

11217
6
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO LA RAZA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**" UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA CON BIOPSIA DIRIGIDA
COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA CERVICO
UTERINO EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA "**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN :**

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. MARIA GLORIA ALVAREZ VERGARA

ASESOR : DR. ANDRES O. ESTRADA PORTILLA



MEXICO, D. F.

1993

**CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineca-Obstetricia
Iefe de Enseñanza e Investigación**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

	Página
I. TITULO.....	I
II. OBJETIVO FUNDAMENTAL.....	II
III. INTRODUCCION.....	1
IV. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
V. MATERIAL.....	10
VI. METODO.....	13
VII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	18
VIII. RESULTADOS.....	42
IX. CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	49

I TITULO.

"UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA CON BIOPSIA DIRIGIDA COMO AUXILIAR
DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA"

II OBJETIVO FUNDAMENTAL.

DETERMINAR LA UTILIDAD E IMPORTANCIA DE LA COLPOSCOPIA
CON BIOPSIA DIRIGIDA COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO DEL
CARCINOMA CERVICOUTERINO, EN EL HOSPITAL DE GINECOLO
GIA Y OBSTETRICIA No. 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA"

III INTRODUCCION.

1

En los comienzos del siglo hace su aparición el concepto de carcinoma preclínico, es decir, la existencia de un tumor maligno desapercibido mudo clínicamente. En el que el tiempo de latencia oscila entre unos meses y varios años; por lo que se han hecho grandes esfuerzos los cuales han ido encaminados a identificar esta neoplasia dentro del periodo inicial, en el cual su diagnóstico oportuno nos puede llevar a un tratamiento eficaz.

Siendo el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico " La Raza " un hospital de concentración, al cual son canalizados todos los casos de citologías anormales clases II con atipias severas, clase III con displasias severas, todos ellos asociados a procesos infecciosos, principalmente el Virus del Papiloma Humano, Ca In Situ o Ca microinvasor.

Muchos de estos casos que son canalizados a este hospital, ya han recibido un tratamiento previo, el cual no a sido lo suficientemente eficaz como para erradicarlo, presentando recurrencia. En otras ocasiones los pacientes acuden unicamente con una citología positiva para un proceso sugestivo de malignidad, y los cuales no han recibido un interrogatorio adecuado y una exploración física integral.

Nuestro hospital se enfrenta muchas veces a pacientes mal estudiadas en su Hospital General de Zona, las cuales debemos canalizar al servicio de Ginecología, en donde mediante una valoración inicial ingresan al servicio o se decide su regreso a la Unidad de Medicina Familiar.

Una vez aceptadas se les realiza su Historia Clínica con toma de una nueva citología y de acuerdo al resultado, se inicia o no el protocolo de estudio de la paciente.

Es en este momento donde la biopsia dirigida por colposcopia se encargará de marcar la pauta a seguir, en toda paciente con lesión sugestiva de malignidad y compatible con carcinoma cervicouterino.

La colposcopia es un procedimiento de exploración ginecológica fácil de realizar y relativamente sencillo de aprehender. Sirve para la evaluación del aspecto superficial de la vagina y cuello cervicovaginal mediante un sistema óptico que proporciona de diez a cuarenta aumentos, proporcionando habitualmente un diagnóstico irreprochable de las distintas alteraciones y afecciones de los órganos genitales femeninos.

Por lo anteriormente mencionado, encontramos que el determinar la utilidad e importancia de la biopsia dirigida por colposcopia, es un importante paso de nuestro Hospital para la identificación del carcinoma cervicouterino.

Y que nuestro estudio, nos correlaciona la citología con la biopsia dirigida por colposcopia, asegurando una mejor interpretación de los resultados, siguiendo a la paciente histopatológicamente y quirúrgicamente de ser necesario. Nuestro estudio es representativo, ya que sigue a las pacientes desde su ingreso al servicio, su estudio integral y el tratamiento adecuado hasta su egreso.

Frecuentemente con la biopsia dirigida por colposcopia se gana tiempo, evitándole a la paciente pruebas innecesarias ya que proporciona un diagnóstico más exacto y consecuentemente un tratamiento acorde a cada patología, con lo que se observan los resultados más rápidamente, evitando a la paciente molestias e incertidumbre con respecto a su padecimiento.

IV ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La colposcopia es un procedimiento de exploración ginecológica que consiste en examinar el cuello uterino y vagina mediante un sistema óptico que proporciona de diez a cuarenta aumentos. Fue introducido por el alemán Hans Hinselmann en 1925, así como la terminología usada, unida a la idea de identificar el carcinoma cervicouterino mediante este método.

Posteriormente, al esclarecimiento de esta idea, el empleo de una terminología más real y la modificación de las pretensiones de la colposcopia han favorecido la difusión y utilidad de ésta en Europa, Estados Unidos y Sudamérica.

A principios de este siglo aparece el concepto de carcinoma preclínico, siendo ésta un tumor maligno, mudo clínicamente y sobre el cual se puede actuar de un modo eficaz.

Gagnon, examinando un elevado número de monjas por largo tiempo en una población de 70,000 habitantes, no encontró nunca un carcinoma sólido de cuello uterino, lo que determinó que se les diera gran importancia a las lesiones cervicales.

Couvelaire y cols; establecen que los cánceres cervicales se desarrollan a partir del ectropión de la mucosa endocervical (1). En 1967 Bolton revisó el estado actual de la colposcopia en Estados Unidos de Norteamérica, época en la cual era usada por unos cuantos profesionistas entusiastas, ya que la mayoría consideraba al procedimiento confuso tardado, poco digno de confianza y costoso (2). A pesar de estas críticas, la colposcopia ha logrado gran interés y utilización en los últimos años, siendo estimulada por la nueva terminología, nuevos conceptos en la evolución natural del carcinoma cervicouterino, el cambio de prioridades de la aplicación clínica y mejoramiento de la capacitación.

La citología es un método de detección de laboratorio, la colposcopia es un método clínico. Cada uno de ellos encara un aspecto distinto del carcinoma cervicouterino. La colposcopia evalúa en particular los cambios bioquímicos y metabólicos en el tejido (3).

