

11217
278



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Curso de Especialización en Gineco-Obstetricia
Hospital 20 de Noviembre ISSSTE

ANALISIS DE 78 CASOS DE CONIZACION CERVICAL

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

DR. JORGE GUADALUPE URDAIN CAIRE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

2002



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.

Al Jefe de la División

Dr. José Torre Blanco
con mi más profunda
admiración y respeto

A los Jefes de Servicio

Dr. Jose Roberto Ahued Ahued
Dr. Manuel Escalante Legarreta
Dr. Xavier Martínez Pacheco
Dr. Otoniel Miranda Andrade
Dr. Efraín Pineda Guerrero..

Con todo mi agradecimiento
por sus consejos y su enseñanza
diaria.

A1 coordinador de esta tesis.

Dr. Francisco Cervantes Chávez

Por sus consejos y su amistad.

A todos los Médicos Adscritos
de la División de Ginecoobstetricia.

A mis compañeros Residentes
recordando todas las horas de
sufrimiento y alegría.

A la mujer y a todos
áquellos que en alguna
ocasión han luchado por
su bienestar.

A todos los Médicos
que sienten cariño a
esta especialidad.

A mis padres:

Sr. General de Ala Ingeniero De Aeronáutica.

Salvador Urdian Kurczyn

Sra. Clementina Caire de Urdian.

Agradeciendo siempre su amor,
su ayuda, sus consejos y todo
lo bueno que de ellos siempre
he recibido.

A mis suegros

Sr. Contador Público
Enrique Dector Beltrán.

Sra Ma. Luisa Cue de Dector
por su apoyo, y su —
preocupación por mí

A mi cuñada

Srita. Ma. Fernanda Dector Cue
por su amistad y cariño.

A mis amigos:

Sr. Ing. Alfonso Rivero Loaiza

Sra. Aurea Lizarriturri de Rivero

Sr. Ing. Bernardo J. Pérez Guerrero

Sra. Ma de los Angeles de la Torre de Pérez.

Lic . Enrique González y Zomora

Por su amistad para siempre.



A mi esposa

Lic. Ma. Luisa Dector de Urdian

Con todo mi amor y agradecimiento
por haberme dado su amor, su vida
su apoyo para seguir adelante en
esta dura profesión, alientándome
en los momentos difíciles y com-
partiendo conmigo tristezas y
alegrías.

A mi hijo:

Jorge Enrique

El cual nació durante el desarrollo
de este trabajo y es la luz que —
alumbra desde ahora el camino a —
seguir y que crecerá amparado por—
nuestro amor

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVO	3
GENERALIDADES	4
MATERIAL Y METODO	14
RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS DATOS	15
COMENTARIO	30
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUCCION

La conización del cervix uterino es un procedimiento de aparición relativamente reciente, con el cual se ha dado un paso mas en el progreso hacia la profilaxis del cáncer cervico uterino. Sus orígenes no son precisos, aunque se da la paternidad de este procedimiento a Lisi, posteriormente Sims lo perfecciona. Tiempo más tarde Stünderf describe los puntos que llevan su nombre y que se utilizan para afrontar la mucosa sobre el lecho — cruento.

De dos décadas a la fecha es cuando el procedimiento — alcanza su mayor grado de difusión, en la medida en que crece el afán del ginecólogo de llegar a un diagnóstico precoz de las ang malfas epiteliales del cervix y del carácter multicéntrico de — dichas alteraciones, por lo que resulta favorable una extirpa — ción biópsica del ecto y endocervix.

Los objetivos de esta intervención son:

a.- Diagnóstico:

Logrado mediante la posibilidad de obtener epitelio del ecto y endocervix y, por lo tanto un estudio histopatológico claro de las lesiones y su grado de evolución.

b.- Terapéutico:

El cual se logra con la extirpación de todo el terreno patológico.

c.- Profiláctico:

En los casos en que sin hallarse lesiones sugestivamente atípicos, se presume una fuerte posibilidad de dicha evolución. (4).

OBJETIVO

Evaluar la conización cervical como método diagnóstico, terapéutico y profiláctico en las lesiones inflamatorias, pre-malignas y malignas del cervix uterino mediante:

- 1.- El análisis de los estudios citológicos e histopatológico.
- 2.- La respuesta al tratamiento de las cervicitis rebeldes, las displasias leves y moderadas.
- 3.- La fertilidad posterior, y
- 4.- Las complicaciones del método fundamentalmente.

