3 con II y III gestaciones con 44 pacientes correspondiendo el 28.5 por ciento, siendo el - mayor grupo. Grupo 4 con IV y V gestaciones con 39 pacien--- tes con el 25.3 por ciento y el grupo 5 con VI o más ges--- taciones con 56 pacientes correspondiendo al mayor grupo con el 36.3 por ciento (CUADRO 1).

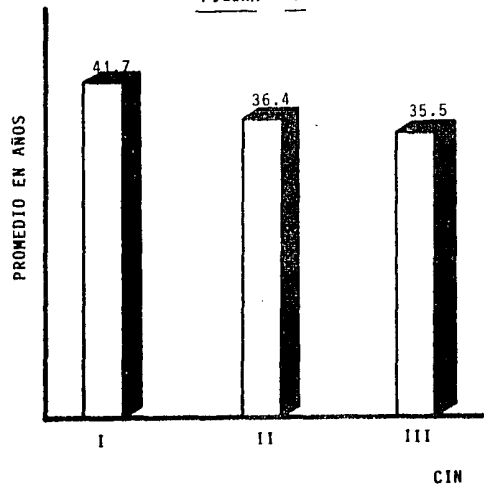
FIGURA 3



EDAD



FIGURA 4



CUADRO I

<u>No. Gestaciones</u>	<u>Pacientes</u>	<u>Por Ciento</u>
0	5	3.2
I	10	6.4
II-III	44	28.5
IV-V	39	25.3
VI o más	56	36.3

Agrupandolos por el grado del NIC y el promedio de gestaciones, observamos que para el NIC I el promedio de gestaciones fue de 6; para el NIC II con 5.2 gestaciones y para el NIC III con 4.7 gestaciones (CUADRO II).

CUADRO II

<u>NIC</u>	<u>PROMEDIO GESTACIONES</u>
I	6
II	5.2
III	4.7

Con respecto al inicio de la vida sexual activa (IVSA) en relación al grado del NIC podemos observar que el promedio para el NIC I fue de 24 años, con el inicio más temprano de 14 años y la que inicio más tardíamente a los 27 años. Para -

el NIC II el promedio fue de 18.1 años, con el más temprano fue a los 15 años y el más tardío a los 24 años y para el -- NIC III fue de 19.7 años, observamos que el inicio más tem-- prano también fue a los 15 años y el más tardío fue a los -- 39 años, siendo el mayor en los tres grupos.(CUADRO III).

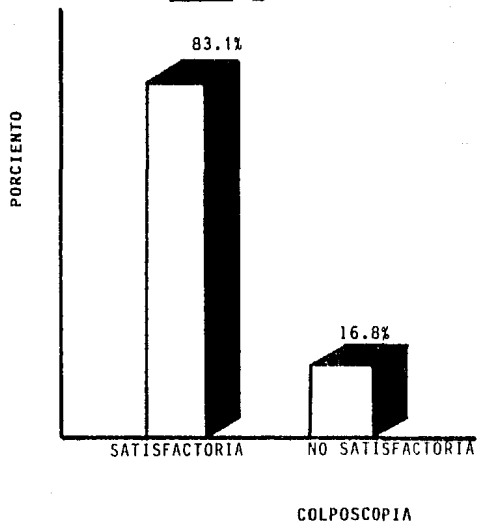
CUADRO III

<u>NIC</u>	<u>PROMEDIO</u>	<u>IVSA</u>
I	24	años
II	18.1	"
III	19.7	"

De las colposcopías realizadas, y de las 154 casos que -- estudiamos, de todas estas 128 fueron satisfactorias con un porcentaje de 83.1 por ciento y las no satisfactorias fue--- ron 26 con un porcentaje de 16.8 por ciento (FIGURA 5).

En relación a los grados del NIC observamos que para el - NIC I 24 colposcopías fueron satisfactorias y no satisfactp-- rias 5 (17.4%). Para el NIC II con 44 colposcopías satisfac-- torias (86.2%) y 7 no satisfactorias (13.7%). NIC III con --

FIGURA 5



con 60 satisfactorias (81.08%) y 14 no satisfactorias (18.9%)

(CUADRO IV).

CUADRO IV

<u>NIC</u>	<u>SATISFACTORIAS</u>	<u>POR CIENTO</u>	<u>NO SATISFA.</u>	<u>PORCIENTO</u>
I	24	82.7	5	17.4
II	44	86.2	7	13.7
III	60	81.0	14	18.9

Entrando al tema del tratamiento se dividira de acuerdo - al grado del NIC y al final se presentara un cuadro engloban do todos los tratamientos.