De acuerdo con el concepto de los cambios que ocurren en la zona de transformación, en el IV Congreso Internacional de Patología Cervical y Colposcopia celebrado en Londres en 1981, se adoptó una división de la terminología colposcópica, quedando ésta como:

Rasgos colposcópicos normales, que incluyen epitelio pavimentoso original, epitelio columnar normal y zona de transformación y rasgos colposcópicos anormales, como son la de transformación atípica, que presenta rasgos sugestivos de carcinoma cervicouterino, también en este grupo se encuentran:

ECTOPIA: Epitelio cilíndrico que recubre la porción exocervical y que normalmente se ve en endocérnix; su color es rojo vinoso, con zonas amarillentas de extensión variable con moco muy pegajoso con áreas hemorrágicas de tipo traumático, se presenta en el 11.32 % de las imágenes colposcópicas.

LEUCOPLASIA: Aspecto blanquecino denso que adquiere el epitelio por paraqueratosis superficial, con ausencia de vascularización de dimensiones muy variables, límites netos, superficie lisa con prueba de Schiller, se comporta como yodo negativa que la delimita bien; su frecuencia es de 14.5 %.

MOSAICO: Se caracteriza por un cuadrículado más o menos regular de trazo rojizo fino o amplio, las líneas se entrecruzan originando imágenes poligonales, a manera de mapa o mosaico de dimensiones variables, límites netos y relieve sobre la superficie; su frecuencia es de 19.8 %.

BASE: Aparece sembrada de puntos rojizos dispuestos con discreta regularidad, en una zona de reducidas dimensiones; su frecuencia es de 14.3%.

EROSIO VERA: Se debe a pérdida del epitelio de recubrimiento cuyo fondo más o menos regular o hemorrágico está deprimido, en forma de sacabocados que sangra fácilmente por simple contacto; su frecuencia es de 3.8%.

ZONA ROJA INESPECIFICA: En ésta es imposible identificar un tipo epitelial bien caracterizado, de límites imprecisos; su frecuencia es de 6%.

COLPITIS: Es una inflamación que se traduce por una mucosa sembrada de un piqueteado más o menos intenso y marcado, se origina por la agresión microbiana directa sobre la mucosa ectocervical, su aspecto es congestivo, difuso a veces se agrupa en formando manchas o placas; su frecuencia es de 3.1% (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Las imágenes vasculares atípicas se presentan en lesiones sugestivas de carcinoma, ya que presentan marcada irregularidad en forma, calibre, trayecto y distribución, más distanciados que los capilares normales, dejando campo a vasculares de extensión variable. (1, 11).

La clasificación de las imágenes vasculares es la siguiente:

I Normal.

II Aumento de la red normal, imagen vascular de colpitis.

III Vasos dilatados, distribución normal.

IV Horquillas, saca corchos, cambios bruscos de dirección.

V Atípico: dilataciones y estenosis, interrupciones bruscas

LA COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA: Es cuando no se visualiza la unión escamo columnar, presentándose en menos del 15% de pacientes menores de 45 años. Algunos otros hallazgos observados por colposcopia son: Adenosis vaginal, condilomas y papilomas (1 y 12).

El poder de limitar de manera precisa la lesión en el cuello uterino, con toma de biopsia dirigida por colposcopia, da un diagnóstico histopatológico en la mayoría de los casos, lo que lleva a un tratamiento oportuno. (13).

El Virus del Papiloma Humano ésta asociado con la Neoplasia Cervical Intraepitelial y carcinomas. Algunos hallazgos indican que las lesiones cervicales que carezcan de características histopatológicas de Neoplasia Cervical Intraepitelial producen un actual o futuro Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC).

La precisión diagnóstica de la citología va desde un 85 a 90%. En muchos estudios se ha comprobado la precisión de la colposcopia y la citología y se acepta en general que la combinación de ambos métodos aumenta la precisión diagnóstica que cada método por separado.

Con el uso simultáneo de ambos métodos se detecta hasta en un 98 - 99 % de los casos con lesiones sospechosas de cáncer cervicouterino.

Cuando el tejido se obtiene de una área sospechosa por la tinción mediante la prueba de Schiller, la exactitud mejora aún más haciendo un estudio colposcópico mediante una biopsia dirigida (1, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20).

V MATERIAL.

Se revisarán 300 biopsias dirigidas por colposcopia de las pacientes del servicio de Ginecología, estudiadas en el módulo de colposcopia por lesión sugestiva de malignidad, compatible con carcinoma cervicouterino, atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico la Raza.

En el periodo comprendido del 1o. de julio de 1991 al 31 de julio de 1992, captadas por el Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El perfil de las pacientes a realizar en el estudio es:

1. Pacientes con factores de riesgo para Cáncer Cervicouterino, como son:
 - a) Pacientes con vida sexual activa, principalmente aquellas con inicio temprano.
 - b) Promiscuidad sexual, asociada a infección por virus del Papiloma Humano (Condilomas).
 - c) Tabaquismo positivo.

- d) Otras enfermedades de transmisión sexual, como son: Herpes Genital, Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, etc.
- e) Anticonceptivos orales por más de 60 meses.
- f) Medio socioeconómico bajo.
- g) Compañero o compañeros sexuales no circuncidados.
- h) Dieta baja en folatos y ácidos ascórbico.
- i) Falta de control citológico.

2. Citologías anormales clase II con atipias severas. Citologías clase III con displacias severas, asociadas a procesos viriles ya mencionados, Ca Cu in situ o cáncer microinvasor.

Las pacientes son enviadas de su Hospital General de Zona y son canalizadas al servicio de Ginecología que a su vez las envía a su módulo de colposcopia.

Las pacientes son estudiadas dentro de las normas y procedimientos del Departamento de Ginecología en el Módulo de Colposcopia y del Departamento de Patología. A continuación se da el formato utilizado para obtener los datos colposcópicos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE DEL D.F.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

12

≡ CLINICA DE COLPOSCOPIA ≡

FECHA _____

NOMBRE : _____ AFILIACION : _____

AGO : GESTA _____ PARA _____ ABORTOS _____ CESAREA _____ FUR _____ DIA DEL CICLO _____

CONTROL DE FERTILIDAD _____ IVS _____ FECHA 1er. PARTO _____ FECHA ULTIMO _____

PARTO _____ PAREJA SEXUAL _____ CIRCUNCIDADO _____

UNIDAD DE PROCEDENCIA _____ DIAGNOSTICO _____

FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGIA CERVICAL _____

ESTUDIOS PREVIOS : _____ DIAGNOSTICO : _____ FECHA : _____ LUGAR : _____

CITOLOGIA _____

BIOPSIA _____

REVISION DE LAMINILLAS _____

OTROS _____

ENFERMEDAD GINECOLOGICA AGREGADA _____

ENFERMEDAD SISTEMICA AGREGADA _____

INSPECCION DE GENITALES EXTERNOS _____

INSPECCION CERVICAL CON ESPECULO _____

OBSERVACIONES _____

— COARQUITECTURA I II III IV V

• HALLAZGOS COLPOSCOPICOS •

NOMENCLATURA

- ECTOPIA 
- LEUCOPLASIA 
- MOSAICO 
- BASE 
- EROSIO VERA 
- ZONA DE TRANSFORMACION 
- ZONA ROJA INESPECIFICA 
- ZONA YODONEGATIVA 
- NAMELONES 
- GOLPITIS 
- PETEQUIAS * 

DIAGRAMA



MEDICO QUE REALIZO ESTUDIO :

VI METODO.