GENERALIDADES

Ahora bien, desde los trabajos de Papanicolaou hasta la actualidad, el diagnóstico precoz del cáncer genital especialmente de cérvix está basado en la búsqueda de las alteraciones que sufren las células que se desprenden de una neoplasia, siendo la citología exfoliativa el método de selección para el control de grandes masas, dada su sencillez y economía, a pesar de que tiene limitaciones que dependen más bien de errores humanos. Si bien es cierto que algunos trabajos citan hasta el 100% de seguridad en el diagnóstico del cáncer cervical, lo cierto es que existen muchos que reportan cifras menores entre un 80 y 90% (8,20,29); lo que sucede es que siendo un método tan empleado con frecuencia se descuida (26) ya que es necesario obtener la muestra bajo visualización con espejo, haciendo un raspado del orificio interno, o bien aspiración con pipeta; es de mucha menos utilidad la toma del fondo de saco posterior, la que por si sola y según diversos reportes da hasta un 18% de falsos negativos (26).

Una neoplasia sigue una historia natural en la que se suceden cambios celulares progresivos que la llevan hasta su malignización, este es un punto de extraordinaria importancia, -

que nos obliga a una estrecha vigilancia de lesiones tomadas como intrascendentes , ya que diversos trabajos demuestran que en más del 50% de los cánceres cervicouterinos hay antecedentes de citologías de la clase II, III. Se sabe también que en — menos del 20% de estas nuevas neoplasias no existía antecedente previo de alteración citológica (26).

La citología como método de diagnóstico precoz nos permite integrar dos grupos, uno de pacientes sin cáncer y otro con cáncer, el cual no ha sido superado por ningún método hasta la fecha (8), y se pretende informar sobre las alteraciones que — se asientan en los epitelios escamoso y cilíndrico del cérvix. Sabemos que sobre el cérvix se asientan una serie de procesos; unos de tipo inflamatorio, otros proliferativos de tipo maligno, como la metaplasia escamosa; otros pueden preceder a la — aparición del cáncer, como son las alteraciones de la madura—ción y la diferenciación del epitelio escamoso, las cuales se incluyen bajo el término de displasias así como los estadios — precoces del cáncer (carcinoma in situ y micro invasor) y finalmente las etapas invasoras (8).



Las displasias leves o moderadas se deben fundamentalmente a procesos de tipo inflamatorio especialmente relacionadas con virus, indicando algunos autores que éstas remiten espontáneamente. Las displasias severas progresarán a carcinoma in situ a diferencia de las anteriores (8). Ahora bien, otros autores indican grandes controversias en relación al significado de displasia (20) como Alvarez Fuertes que la define como un desarrollo desordenado del epitelio del exocérnix con o sin alteraciones celulares, de iguales características en el epitelio del endocérnix con metaplasia. Carrera la define como cualquier alteración cervical no neoplásica, que pueda o que llegue a tener alguna relación con el cáncer epidermoide y que tiene nexos con el proceso de cicatrización normal. Existen muchas otras definiciones, pero debemos recordar que el término displasia se introdujo hace 20 años por Reagan indicándose un significado específico de una lesión premaligna del cérnix uterino.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto es de suma importancia tener un control diagnóstico adecuado de estas lesiones premalignas y dar el tratamiento específico a cada una de ellas, con la finalidad de lograr una mayor profilaxis en el cáncer del cérnix.

Entre los otros métodos que encontramos para el diagnóstico precoz de las lesiones premalignas o malignas del cérvix se encuentra la prueba de Schiller, que como es bien sabido se realiza aplicando una solución de lugol en el cérvix y la prueba se basa en la falta de capacidad del epitelio cervical carcinomatoso o displásico para almacenar glucógeno y la demostración de glucógeno con la solución yodada en el epitelio escamoso normal, lo cual constituye una guía para las zonas conizables, su índice de falsos positivos es de 7 a 31% según diversas series (11, 13, 27) Y carece también de una visualización adecuada para las lesiones que tiene su punto de partida en el ectocérvix.

La colposcopia es otro de los métodos empleados en el diagnóstico de las entidades patológicas mencionadas anteriormente, y se debe de practicar en todas las pacientes con resultados Citológicos anormales, como guía para la toma de biopsia del exocervix, y una de sus grandes ventajas es que permite visualizar el epitelio escamoso, el epitelio columnar y la zona de transición que es la porción cervical con mayor frecuencia de asentamiento para el cáncer. (11, 13, 16, 24, 26, 29).

Por razón lógica se deben biopsiar las zonas Schiller —

positivas y las zonas colposcópicamente anormales, valorando su resultado anatomopatológico; pero debemos de tener en cuenta — que puede existir una controversia en la interpretación de la — biopsia, la cual está dada por la arquitectura de la lesión, — que puede confundirse aún en ojos de un patólogo muy experimentado entre los siguientes cuadros: Displasia severa, Carcinoma in situ y Carcinoma micro invasor, debido a la subjetividad de su interpretación. (26).