Para el NIC I el tratamiento más utilizado fue la electro cauterización con un total de 20 (60.6%), presentandose 1 -- persistencia y 2 recurrencias, teniendo un índice terapéuti co del 85 por ciento. Se realizaron 5 conos, de los cuales - se presento 1 recurrencia a los 23 meses de control siendo - necesario histerectomía, con un índice terapéutico de 80 por ciento. Hubo 5 histerectomias totales abdominales (15.1%) -- sin presentarse ninguna persistencia y/o recurrencia. También

se realizaron 3 criocirugías sin hasta el momento presentarse ninguna persistencia, pero hay que mencionar que dicho procedimiento es relativamente nuevo en la unidad, ya que solamente se llevan 8 meses de introducido al servicio (CUADRO V).

CUADRO V.-Tratamiento del NIC I

<u>METODO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PERSISTENCIA</u>	<u>RECURRENCIA</u>	<u>INDICE TERAPEUT.</u>
ELECTRO	20	1	2	85 %
CONO	5	0	1	80 %
HTA	5	0	0	100 %
CRIO	3	0	0	100 %

Para el NIC II el tratamiento mayormente realizado fue la electrocauterización con 26 casos (48.1%), presentandose 3 - casos de persistencia, dos de los cuales presentaron lesión más grave (NIC III) por lo que ameritaron tratamiento más radical, y en un caso se presento lesión de menor grado (NIC I) por lo que se manejo conservadoramente, por tal motivo el índice terapéutico del 80.7%. Las recurrencias fueron 2 y la que se presento más rapidamente fue a los 5 meses. Siguiendo

le el cono y la histerectomía total abdominal con 13 casos - cada una (24%), observando que el cono no presento ninguna - persistencia y/o recurrencia y la histerectomía presento l - persistencia con el mismo grado de lesión, que acabo a los - 15 meses transformandose en CIS (Ca in situ) por lo que fue enviada a Oncología, también se presento una recurrencia a - los 12 meses con lesión de menor grado y siendo tratada con método conservador, así observamos un índice terapéutico de 84.6%. En este grado de NIC se realizaron 2 criocirugías --- sin que hasta el momento no presentarse ninguna persistencia (CUADRO VI).

CUADRO VI.-Tratamiento del NIC II

<u>METODO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PERSISTENCIA</u>	<u>RECURRENCIA</u>	<u>INDICE TERAPEUT.</u>
ELECTRO	26	3	2	80.7%
CONO	13	0	0	100 %
HTA	13	1	1	84.6%
CRIO	2	0	0	100 %

Por parte del NIC III se realizaron 43 histerectomías -- totales abdominales (46.2%), presentando una persistencia -

con reporte de Ca microinvasor, por lo que envió al Hospital Oncología, teniendo un índice terapéutico de 97.6%. Le siguió el Cono con 38 casos, sin presentar persistencia y/o recurrencia, teniendo un índice terapéutico del 100%. Solamente se realizaron 9 electrocauterizaciones (9.6%), presentándose 3 persistencias y 3 recurrencias, la más temprana a los 5 meses, teniendo que realizarse tratamientos más radicales,--- teniendo un índice terapéutico de 33.3%. Solamente se han --- realizado 3 criocirugías, sin presentarse ninguna persistencia (CUADRO VII).

CUADRO VII.- Tratamientos del NIC III

<u>METODO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PERSISTENCIA</u>	<u>RECURRENCIA</u>	<u>INDICE TERAPEUT.</u>
HTA	43	1	0	97.6%
CONO	38	0	0	100 %
ELECTRO	9	3	3	33.3%
CRIO	3	0	0	100 %

Si agrupamos a los 3 grupos podemos observar que se realizaron 61 histerectomías abdominales correspondiéndole el -



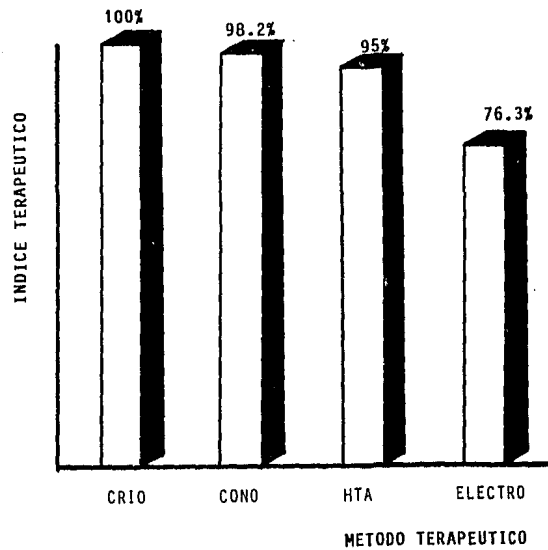
33.8%, con un índice terapéutico global del 95%. Para la conización fueron 56 casos (31.1%) con 1 fracaso terapéutico, -- con un índice terapéutico del 98.2%. Electrocauterizaciones -- se realizaron 55 (30.5%) con 13 fracasos con un índice de -- 76.3%. Y se realizaron un total de 8 criocirugías (4.4%) sin que hasta el momento no se haya presentado ninguna persisten-- cia, haciendo mención que el procedimiento es nuevo en la -- unidad (CUADRO Y FIGURA 6).