Mediante la Historia Clínica de cada paciente, se revisó su expediente, determinando las siguientes variables:

1. No. de pacientes: Trescientas.
 2. Periodo que comprendió el estudio: del 10. de julio de 1991 al 31 de julio de 1992.
 3. Edad.
 4. Antecedentes heredorfamiliares: (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cáncer).
 5. Antecedentes personales no patológicos: Grupo Sanguíneo, o tabaquismo.
 6. Antecedentes personales patológicos: Infecciones de repetición de vías urinarias, cervicovaginales (Virales, Bacterianas, por Protozoarios, Hongos, etc.), de ellos principalmente condilomas, herpes, condilomas, papilomas.
 7. Antecedentes Gineco-obstetricos: Menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y si están o no circuncidados, número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, promiscuidad del compañero sexual.
- Padecimiento actual: Fecha de inicio, tiempo de evolución, signos

y síntomas.

9. Exploración física.

10. Forma de como se establece el diagnóstico (clínica, citológica, colposcópica, biopsia dirigida.

11. Evolución del padecimiento de acuerdo a la etapa en que se hace el diagnóstico.

Nota: Dentro del trabajo se estudiarán las pacientes enviadas de su Hospital General de Zona, con citologías sospechosas clase II o III con displasia moderada o severa, atipias celulares, reacción inflamatoria, crónica secundaria o cervicitis.

Dentro de la colposcopia se estudio el epitelio columnar, epitelio pavimentoso original, y la zona de transformación, ectopias, leucoplasias, mosaico, base, erosión vera, zona roja inespecifica, zonas yodo negativas, mamelones, colpitis, petequias, angioarquitectura y zonas de procesos inflamatorios.

La biopsia dirigida por colposcopia usará la nomenclatura de los conceptos de Richart para la clasificación de la severidad de la lesión: I = Displasia leve II = Displasia moderada, III = Displasia severa.

En éste estudio sólo se tomarán en cuenta los grados II y III.

Prueba de Schiller es la pincelación del cérvix con solución yodurada (lugol), que se combina con el glucógeno presente en el epitelio estratificado tiñendose de un color caoba en toda su extensión (Prueba de Schiller negativa). Cuando no hay glucógeno por no haber epitelio, la mucosa aparece con el mismo color que tenía antes de teñir (Prueba de Schiller positiva). No indica presencia de Neoplasia sino una anomalía del epitelio; ya que la erosión, ectropión, atrofia, metaplasia también dan prueba positiva por lo tanto solo se utiliza para toma de biopsia o como complemento del estudio colposcópico.

Colposcopia: Se utiliza el Colposcopio que es una lupa binocular con una distancia aproximadamente de 20 cm. para facilitar el examen del cuello uterino que proporciona de 5 a 40 aumentos para dar una visión panorámica del cérvix logrando una imagen real y directa. El sistema óptico esta incorporado un sistema de iluminación potente (25.000 a 40.000 lúmenes), cuyo haz puede ser interferido por un filtro verde que precisa con gran nitidez las características de los vasos. Sirve para distinguir alteraciones anormales en las zonas muy pequeñas en estadios muy tempranos y confirmar la benignidad de algunas lesiones de características bien definidas y evitar biopsias inútiles, se hace una biopsia dirigida más adecuada.

En posición ginecológica se introduce espejo vaginal realizando observación directa de vagina y cuello uterino, se puede tomar citología.

Se realiza observación colposcópica sin preparación previa. Se limpia con una torunda de algodón impregnada en solución de ácido acético al 3%.

Se hace el examen colposcópico con luz blanca inicialmente, para visión primero en conjunto y luego en detalle, para finalizar el examen con el empleo de luz verde para el estudio de la vascularización

Se puede pincelar el cérvix con solución yodoyodurada para ver el comportamiento: Yodo positivo o yodo negativo de determinadas imágenes.

En aquellos casos de imágenes colposcópicas, atípicas, biopsia bajo control colposcópico, con preferencia en las zonas que se inclinan en conducto endocervical. En caso de hemorragia durante la biopsia utiliza solución de percloruro de hierro o electrocoagulación de la zona.

Conización cervical es la extirpación de un cono completo que contenga exo y endocérnix, se hace en casos de citología sospechosa a positividad, en ausencia de una lesión visible a una biopsia previa con diagnóstico de cáncer In Situ. Por medio de bisturí se hace un corte en forma de cono más o menos profundo que abarque el exocérnix y casi todo el canal endocervical, se reviza hemostasia y el recubrimiento se hace con puntos de Stundorf o Bialeky completandose con puntos sencillos laterales. Hay que comprobar después permeabilidad del canal cervical neoformado, el cono se fija en formol y posteriormente se dividirá en doce Cortes sagitales y cada corte se fragmentará en tres Cortes transversales para ser estudiado en su totalidad.

La utilidad es que nos ayuda a diagnosticar la presencia o no de un tumor maligno, su extensión local In Situ, microinvasor o invasor que es muy importante para el pronóstico y el tipo de manejo a que será sometido el paciente.