La conización cervical o biopsia cónica es un procedimiento de tipo quirúrgico el cual por si solo se considera como un diagnóstico definitivo del carcinoma in situ, incluida su extensión en superficie y profundidades (5,9,14,25,26,30). Respecto a su utilidad terapéutica constituye un recurso muy valioso en — los casos de displasias severas, carcinoma in situ y microinvasor en algunos casos; ya que el material obtenido permite el — examen histopatológico de todo el cérvix incluyendo el conducto endocervical y aún más, es posible utilizarlo para el manejo del carcinoma in situ en la mujer embarazada, teniendo como único — riesgo la infección o la lesión del feto con aborto o incompetencia ístmico cervical, en los casos en que el vértice del —

como se hace hasta el orificio interno; pero si no se lleva - el corte hasta ese lugar se corre el peligro de dejar tejido - atípico lo que se puede comprobar con citologías posteriores— indicándose complicaciones en el 14.5% de los casos (12). El- método ha sido utilizado por muy diversos autores (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, - 30).

Ahora bien, se indica que cuando se practican conizaciones amplias y altas se despierta un cuadro de incompetencia — istmico cervical, para lo cual puede ser de valiosa ayuda practicar un cerclaje ya sea dentro del estado grávido puerperal o cuando se desea una fertilidad posterior (9, 10, 12, 16, 23, 25).

Indicaciones de la conización cervical (14).

- 1.- Citología vaginal negativa con lesión erosiva amplia, re— belde a tratamiento y que pueda enmascarar un carcinoma.
- 2.- Citología vaginal anormal con o sin lesión aparente.
- 3.- Biopsia con hiperactividad de células basales no concluyen— te de malignidad y con posibilidad de áreas malignas en zonas -

que no fueron tomadas por la biopsia.

4.- Biopsia con resultado de cáncer in situ. La conización es -
necesaria para descartar o precisar cáncer invasor en otra área-
del cuello uterino.

Técnica quirúrgica (4, 14, 30).

Inicialmente debemos de mencionar que en la actualidad úni-
camente se practica la conización en frío, ya que el uso de --
corrientes de alta frecuencia ha sido abandonado debido a las --
alteraciones de la arquitectura celular invirtiendo la polaridad
celular de la pieza a estudiar (4,30).

1.- Preparación previa.

No difiere de la acostumbrada en la cirugía vaginal, se recog-
mienda además de la tricotomía y el enema una ducha vaginal y --
la aplicación de un évulo de nitrofurazona (4).

2.- Anestesia.

Se prefiere la de tipo peridural ya que brinda analgesia y
relajación suficientes y tiene un mínimo de complicaciones.

3.- Posición de litotomía.

4.- Asepsia y antisepsia de la región.

5.- Delimitación de la lesión.

Ya sea embrocación del cérvix con lugol, o bien el mapa —
colposcópico del cérvix.

6.- Infiltración del cérvix.

Numerosos autores infiltran el cérvix con soluciones vaso—
constrictoras del tipo de la epinefrina (4.14).

7.- Sondeo vesical continuo.

8.- Cervicometría e histerometría.

La longitud del cérvix se calcula introduciendo un histeróme
tro por el conducto endocervical hasta llegar al orificio —
interno sintiéndose un pequeño resalto y de esta forma se —
aprecia la profundidad que debe tener un cono suficiente.

9.- Operación.

a) Tracción: Se efectúa con pinzas de Possi a las 6 y a las 12 -
horas, a la mitad de distancia entre el orificio externo y el
límite de reflexión de los fondos de saco anterior y poste —
rior.

b) Puntos hemostáticos que tienen por objeto ligar las ramas cer
vicovaginales y se colocarán profundamente en la cara lateral

del cérvix, lo más cerca posible del istmo, Pueden ser simples o en ocho con catgut crónico del 1; por detrás de este punto se pasa otro similar el cual no se anuda y se emplea como tracción. Los cabos restantes se anudan a las 3, a las 6, a las 9 y a las 12:00 horas, del cuadrante y también pueden ser utilizados como tracción (9).

c) Incisión: Se efectúa con bisturí penetrándose en el tejido cervical con un diámetro de 2 a 3 cms y de 2.5 cms de profundidas, completándose de esta manera una circunsición; en este momento se cambia la posición de las pinzas de Possi de manera tal que tomen la base del futuro cono, se efectúa tracción y se secciona labrando un canal hasta el orificio interno.

d) Legrado del endometrio.

e) Hemostasia: Fundamentalmente con la técnica de Sturmdorf o de Wialnzky. Una vez realizado este procedimiento se permeabiliza el orificio y posteriormente se coloca un taponamiento vaginal.

f) Postoperatorio inmediato: La paciente deberá permanecer en reposo en cama de 24 horas a 48 horas, administrando analgés-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sicos en caso de ameritarlo.