CUADRO VIII.-Índice terapéutico de los diferentes métodos.

<u>METODO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>FRACASOS</u>	<u>INDICE TERAPEUTICO</u>
HTA	61	3	95 %
CONO	56	1	98.2%
ELECTRO	55	13	76.3%
CRIO	8	0	100 %

De las 55 electrocauterizaciones 46 fueron definitivas ya que ameritaron 7 tratamientos más radicales y 2 se rea--- lizo tratamiento conservador. Y de los conos 40 fueron tera--- péuticos ya que ameritaron 16 tratamiento más radical por -- presentar recurrencia. Y de las HTA 1 amerito tratamiento -- local.

FIGURA 6



**COMENTARIOS.-**

Desde la introducción de la colposcopia en los años 60s a los países de habla inglesa, se ha observado un cambio importante en la evolución del cáncer cervico-uterino y de sus fases preinvasoras. La introducción del método colposcópico -- a nuestro Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha hecho un esfuerzo por diagnosticar más tempranamente esta patología.

Los resultados que anteriormente mencionados estan en relación a lo reportado en la literatura mundial, observando una mayor frecuencia del NIC en pacientes jovenes con más -- del 50% entre la segunda y tercera decada de la vida (4,11,29,30,44). Aunque vemos que el menor promedio de edad fue --- para el NIC III con 35.5 años.

La multiparidad fue otro dato que concordo con la literatura, observando en nuestro estudio más del 80% de las pa--- cientes estudiadas tenian más de 2 gestaciones (4,11,29). Y -- por grupos de NIC observamos que el que tiene mayor promedio fue para el NIC II con 5.2 gestaciones.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El inicio de la vida sexual (IVSA) no fue en promedio tan temprano ya que fue de 20.6 años, conjuntando los tres grupos, aunque no esta de acuerdo la literatura (4,11).

Se pudo corroborar que la colposcopia fue un método seguro para la detección temprana, ya que hubo correlación con el resultado histopatológico en más del 80%, como es mencionado en varios artículos (20,21,23,32,35). También se corroboró que más del 80% fueron satisfactorias, observándose mayor número en las del NIC II.

El tratamiento con electrocauterización, se han visto 85% de índice terapéutico en relación al NIC I, como es reportado (14,29,43). Para el NIC II se observó en 80%, pero se han reportado hasta del 90% en la literatura (29,37). Donde si se han reportado un gran índice de fracasos en nuestro estudio es en el NIC III y esto no concuerda con la literatura ya que se han reportado hasta un 90% de índice terapéutico (14, 29,37).

La criocirugía aunque es un método nuevo en nuestro Hos--

pital, se han llevado ha cabo 8 tratamientos en los diferentes grados del NIC, sin que hasta el momento se haya presentado ninguna persistencia, se llevan 8 meses de seguimiento en dichos casos, pero se espera que se tenga más experiencia en los siguientes años y se puede reportar un buen índice -- terapéutico como lo reportan (2,7,13,15,36,37,40,42).

La conización fue uno de los métodos más realizados en un total de 56, teniendo un índice de curación mayor que todos los métodos terapéuticos utilizados en la unidad, observan-- do un índice de 98.2%, el cual es un poco mayor de lo repor-- tado por otros autores (6,9,10,19,29,38).

La histerectomía fue el método terapeutico más utilizado en la unidad, observandose en más casos de NIC III, en donde se realizaron 43 de un total de 61 con un porcentaje del 70.5%. Se vieron 3 fracasos, dos de los cuales presentaron neo--- plasia invasora en la cúpula vaginal por lo que se enviaron al servicio de Oncología y teniendo un índice de curación -- del 95% siendo semejante al reportado por otros autores (8,-

18,38,45).

#### CONCLUSIONES.-

En el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" ha pesar de ser un hospital de concentración, no se ha visto gran cantidad de pacientes con esta patología, probablemente debido que muchas pacientes son enviadas a servicio de Oncología.