VII ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisaron un total de 300 estudios colposc6picos del 1o. de julio de 1991 al 31 de julio de 1992. Revisando todos los datos obtenidos del expediente cl6nico. Iniciaremos analizando lo concerniente a la edad, se formaron seis grupos quedando incluido el mayor No. de pacientes en el grupo de m6s de 41 a6os de edad que correspondi6 a 184 pacientes (61.30%); el segundo grupo de 36 a 40 a6os de edad donde quedar6n incluidas 42 pacientes (14.00%); el tercer grupo de 31 a 35 a6os que incluy6 a 35 pacientes (11.60%); el cuarto grupo de 26 a 30 a6os de edad con 34 pacientes (11.30%); el quinto grupo de 20 a 25 a6os con 3 pacientes y el sexto grupo menores de 20 a6os con 2 pacientes correspondiendo al (1 y 0.3%) respectivamente. Estos reportes si corresponde a los mencionados en la literatura de 30 a 40 a6os de edad cifras que han ido descendiendo a medida que se hace m6s extensa la detecci6n oportuna de c6ncer por lo que esta apareciendo en edades m6s tempranas, la Neoplasia Intraepitelial Cervical en cuanto a la edad ha disminuido presentandose en un 22% entre los 15 y 21 a6os de edad. En nuestro estudio se ratifica que se presenta con m6s frecuencia despu6s de los 40 a6os, quiz6 esto se deba a que las pacientes que se nos envian son pacientes portadoras de displasia moderada, severa, Ca In Situ,

Ca Invasor o la asociación de cualquiera de estas alteraciones con el Virus del Papiloma Humano que se corrobora con una citología tomada en al Unidad, que es la que decide su ingreso o no a nuestro estudio.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

E D A D

AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
-20	2	0.33%
20 - 25	3	1.00%
26 - 30	34	11.30%
31 - 35	35	11.60%
36 - 40	42	14.00%
+ 41	184	61.30%
T O T A L	300	100.00%

En cuanto a los Antecedentes Heredo-Familiares: se encontro que el cáncer cervicouterino se encontró en 39 pacientes (13.00%); seguido por cáncer de vías urinarias en 10 pacientes (3.33%); cáncer pulmonar en 6 pacientes (2.00%); Ca de Mama en 4 pacientes (1.30%) Encontrando como dato relevante que en 227 pacientes no se encontro antecedente de neoplasia (75.66%), quizá por ignorar el dato en algunos casos y en otros por carecer de él. Aunque en la literatura se ha mencionado un carácter hereditario para adquirir la enfermedad en nuestro estudio no se corrobora, ya que sólo 73 pacientes tenían ese antecedente correspondiendo al (24.30%) de la muestra.

En cuanto a la edad más de 226 pacientes se encontraron en edad mayor de 35 años, correspondiendo a (75.30%) del total de las 300 pacientes.

El inicio en las relaciones sexuales en 212 pacientes fue antes de los 20 años (70.60%) mencionando la literatura que el coito realizado en edades más tempranas aumenta el riesgo para adquirir la enfermedad, mencionando que esta es excepcional en las monjas. Sólo 88 pacientes iniciaron relaciones sexuales después de los 20 años (29,33%).

En este rubro se formaron seis grupos de 12 a 20 años 193 pacientes (64.30%); de 21 a 25 años hubo 57 pacientes (19%); de 26 a 30 años hobo 24 pacientes (8%); antes de los 15 años 19 pacientes (6.3%) entre los 30 y 35 años sólo hubo una paciente y despues de los 36 años 6 pacientes iniciaron su vida sexual activa, lo que corrobora que el inicio de relaciones sexuales a edad temprana aumenta el riesgo de desarrollar un carcinoma posteriormente.

En cuanto al numero de compañeros sexuales se formaron 3 grupos, el 1o. con 216 pacientes (72.00%) con un sólo compañero sexual; el segundo con 2 a 5 compañeros sexuales con 82 pacientes (27.3%); el tercer grupo con 2 pacientes las cuales tuvieron más de 5 compañeros sexuales (0.66%).

Con respecto a la circuncisión 286 parejas no estaban circuncidadas (91.08%) y sólo 28 parejas (8.9%) estaban circuncidadas, recordando que en la raza Judía es menos frecuente la presencia de procesos neoplasicos por realizar la circuncisión a edad temprana del varón (estudios realizados indican el valor cancerigeno del esmegma) y que en esta raza la abstinencia sexual por una semana posterior al periodo menstrual es muy importante.

En cuanto a la paridad se ha visto que es más frecuente en las pacientes que han tenido varios hijos, que en las pacientes que no han tenido hijos en nuestro estudio en total hubo 1,693 gestaciones de las que 1,366 fueron por parto 271 fueron abortos, y 58 fueron cesáreas en 3 casos hubo embarazo gemelar.

La planificación familiar en 74 pacientes (24.66%) fue por obstrucción tubaria bilateral; 51 pacientes con dispositivo intrauterino (17%); hormonales orales en 31 pacientes (10.33%); hormonales inyectables en 18 pacientes (6%) y hubo 126 pacientes (42%) que no utilizaron ningún método. La literatura nos reporta que el uso de hormonales orales por más de 60 meses es otro factor de riesgo que en nuestro estudio no se presentó ya que ninguna de las pacientes utilizó por tanto tiempo dicho método, no encontrando correlación con este dato y sólo mencionándolo a manera de información. También mencionamos que el DIU como factor mecánico y los hormonales como factor bioquímico condicionan y favorecen algunos procesos infecciosos, recurrentes en muchas ocasiones, más que nada por falta de control médico. La cervicitis crónica se presentó en 121 pacientes (40.30%); mencionando la literatura que es secundario a traumatismos durante el coito, inicio de relaciones sexuales tempranas, multiparidad, etc.

En 179 pacientes no hubo dato de cervicovaginitis (59.60%), quizá por haber recibido tratamiento previo en su unidad o por omisión del dato dentro de la historia clínica lo que explica la discrepancia entre la presencia o no de infección, en cuanto al Virus del Papiloma Humano estuvo presente en 7 pacientes en el diagnóstico de envío (2.3%); asociado a la displasia moderada 22 pacientes (7.3%); a displasia severa 11 casos (3.6%). La citología de la unidad encontró el Virus del Papiloma Humano en 12 casos (4%), asociado a Ca In Situ 13 casos (4.3%). La biopsia por colposcopia lo encontró en 6 casos (2%) y el cono cervical en 8 pacientes (2.6%). Quizás la menor incidencia que se presenta en la biopsia y el cono cervical se deba a falta de búsqueda intencionada. La literatura nos menciona que el Virus del Papiloma Humano ha tomado un auge importante (70%), asociado al cáncer cervicouterino. El estudio del Dr. F. Mendez lo asocio en un (35.6%), esto auxiliado por Koss y Durfee que en 1976 introdujeron el término de atipia coliocítica a las lesiones provocadas por el Virus del Papiloma Humano en el cérvix y demostrando Reid y Cols en 1980 su asociación con la Neoplasia Intraepitelial del Cuello Uterino (NIC), dividiendo a los virus en los de alto potencial oncogénico a los subtipos 16, 18, 31 y 42; y bajo potencial oncogénico a los subtipos 6 y 10.