- g) Postoperatorio tardío: Abstención sexual por un mínimo de -
cuatro semanas y control de permeabilidad cervical con his-
terómetro.

Con la técnica empleada la cicatrización es rápida y prácti-
camente total entre las 6 y las 12 semanas (4, 9).

Complicaciones. (4, 14, 30).

- 1.- Hemorragia: Intraoperatoria y tardía.
- 2.- Infección: Anexitis y parametritis.
- 3.- Sinequia endocervical.
- 4.- Pérdida de la capacidad funcional del tapón mucoso cervical,
dificultándose el traslado espermático y la fertilidad poste-
rior.
- 5.- Incompetencia ístmico-cervical.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó tomando 78 expedientes - al azar del Departamento de Bioestadística del Centro Hospitalario " 20 de Noviembre del ISSSTE", comprendiendo el período del 1o. de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1979.

El estudio consiste en una revisión retrospectiva de -- los 78 expedientes mencionados.

El estudio dada su magnitud se considera como estadísticamente representativo de un grupo de muestra.

Los parámetros analizados son: Edad, antecedentes heredosa familiares, antecedentes personales patológicos, escolaridad, -- nivel socioeconómico, antecedentes ginecoobstétricos, sintomatología, y signología genital, prueba de Schiller, citología previa, biopsia, colposcopia, tratamiento previo, anestesia empleada, procedimiento quirúrgico, reporte histopatológico de las -- conizaciones efectuadas, complicaciones, estancia hospitalaria, histerectomía posterior, hallazgos, citología posterior, persistencias, fertilidad posterior y correlaciones.

RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS DATOS

Edad.

La edad de las pacientes fluctuó entre los 23 y 62 años, encontrándose el mayor porcentaje de pacientes entre los 40 y - 49 años lo que corresponde a un 43.5% del total, cifra que está acorde con la literatura internacional. Cabe mencionar que el grupo que ocupa un segundo lugar con un 26.9% es el comprendido entre los 30 a 39 años (tabla 1, gráfica 1).

Antecedentes familiares:

Se encontró el antecedente de carcinoma cervico uterino- en 12 pacientes, lo que constituye un 15.3% de la muestra, y — creemos que este dato es de importancia puesto que constituye — un elevado porcentaje de pacientes con una carga hereditaria de tipo neoplásico (tabla 2).

Antecedentes personales patológicos:

En este renglón podemos apreciar que en 5 pacientes que constituyen un 6.4% de la muestra se ha encontrado antecedente

TABLA No . 1

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD

	# DE PACIENTES	%
Menos de 20 años	0	0
De 20 a 29 años	9	11.6
De 30 a 39 años	21	26.9
De 40 a 49 años	34	43.5
De 50 a 59 años	11	14.1
Más de 60 años	3	3.9
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

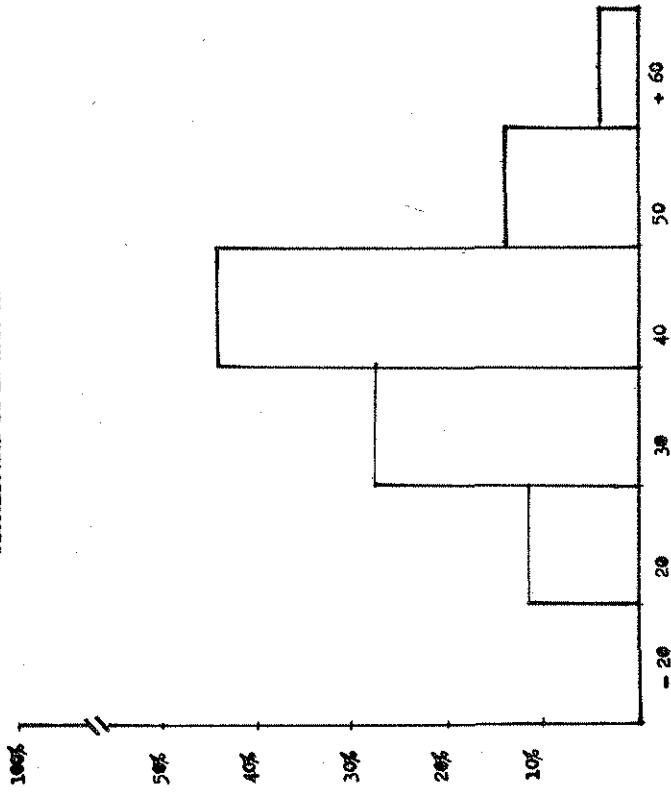
Menor edad 23 años en 3 pacientes

Mayor edad 62 años en 1 paciente

Fuente : Depto Bioestadística
C.H. 20 de Noviembre.
I.S.S.S.T.E

GRAFICA N.º 1 (TABLA N.º 1)

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD



de neoplasia mamaria, y en 4 pacientes que es el 5.1% se encontró asimismo el antecedente de diabetes mellitus. Los otros parámetros investigados en este inciso no fueron realmente significativos (tabla 3).