En el estudio se han corroborado datos epidemiológicos ya mencionados en otras publicaciones, como son:1)la presentación del NIC en mujeres jóvenes, como son entre la segunda y la tercera década de la vida;2)mayor índice de presentación en las pacientes multigestas, observandose más casos -- en las pacientes con más de 6 gestaciones;3)el inicio de la vida sexual activa, que no concordo con lo reportado ya que se observo en promedio a los 20 años para los grados del --- NIC y probablemente se deba a nuestra cultura, porque es bajo el índice de inicio de vida sexual activa en la adolescencia, aunque podemos observar varios casos en los cuales se -

Inicio a los 14 años.

El método colposcópico fue importante en la valoración de pacientes y así, ofrocerles un mejor tratamiento ya que se -- pueden disminuir las persistencias y/o recurrencias, con una buena valoración colposcópica en manos expertas.

Lo más importante de nuestro estudio fue el análisis de - los tratamientos que se estan siguiendo en nuestra unidad, - pudiendo observar que aún se continúa con manejos radicales como la histerectomía y la conización, ocupando los dos procedimientos un total de 65%, probablemente debido a que se - vieron más pacientes con grados más avanzados del NIC. En fe- chas recientes la literatura ha mencionado que rara vez está indicada la histerectomía como tratamiento primario del NIC y que las unicas indicaciones relativas son: 1)patología gine- cológica benigna; 2) los bordes del cono y biopsia muestran -- signos de anormalidades epiteliales y 3) la lesión puede ex- tenderse a la cavidad vaginal.

Aunque los métodos conservadores utilizados actualmente -

nuestra unidad solamente son dos, como son la electrocauterización que fue el primero que se introdujo desde el inicio de la clínica de colposcopia del servicio de ginecología, se ha observado un bajo índice de curación en nuestro medio, pero probablemente se deba a que no se realizó en forma satisfactoria, ya que para lograr una profundidad adecuada muchas veces se requiere anestesia regional por ser este procedimiento poco tolerado por la paciente, y así observamos gran número de casos de fracasos, lo que no concuerda con la literatura, ya que se han reportado índices de curación hasta el 90% en el NIC III. El advenimiento de la crioterapia, aunque es un método recientemente introducido en la unidad, lleva poca experiencia, por ser el menor grupo de pacientes tratados, pero en la actualidad se están llevando protocolos de estudio para ver el índice de curación en nuestro Hospital, esperando sea un buen método de tratamiento como es reportado en la literatura. Podemos concluir que se están haciendo intentos para disminuir la mortalidad por cáncer cervicouteri-



no, que es la principal causa de muerte en mujeres con padecimientos oncológicos, esto se ha debido a la toma temprana de muestras citológicas cervicovaginales en todas las unidades de atención médica, siendo enviadas a servicio de colposcopia en caso de citologías sospechosas y así individualizar cada caso para que se de un tratamiento más adecuado según el caso, y sobre todo con métodos conservadores ya que como podemos ver son cada día mayor el número de mujeres jóvenes que presentan esta patología.

## BIBLIOGRAFIA.-

1. Anderson M C. Cervical crypt involvement by intraepithelial -- neoplasia. *Obstet and Gynecol* 1980;55:546.
2. Arof H M. Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial - neoplasia :Four year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1984. - 150(7):865.
3. Baggish M S. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical- mediante láser. *Clinic Obstet Ginec Vol.4*.1983.
4. Banford P N. Changing pattern of cervical intraepithelial neo--- plasia seen in family planning clinic. (Letter). *Lancet* 747:1982.
5. Benedet J L. Laser therapy for cervical intraepithelial neopla-- sia. *Obstet Gynecol*.1981;88:63.
6. Bjerre B. Conization as only treatment of carcinoma in situ of - the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol*.1976;125:143.
7. Bryson S C. The treatment of grade 3 cervical intraepithelial -- neoplasia with cryotherapy. An 11 year experience. *Am J Obstet Gy- necol* 1985.151:201.
8. Bughardt E. Treatment of carcinoma in situ, evaluation of 1609 -- cases. *Obstet Gynecol* 1980.55:539-45.
9. Aglgren M. Conization at treatment of carcinoma in situ of ute-- rine cervix. *Obstet and Gynecol* 1975.46:135-40.
10. Chao S. Conization at treatment of carcinoma and evaluation and management of cervix neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*:103;574-84 1969.
11. Copplerson L. Carcinoma of the cervix: Epidemiology and aetiology *B J M* 1969.2;348-61.
12. Creasman W. Results of outpatient therapy of cervical intraepi- thelial neoplasia. *Gynecol Oncol*.1981;12;306.
13. Creasman W. Cryosurgery in the management of cervical intraepi--- thelial neoplasia. *Obstet and Gynecol*.63:145.1984.
14. Deigan E. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with - electrocautery :A report of 776 cases. *Am J Obstet Gynecol*.1986 154:255.
15. Fetherston W. La citología falso negativa y el cáncer invasor -- del cérvix. *Clin Obstet Gynecol*.1983. Vol 3.