Refiriendo además que el (64%) esta asociado a lesiones del pene, y por ser un parásito intracelular es probable que interfiera con el DNA de huésped. Mencionando que el (65%) de las parejas sexuales de mujeres con displasia cervical y signos clínicos de condilomatosis no presentan cambios visuales pero son responsables de la transmisión de la enfermedad, también se asocia a hemopyllus, tricomonas, enterococos, enfermedades venéreas, herpes tipo II y virus de la hepatitis. La detección tan baja del Virus del Papiloma Humano es debido probablemente a tratamiento previo o falta de búsqueda intencionada en las laminillas.

El tabaquismo se encontró en 73 pacientes (24.30%). En la literatura se ha reportado una asociación del (60%) en el trabajo de Dan Hellberg aunque muy controvertido. Las pacientes no fumadoras fueron 227 (75.70%).

El medio socioeconómico se dividió en alto en donde hubo 16 pacientes (5.30%), medio socioeconómico medio 109 pacientes (36.30%); y medio socioeconómico bajo 175 pacientes (58.30%). Correspondiendo a lo mencionado por la literatura que menciona al medio socioeconómico bajo como un factor predisponente por asociarse a promiscuidad, deficiente aseo, infecciones cervicales crónicas, vida sexual temprana y multiparidad.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

PARAMETRO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Ca Cu	39	13.00%
Ca Vias urinarias	10	3.33%
Ca Pulmonar	6	2.00%
Ca Mama	4	1.30%
Ca Endometrio	3	1.00%
Ca Gástrico	3	1.00%
Ca Hígado y vias biliares	2	0.66%
Ca Colon	2	0.66%
Ca no especificado	2	0.66%
Ca Cerebral	1	0.33%
Ca Maxilar	1	0.33%
Sin Ca	227	75.66%
T O T A L	300	100.00%

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

FACTORES DE RIESGO

PARAMETROS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
A.H.F. Cáncer	73	24.30%
Edad +35 años	226	75.30%
Inicio relaciones sexuales tempranas -20 años	212	70.60%
Tabaquismo	73	24.30%
Medio socioeconómico bajo	175	58.30%
Infecciones	121	40.30%
Compañeros sexuales +2	84	28.00%
Hormonales	31	10.30%
Virus Papiloma Humano	12	4.00%
Virus Papiloma Humano + Displasia Moderada	16	5.30%
Virus Papiloma Humano + Displasia Severa	11	3.60%

Dentro de los datos obtenidos por citología se encontraron 109 pacientes con Ca In Situ (36.33%); displasia moderada en 61 pacientes (20.33%); displasia severa en 57 pacientes (19%); cáncer invasor en 24 pacientes (8%); la displasia moderada se encontro asociada al Virus del Papiloma Humano en 16 pacientes (5.3%); a displasia severa en 11 pacientes (3.6%); y el Virus del Papiloma Humano sólo en 12 casos (4%); marcandose como dato de importancia que la displasia moderada fue persistente en 6 pacientes (2%) y la cervicitis se encontro en 4 pacientes (1.0%). De un estudio de 134 citologias se extrajeron 18 pacientes que habian tenido más de 2 citologias anormales encontrando lo siguiente: Se estudiaron 18 pacientes entre los 19 y 59 años el NIC I o Displasia Leve se encontro en 7 pacientes (39.7%); el NIC II en 7 pacientes (39%) y el NIC III o Displasia Severa en 4 pacientes (22%). También se encontro que en 17 pacientes la citologia mostro únicamente infección por el Virus del Papiloma Humano (12). En otro estudio de 161 pacientes se encontro que 99 (61.4%) la citologia fue negativa, la displasia leve NIC I se encontro en 28 pacientes (17.4%), displasia moderada NIC II en 24 pacientes (14.9%) la displasia severa NIC III en 9 pacientes y sólo en una paciente se encontro adenocarcinoma (0.6%). (9).

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

CITOLOGIA

PARAMETRO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis = 1.03%	4	1.34%
Displasia Moderada	61	20.33%
Displasia Moderada + Virus Papiloma Humano	16	5.33%
Displasia Severa	57	19.00%
Displasia Severa + Virus Papiloma Humano	11	3.67%
Ca In Situ	109	36.33%
Ca Invasor	24	8.00%
Displasia Moderada Persistente	6	2.00%
Virus Papiloma Humano	12	4.00%
T O T A L	300	100.00%

Los hallazgos colposc6picos obtenidos en nuestro estudio son ectopia en 112 pacientes (40.60%); la leucoplasia se encontro en 97 pacientes (32.30%); mosaico se encontro en 30 pacientes (10.00%); la base se encontro en 30 pacientes (10.00%); la erosio vera en 21 pacientes (7.00%); el hallazgo de zona roja inespecifica se encontro en 6 pacientes (2.0%); el hallazgo m6s sobresaliente fue la colpitis encontrada en 188 pacientes (62.60). En un estudio de 150 paciente efectuado por citologia anormal de tipo neopl6sico las lesiones colposc6picas encontradas fueron vasos anormales en 101 pacientes (53.60%); colpitis en 49 pacientes (25.52%); leucoplasia en 26 pacientes (13.54%); mosaico en 11 pacientes (5.73%); queratosis en 5 pacientes (2.61%). La colposcopia anormal se detecto en 127 pacientes (84.67%) de las 150 pacientes estudiadas (16).

En otro estudio de 1,382 pacientes hecho en Suecia los hallazgos colposc6picos estudiados fueron: Puntilleo, mosaico, leucoplasia, vasos at6picos. Estos hallazgos se encontraron en la paciente con colposcopia normal, con NIC I, con NIC II, con NIC III y C6ncer; como se resume en el siguiente cuadro:

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS (300 CASOS)

PARAMETRO	No. DE CASOS	% DEL ESTUDIO	% CON LITERATURA MUNDIAL
Ectopia	122	40.60	11.32
Leucoplasia	97	32.30	14.50
Mosaico	30	10.00	19.80
Base	30	10.00	14.30
Erosio vera	21	7.00	3.80
Zona roja inespecifica	6	2.00	6.00
Colpitis	188	62.60	3.10

COMPARACION DEL PATRON COLPOSCOPICO CON LOS RESULTADOS HISTOLOGICOS
 Estudio realizado en el H.G.O. de Suecia en 1,392 pacientes (100%)

COLPOSCOPIA	NORMAL	NIC I	NIC II	NIC III	CANCER	TOTAL %
Puntilleo	36	37	37	204	6	320 (23.2)
Mosaico	30	30	31	92	1	184 (13.3)
Leucoplasia	113	86	95	234	5	533 (38.6)
Vasos Atipicos	4	4	5	17	6	36 (2.6)
Insatisfactoria	107	39	48	59	6	259 (18.7)
Satisfactoria	25	85	10	7	0	50 (3.6)
Total	315	204	226	613	24	1382 (100)

En esta tabla se observa que si hay una correlación entre los hallazgos colposcópicos entre este estudio comparandolo con otros estudios semejantes, los porcentajes son diferentes pero esto se debe a que también es diferente el número de pacientes estudiadas, como también se debe a que las costumbres, el medio socioeconómico el tipo de cultura, la educación, el inicio de la vida sexual activa el número de gestaciones, las infecciones del cuello cervical son diferentes y los resultados si son acordes a lo esperado por nosotros en nuestro estudio.