Escolaridad:

El mayor porcentaje de las pacientes estudiadas que corresponden al 25.6% (20 pacientes) tenían un grado de estudios entre 4o. y 6o. años de primaria, encontrándose en segundo lugar el grupo de lo. a 3er año de primaria al que corresponden 16 de ellas formando el 20.5%. Resulta relevante mencionar que solamente 9 pacientes que se engloban en el 11.5% del total tienen una escolaridad nula, previamente y de acuerdo con la literatura analizada se había pensado que este grupo sería el que tuviese el mayor porcentaje de la muestra (tabla 4, gráfica 3).

Nivel socioeconómico:

En la mitad de la muestra se encontró que procedían de un nivel socioeconómico medio, y un 42.3% procedían de estrato bajo; siendo realmente muy bajo el porcentaje de pacientes correspondiente a un estrato medio alto y que solamente pertenecieron a

TABLA No . 2

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

PADECIMIENTO	# DE PACIENTES	%
Carcinoma Cervico-Uterino	12	15.3
Otras Neoplásias Malignas	7	8.9
<hr/>		
TOTAL	19	24.2%

TABLA No . 3

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

PADECIMIENTO	# DE PACIENTES	%
Neoplasias Mamarias	5	6.4
Neoplasias Ovaricas	2	2.5
Otras Neoplasias	2	2.5
Diabetes Mellitus	4	5.1
Hipertensión Arterial	3	3.8
<hr/>		
TOTAL	16	20.3%

Fuente: Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 L.S.S.S.T.E.

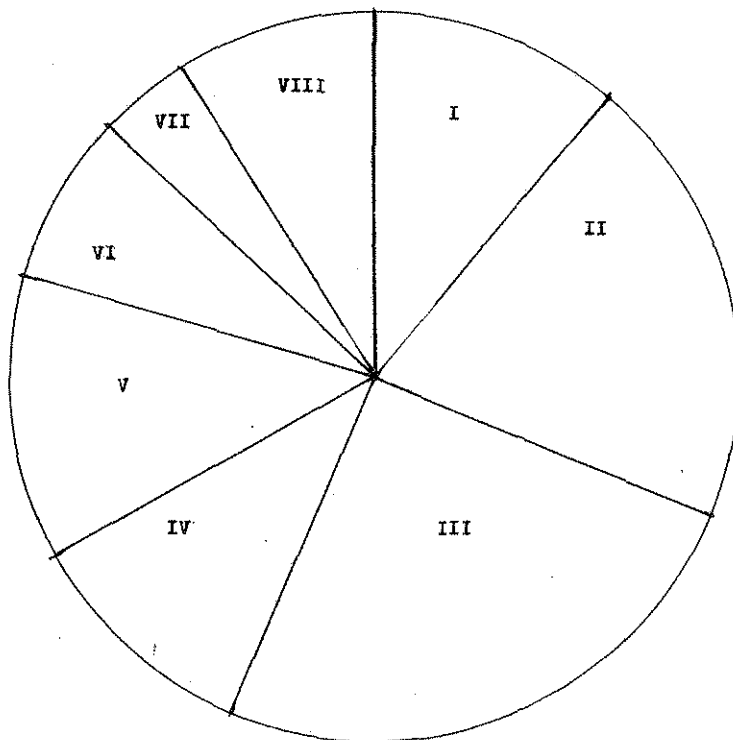
TABLA No. 4

ESCOLARIDAD DEL GRUPO DE LA MUESTRA.

	# DE PACIENTES	%
Nula	9	11.5
1° - 3° Primaria	16	20.5
4° - 6° Primaria	20	25.6
Secundaria	8	10.4
Comercio o Enfermeria	10	12.8
Preparatoria o Normal	6	7.6
Universitaria	2	2.5
Se ignora	7	8.9
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente : Depto. Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.