16. Ferency A. Comparison of Cryo and Carbon Dioxide Laser Therapy of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol.* 1985;66:793
17. Hudson E. Prevención cáncer cervico uterino. *Temas Actuales Gineco Obstet.* Vol.1 1985.
18. Jones H. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol Surv.* 1979.34:1.
19. Jordan J. Colposcopia en el diagnóstico de cáncer cervical y -- fase precancerosa. *Temas Actuales de Gineco Obstetricia.* Vol 1-1985.
20. Jones H. La conización en el tratamiento de la neoplasia del -- cérvix. *Clin Obstet Gineco.* 1983. Vol.3.
21. Kirkup W. Colposcopy in the management of the pregnancy patient with abnormal cervical cytology. *Br J Obstet and Gynecol.* 1980. 87:322.
22. Kolstad P. Cambios vasculares en la neoplasia cervical intraepitelial y en Ca invasor. *Clin Obstet Gynecol* 1984. Vol.4.
23. Kolstad P. Atlas of colposcopy. U park press. Baltimore 1972.
24. Koss L. Dysplasia a real concept or a Misnomer. *Obstet Gynecol* 1978. 51:374.
25. Krebs H. Endocervical curettage after cryotherapy for cervical-intraepithelial neoplasia. *The J Reprod Med* 1985;30(5):379.
26. Leiman G. Pregnancy following conization of cervix: complications related to cono size. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136;14.
27. Larson G. A comparison of complications of laser and cold --- Knife conization. *Obstet Gynecol.* 1980;56;77.
28. Ostergard . Prediction of clearance of cervical intraepithelial neoplasia by conization. *Obstet Gynecol* 1980.
29. Ricaud L. Neoplasia intrapitelial del cérvix. *Gineco Obstet --- Mex.* 1984;52(332):285.
30. Reid B. Causal del cáncer cervical. *Temas actuales Gineco Obstet* Vol.1 1985.
31. Richart R M. A theory of cervical carcinogenesis. *Obstet Gynecol* 1969;29:874.
32. Richart R M. Colposcopic studies of cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer* 1966;19:1635.
33. Richart R M. Invasive cervical carcinoma in young woman. *Gynecol oncol.* 8:311. 1979.

34. Richart R M. Workup of patient with an abnormal Papanicolaou -- smear. *Gynecol Oncol* 1981;265.
35. Safia. Colposcopy diagnosis cervical neoplasia. *Obstet Gynecol* - 1973;41:168.
36. Schantz A. Cryosurgery for dysplasia of the uterine ectocervix *Acta Obstet Gynecol Scan* .63:417-20.1984.
37. Singer A. The treatment of CIN :Conservative methods. *Clin Obstet Gynecol*.1985.Vol.1.
38. Sharp F. The treatment of Cin: cone biopsy and Hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol*.1985.Vol.1.
39. Soutter W. Quantitative microcolpohysteroscopic assessment of -- the extent of endocervical involvement by cervical intraepithelial neoplasia. *B J Obstet Gynecol*.1984;91:712.
40. Townsend D. Cryotherapy and carbon dioxide laser management of - cervical intraepithelial neoplasia: a controlled comparison. *Obstet Gynecol*.1983;61:125.
41. Trimbois J B. Reliability of cytological follow up after conization of the cervix: a comparison of three surgical techniques. *B J Obstet Gynecol*.1983;90:1141.
42. Van Lent M. Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia CIN III in 102 patient. *Gynecol Oncol*.1983;16:240.
43. Vecchia C. Electrocoagulatorio and the risk of cervical neo---plasia. *Obstet Gynecol* 1985.66:703.
44. Wetchler S. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia - with CO 2 laser: laser versus cryotherapy. *Obstet Gynecol Surv*. 1986.
45. Wolfendale M R. Abnormal cervical smears are we in fol and epidemiology. *B J M* 287.1983.
46. Woodman C. The management of vagina intraepithelial neoplasia - after hysterectomy. *B J Obstet Gynecol* 91:1984.
47. Wright V O. The conservative management of cervical intraepi---thelial neoplasia the use of cryosurgery and carbon dioxide - laser. *B J Obstet Gynecol*.1981;88:63.