En el estudio hecho en Madrid la incidencia general de malignidad ha sido de (0.27%) de 4,371 pacientes estudiadas donde las imágenes atípicas se reportan en (2.9%) y en su estudio a decir de los autores no incluye las displasias graves como se incluyeron en nuestro estudio. Debe tomarse también en cuenta que en Madrid por reporte de los autores se prefiere la practica sistemática de la colposcopia lo que condiciona una menor incidencia en su material de imágenes atípicas y carcinomas incipientes.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS

COLPOSCOPIA	HGO No3 LA RAZA 300	HGO *** H. MILITAR 150	HGO * MADRID 4,371	HGO ** SUECIA 1,382
Ectopia	122(40.6%)	-----	3300 (75.5%)	-----
Leucoplasia	97(32.3%)	36(13.5%)	149(3.4%)	533(38.6%)
Mosaico	30(10.0%)	11(5.7%)	114(2.6%)	184(13.3%)
Base	30(10.0%)	-----	70(1.6%)	-----
Erosio Vera	21(7.0%)	1(9.0%)	9(0.2%)	-----
Zona Roja Inespecifica	6(2.0%)	-----	9(0.2%)	-----
Colpitis	188(62.0%)	49(25.5%)	44(20.0%)	320(23.2%)
Vasos Atipicos	44(14.6%)	101(56.0%)	26(0.6%)	36(2.6%)
Insatisfactoria	-----	127(84.6%)	-----	259(18.7%)
Queratosis	-----	5(2.6%)	-----	-----

Datos comparativos obtenidos de: * (1).
 ** (6).
 *** (16).

En la biopsia dirigida por colposcopia se encontro cervicitis crónica en 78 pacientes (26%); el Ca In Situ se encontro en 54 pacientes (18%), el hallazgo de metaplasia escamosa fue en 47 pacientes (15.60%); displasia moderada se encontro en 38 pacientes (12.60%) displasia severa se encontro en 36 pacientes (12%); 23 pacientes con displasia leve (7.60%); Ca invasor se detecto en 18 pacientes (6%); detectandose Virus del Papiloma Humano en 6 pacientes (2%). Como notamos en este estudio y en otros que reporta la literatura, la colposcopia alcanza su máximo interés al utilizarse en la detección oportuna del carcinoma cervicouterino, sospecha de neoplasia incipiente, mediante la toma de biopsia en el lugar adecuado alcanza según los autores un 80 a 95 por 100 de los casos de confiabilidad. Nuestros resultados destacan que pacientes habian acudido con citología tomada en su unidad con datos de malignidad, muchos fueron descartadas por la citología tomada en la unidad y por la gran disparidad entre estos resultados y los de su envío fueron pasadas al departamento de colposcopias, y por biopsia dirigida se detecto alteraciones secundarias a displasia leve, cervicitis sin tratamiento previos, recurrencia por malos manejos, se dio tratamiento, control citológico al ser negativos se dieron de alta con control citológico semestral o anual según el caso; y volver a esta unidad si reincide.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

BIOPSIA POR COLPOSCOPIA

PARAMETRO	Nq. DE CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis	78	26.00%
Metaplasia Escamosa	47	15.60%
Virus Papiloma Humano	6	2.00%
Displasia Leve	23	7.60%
Displasia Moderada	38	12.60%
Displasia Severa	36	12.00%
Ca In Situ	54	18.00%
Ca Invasor	18	6.00%
T O T A L	300	100.00%

En cuanto a los resultados de la conización cervical encontramos que en 80 pacientes el estudio no se realizo por haberse descartado la patologia con el estudio citológico de la unidad y biopsia dirigida por colposcopia correspondiendo a un (26.60%); en segundo lugar en cuanto a frecuencia encontramos que el Ca In Situ en 60 pacientes (20.00%); en tercer lugar se encontro la cervicitis crónica en 54 pacientes (18.00%); en cuarto lugar se encuentran 27 pacientes a las cuales esta pendiente la realización de la conización cervical debido a motivos personales de las pacientes, pendientes de de fecha de programación etc correspondiendo a un (9%); en otra 27 pacientes se detecto únicamente metaplasia escamosa (9%) por lo cual fueron egresadas del servicio; en 12 pacientes se detecto displasia severa programandose para histerectomia total abdominal complementaria por el tipo de lesión que se encontro en el estudio histopatológico postconización que corresponde a un (4.60%); en 12 pacientes con resultado de displasia leve (4.60%); y 11 con displasia moderada (3.60%); a las que se dio tratamiento a base de crioterapia o 5-Fluoracilo y de acuerdo al resultado se egresan o se realiza histerectomia total abdominal complementaria y citologia de cúpula vaginal subsecuente. Se encontro Ca Invasor en 9 pacientes (3.0%) las que pasaron al servicio de oncologia para continuar su protocolo de estudio, estapificación y tratamiento.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

RESULTADOS DE CONIZACION CERVICAL

PARAMETRO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis	54	18.00%
Metaplasia Escamosa	27	9.00%
Virus Papiloma Humano	8	2.30%
Displasia Leve	12	4.00%
Displasia Moderada	11	3.60%
Displasia Severa	12	4.00%
Ca In Situ	60	20.00%
Ca Invasor	9	3.00%
No se realizo	80	26.60%
Pendientes de realizar	27	9.00%
T O T A L	300	100.00%

Nuestra correlación nos indica que de los 300 casos que revisamos se encontro en 109 pacientes Ca In Situ por estudio citológico de la unidad (36.30%); que al realizarse la biopsia dirigida por colposcopia de estas 109 únicamente 54 continuaron con positividad para Ca In Situ (18%); y que con la conización cervical y el estudio histopatológico de esas mismas 109 pacientes, se detecto Ca In Situ a 60 pacientes (20%), lo que nos indica que la biopsia dirigida por colposcopia tiene una mayor especificidad para la detección de Ca In Situ que la citología en un (49.54%), con 55 pacientes (50.45%) de falsos positivos de la citología. Con respecto a la conización cervical el resultado fue de 60 pacientes con Ca In Situ de las 109 que originalmente tenia citología positiva que corresponde a (55.04%), con 49 pacientes (44.95%) falsos positivos.