GRAFICA No. 3 (TABLA No. 4)
ESCOLARIDAD DEL GRUPO DE LA MUESTRA



I = Nula	V = Comercio o Enfermeria
II = 1° - 3° Primaria	VI = Preparatoria o Normal
III = 4° - 6° Primaria	VII = Universitaria
IV = Secundaria	VIII = Se ignora

el 2.5% de las pacientes (tabla 5, gráfica 3).

Antecedentes gineco-obstétricos:

1.- Menarca:

Podemos apreciar que la mayoría de las pacientes iniciaron sus sangrados catameniales entre los 13 y 14 años, correspondiendo un 11.5% de la muestra a pacientes que iniciaron su menarca a los 11 años; y una de ellas (1.2%) inició a la edad de 18 años. De lo anterior se obtuvo una media estadística a los 14.3 años (tabla 6, gráfica 4).

2.- Inicio de vida sexual

El mayor porcentaje de las pacientes (52.7%) inició su vida sexual activa a edades tempranas comprendidas entre los 16 y los 20 años, observándose que entre los 12 y 15 años un 12.8% -- inician su actividad sexual, lo que es acorde con la literatura internacional respecto a los factores predisponentes al carcinoma cervicouterino (tabla 7, gráfica 5).

3.- Compañeros sexuales por pacientes.

TABLA No . 5

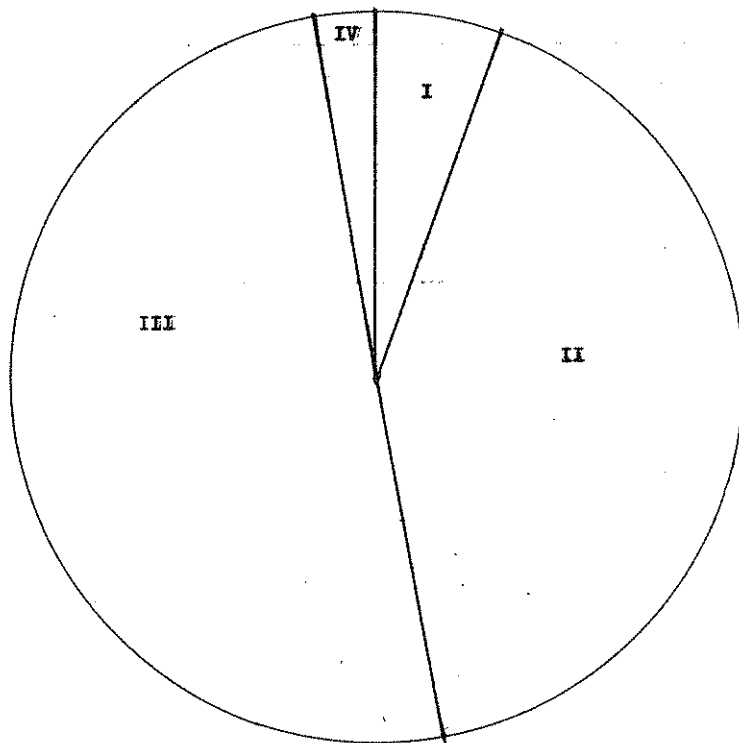
NIVEL SOCIOECONOMICO.

	# DE PACIENTES	%
Precario	4	5.2
Bajo	33	42.3
Medio	39	50
Medio alto	2	2.5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente: Depto Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E

GRAFICA No . 3 (TABLA No . 5)

NIVEL SOCIOECONOMICO



I = Precario
II = Bajo
III = Medio
IV = Medio alto

TABLA No .6

INICIO DE LA MENARCA

	# DE PACIENTES	%
11 años	9	11.5
12 años	7	8.9
13 años	28	36.8
14 años	20	25.6
15 años	9	11.5
16 años	1	1.2
17 años	3	3.8
18 años	1	1.2
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