Entre la biopsia dirigida por colposcopia y la conización cervical la diferencia fue de un (10%), que si corresponde a lo mencionado en la literatura como índice de detección. (1).

La siguiente tabla es para ilustrar la correlación mencionada entre la citología, la biopsia dirigida por colposcopia, y la conización cervical: Ver la correlación entre los casos positivos y negativos de las 300 pacientes motivo de este estudio y sus respectivos porcentajes.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

CON POSITIVIDAD REGISTRADA

PARAMENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Citologia	109	36.30%
Biopsia	54	18.00%
Cono	60	20.00%

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO
C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

CORRELACION: CITOLOGIA CON BIOPSIA (300 CASOS)

PARAMETRO	CITOLOGIA	%	BIOPSIA	%	CONO	%
Positivas	109	36.3	54	18.0	60	20.0
Negativas	191	63.6	246	82.0	240	80.0
T O T A L	300	100.0	300	100.0	300	100.0

VIII RESULTADOS

Dentro de la correlación diagnóstica encontramos la diferencia que existe entre el diagnóstico con el que fue enviada la paciente de su UMF, el diagnóstico encontrado por la citología en la unidad, el que se encontro por la biopsia dirigida por colposcopia y el que se hizo por la conización cervical. De 300 pacientes 93 tenían diagnóstico de envío de su UMF de Ca In Situ. Con el estudio citológico de la unidad el resultado fue de 109 casos de las 300 pacientes, de los cuales 55 fueron falsos positivos diagnosticado por biopsia dirigida por colposcopia (50.45%) de margen de error; encontrando al realizar la conización cervical que 60 eran positivos para Ca In Situ de los 109 casos que originalmente tenían citología positiva para Ca In Situ. Lo que confirma que aproximadamente hay un (50%) de margen de error entre la citología y la colposcopia y un (10%) entre esta ultima y el cono cervical.

Dentro del diagnóstico de Ca invasor de la UMF llegaron 28 pacientes en la Unidad se detectaron por citología 24 pacientes, con la biopsia dirigida por colposcopia solo se detectaron 18 pacientes y por el cono cervical solo 9 pacientes. Con respecto a la displasia severa de la UMF llegaron 56 pacientes, por citología se detectaron 57 pacientes, por la biopsia dirigida por colposcopia se detectaron 36. Y por el cono cervical solo 12 los que se trataron con histerectomía.

En cuanto a la displasia moderada de la UMF llegaron 54 pacientes, la citología de la Unidad diagnóstica 61, la biopsia por colposcopia detectó 38 pacientes y el cono cervical solo 11 las cuales fueron tratadas con crioterapia y 5-fluoracilo siguiendo su control con citología y de acuerdo a resultados revalorando tratamiento. La displasia severa más Virus del Papiloma Humano (VPH) llegaron de la UMF 11 pacientes, por citología se encontraron solamente 8. De la displasia moderada más VPH llegaron 22, por la citología de la Unidad solo se detectaron 19, no diagnosticándose ni por biopsia ni por conización. El VPH no asociado se encontró en 7 pacientes por citología se detectaron 12 pacientes, por biopsia se detectaron 6 pacientes y por cono 8, quizá el bajo índice de detección en estos últimos dos estudios sea por falta de búsqueda intencionada. Otros hallazgos son cervicitis crónica, metaplasia escamosa y displasia leve en un porcentaje menor. En 19 pacientes no se encontró el diagnóstico de envío de su UMF. De las 300 pacientes no se realizó conización cervical en 80 pacientes por no ameritarlo y se encuentran pendientes de realizar 27 conos cervicales.

En cuanto a tratamiento 84 pacientes (28%) se le realizó histerectomía total abdominal sin anexos, con anexos a 5 pacientes (1.60%).

Fueron canalizados al servicio de Oncología 18 pacientes de las cuales 4 pasaron a radioterapia, y 14 se quedaron en el servicio (1.30%) y (4.60%) respectivamente.

Continúan en tratamiento en la Unidad 136 pacientes (45.30%): 27 pacientes por estar pendientes de realizarse conización cervical otras por haberse detectado otro tipo de alteraciones como son: Miomatosis uterina con sangrado uterino anormal secundario, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica etc.

Se dieron de alta a su UMF 57 pacientes (19%) las cuales solo tuvieron cervicitis crónica para lo cual se les dio tratamiento con control citológico mensual o anual en su UMF según el caso. Las pacientes con displasia leve también recibieron tratamiento y control citológico en esta Unidad hasta la resolución de su problema y alta a su clínica, también con controles citológicos. Indicando a todas las pacientes que en caso de una nueva citología anormal solicitar ser enviadas de nuevo a esta Unidad.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U FN EL H.G.O. No. 3 (1993).

CORRELACION DIAGNOSTICA

PARAMETRO	DIAGNOSTICO U.M.F.	DIAGNOSTICO POR CITOLOGIA	DIAGNOSTICO POR BIOPSIA	DIAGNOSTICO POR CONIZACION
Displasia Moderada (DM)	54	61	38	11
Displasia Severa (DS)	56	57	36	12
DM más VPH	22	19	--	--
DS más VPH	11	8	--	--
Ca In Situ	93	109	54	60
Ca Invasor	28	24	18	9
DM Persistente	9	6	--	--
* VPH	7	12	6	8
Cervicitis	--	4	78	54
Metaplasia Escamosa	--	--	47	27
Displasia Leve (DL)	--	--	23	12
No Registrado	19	--	--	--
No se realizo	--	--	--	80
Pendiente de realizar	--	--	--	27
T O T A L	300	300	300	300

* VPH = Virus del Papiloma Humano.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO

C A C U EN EL H.G.O. No. 3 (1993).

TRATAMIENTO

PARAMETRO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Histerectomia sin anexos	84	28.00%
Histerectomia con anexos	5	1.60%
Oncologia	14	4.60%
Radioterapia	4	1.30%
Continua en tratamiento	136	45.30%
Alta a su U.M.F.	57	19.00%
T O T A L	300	100.00%

IX CONCLUSIONES

1. Tenemos que la utilidad de la biopsia dirigida por colposcopia a tomado un gran auge en los últimos años, según lo tenemos indicado en el presente estudio y corroborado por los datos encontrados en el mismo, un 10% de error entre la biopsia dirigida por colposcopia, que si corresponde a lo reportado por la literatura.
2. Encontramos que si existe correlación con otros estudios realizados al respecto, uno de los más representativos el que fue hecho en Suecia y otro hecho en Madrid, las diferencias fundamentales radican en el número de la población estudiada, pero en términos generales los resultados son proporcionales a los mismos.
3. En cuanto a los factores de riesgo sigue prevaleciendo el inicio de vida sexual activa a edad temprana, en nuestro estudio (70.60%) que corresponde a 212 pacientes que inician antes de los 20 años, de los antecedentes familiares 39 pacientes (13%) con antecedentes de Ca Cu y 26 pacientes con antecedentes de cáncer en alguna otra parte del organismo, la asociación a infecciones cervicales crónicas especialmente con el VPH sólo o asociado 39 pacientes, la multiparidad, la promiscuidad sexual, varios compañeros sexuales no circuncidados, empleo prolongado de hormonales orales o de depósito por periodos mayores de 36 meses.

4. Encontramos como punto sobresaliente que la edad más frecuente en nuestros pacientes fue la cuarta década de la vida, ósea después de los 41 años de edad que corresponden a 184 pacientes (61.30%), que si corresponde a lo reportado por la literatura y si esto se asocia a los factores de riesgo mencionados la edad de inicio es cada vez más temprana.
5. Las lesiones colposcópicas donde existió correlación con la literatura en nuestro estudio fue la leucoplasia 97 pacientes que correspondio a (32.30%), la base con 30 pacientes (10%); al igual que el mosaico 30 pacientes (10%), que esta bien establecido en la literatura que se consideran lesiones premalignas.
6. La colpitis que esta en relación con la alteración en la angioarquitectura de la vasos sanguíneos, que se presento en nuestro estudio en 44 pacientes (14.6%), prevaleciendo que mientras más atípicos sean los vasos clases IV y V existe más relación con el Carcinoma Cervicouterino In Situ.
7. Con el presente estudio concluimos que la colposcopia con biopsia dirigida sigue siendo de gran importancia como auxiliar diagnóstico en el Ca In Situ y como complemento en el estudio integral de paciente con sospecha de cáncer cervicouterino.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez H. H. Taracón M. I. Colposcopia. La colposcopia en Ginecología. Págs. 93 - 118.
2. Cecchini Silva Iossa A. Colposcopic survey of Papanicolaou test negative cases with hiperkeratosis or parakeratosis. Obstetrics and Gynecology. 1990. Nov. 76 (5 Part I). Págs. 857 - 59.
3. Rolf Gert Vom Scheidt. Curso de colposcopia. BYK - Gulden. 1983. Págs. 1 - 110.
4. Ruiz M. Papel de la colposcopia en el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial del Cérvix. Ginecología y Obstetricia de México. 1985. Mayo. Vol. 53. Págs. 115 - 118.
5. Cinel A. Oselladore M. The accuracy of colposcopically derected biopsy in the diagnosis of cervical intraepitelial neoplasia. Eur J Gynaecol Oncol. 1990. Nov. (6), Págs. 433 - 7.
6. El-Dabh Rogers R. E. The role of endocervical currettage in satisfactory colposcopy. Obstet Gynecology. 1989. Aug. 74 (2). Págs. 159 - 64.
7. Hunler V. Tseng P. Microscoposcopy vs cone histology in evaluation of the endocervix in women with inadequate colposcopy or positive endocervical currettage. J. Reprod. Med. 1989. Sep. 34 (9). Págs. 625 - 28.

8. Jhonson N. Crompton A.C. Usina lamical to expose high cervical lesions during colposcopic examination. Br. J. Obstet Gynaecol. 1990. JAN. 97. (1). Págs. 46 - 52.
9. Maggi R. Zannoni E. Comparison of reapeat smear, colposcopy and colposcopically directed biopsy and the evaluation of the mildly anormal smear. Gynecol Oncol. 1989. Dec. 35 (3). Págs. 924-26.
10. Mateu Aragones J. M. Atlas de colposcopia, Fundamentos histopatológicos, significación clinica. 1973. Págs. 3 - 283.
11. Richar F. Mattlingly. Jhon D. Thompson. Colposcopia. Te Linde. 1983. Págs. 672 - 77.
12. Hellberg D. Nilsson S. 20-year experience of follow-up of the anormal smear with colposcopy and histology and treatment by conization or cryosurgery. Gynecol Oncol. 1990. Aug. 38 (20). Págs. 166 - 9.
13. Ramirez E. J, Hernández E. Cervical conization findings in women with dysplastic cervical cytology and normal colposcopy. J. Reprod. Med. 1990. Apr. 35 (4). Págs. 359 - 61.
14. Butureanu S. Pricop F. Strata E. the role of biopsy in the early diagnosis of cancer of the cervix uteri. Rev. Med. Chir Soc Med Nat. Iai. 1990. Jan - Mar. 94 (1). Págs. 129 - 31.

15. Cecchini S. Iossa A. Routine colposcopic survey of patients with false-negative smears. *Acta Cytol* 1990. Nov.-Dec. 34 (6). Págs. 778 - 80.
16. Saunders N. Anderson D. Sheridan E. Endoscopic localization of the squamocolumnar uncion before cervical cone biopsy in 294 patients. *Cancer*. 1990. Mar. 65 (6). Págs. 1312 - 7.
17. Villalobos R.M. Neoplasia intraepitelial del cérvix. Papel de la colposcopia en el diagnóstico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1983. Octubre 51 (3180). Págs. 273 - 276.
18. Stafí Adolf. Colposcopia. Del departamento de Ginecología y Obstetricia. Págs. 187 - 205.
19. Byrns MA. Taylor-Robinson D. The common occurrence of human papiloma virus infection and intraepithelial neoplasia in women infected by HIV. *Aids*. 1989. Jun. 3 (6). Pag. 379-82.
20. Kaku T. Tsukamoto N. Toki N. Diagnosis and treatment of cervical dysplasia. *Gen To Kagaku Ryoho*. 1989. Apr. 16 (4 Pt 2-3). Págs. 1588 - 91.