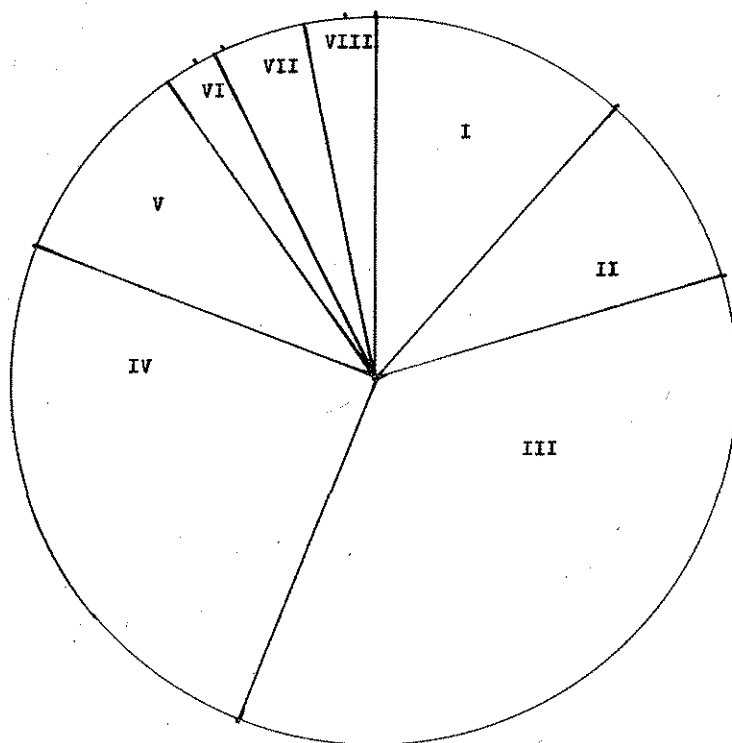
Menor edad 11 años
 Mayor edad 18 años
 Media 14.3 años

Fuente: Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 4 (TABLA No. 6)

INICIO DE LA MENARCA



I = 11 años
II = 12 "
III = 13 "
IV = 14 "

V = 15 años
VI = 16 "
VII = 17 "
VIII = 18 "

TABLA No . 7

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

	# DE PACIENTES	%
De 12 a 15 años	10	12.8
De 16 a 20 años	41	52.7
De 21 a 25 años	21	26.9
De 26 a 30 años	3	3.8
De más de 30 años	3	3.8
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

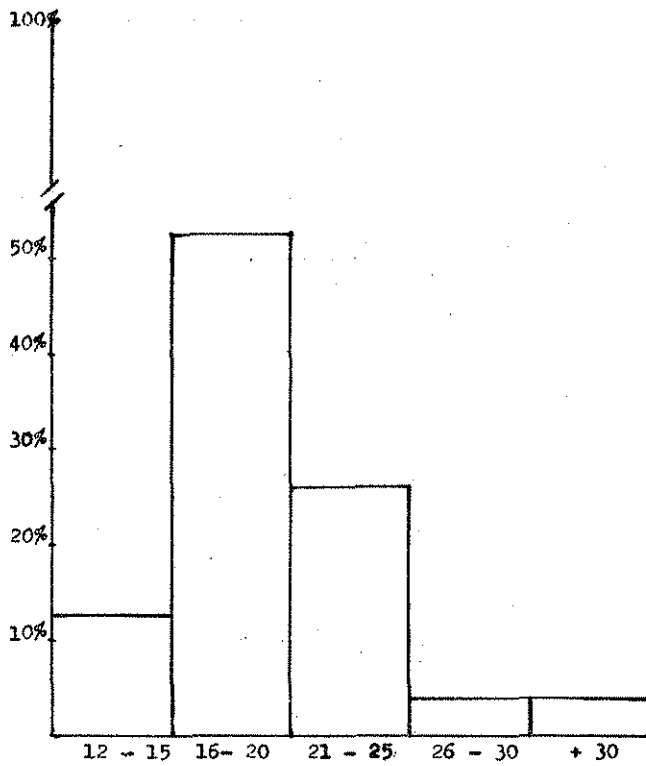
Menor edad al inicio 14 años

Mayor edad al inicio 32 años

Fuente. Depto. Bioestadística
C.H. 20 de Noviembre
I.S.S.S.T.E.

GRAFICA No . 5 (TABLA No . 7)

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



En un 65.3% de las pacientes se observó que únicamente habían tenido un compañero sexual. El resto de ellas correspondieron a 2 o más; destacando que en este estudio no se encontró ninguna paciente nubil (tabla 8, gráfica 6).

4.- Compañeros sexuales circuncidados.

En un 85% se encontró que sus compañeros no estaban circuncidados y en un 11% se ignoraba esta situación, por lo que solamente un 4% de los compañeros sexuales se encontraba circuncidado siendo este un dato muy valioso considerando al esmegma como un factor predisponente para el cáncer cervicouterino (tabla 9, gráfica 7).

5.- Ingesta de hormonales.

Esta solamente fué positiva en un 23% de la muestra, por lo cual no podemos interpretar el hecho como correlacionado con la mayor incidencia de neoplasias cervicales, y resulta importante destacar que en el 77% no hubo ningún tipo de ingesta de hormonales (tabla 10).

TABLA No . 8

COMPANEROS SEXUALES POR PACIENTE`

	# DE PACIENTES	%
1 Compañero	51	65.3
2 Compañeros	15	19.6
3 Compañeros	4	5.1
4 ó más compañeros	2	2.5
Se ignora	6	7.6
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

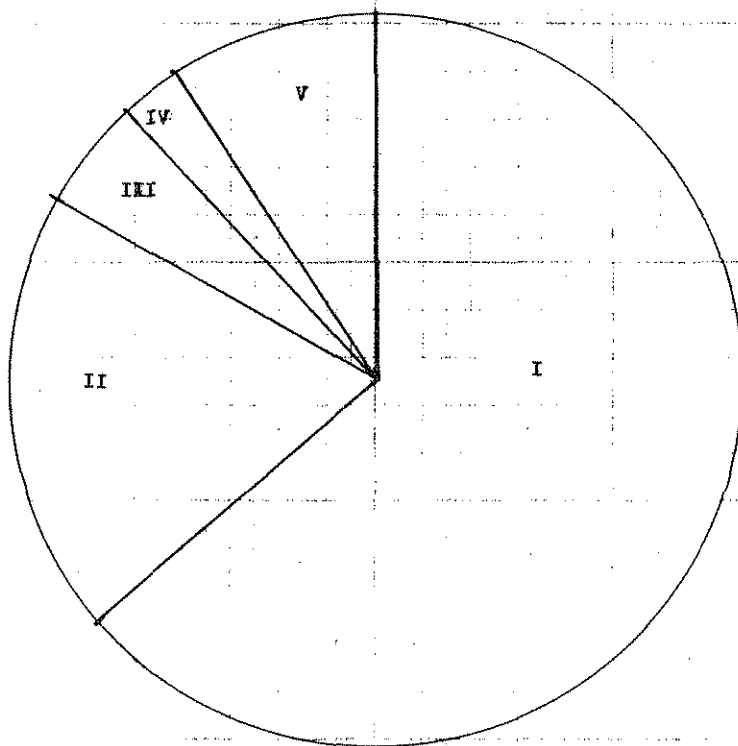
TABLA No . 9

COMPANEROS SEXUALES CIRCUNCIDADOS

	# DE PACIENTES	%
No circuncidados	67	85
Circuncidados	3	4
Se ignora	8	11
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
C.H. 20 de Noviembre
I.S.S.S.T.E.

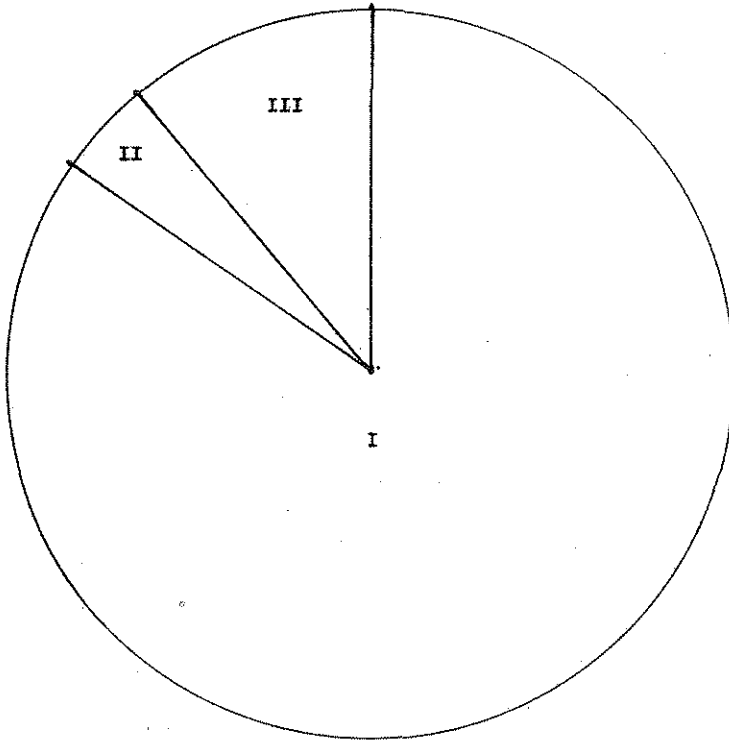
GRAFICA No . 6 (TABLA No . 8)
COMPAÑEROS SEXUALES POR PACIENTE



- I - 1 Compañero sexual
- II - 2 Compañeros sexuales
- III - 3 Compañeros sexuales
- IV - 4 ó más compañeros sexuales
- V - se ignora

GRAFICA No . 7 (TABLA No . 9)

COMPANEROS SEXUAL CIRCUNCIDADOS



- I - No circuncidados
- II - Circuncidados
- III - se ignora

TABLA No . 10

ANTECEDENTE DE INGESTA DE HORMONALES.

	# DE PACIENTES	%
Positiva	17	23
Negativa	61	77
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

TABLA No . 11

OTROS METODOS DE CONTROL DE FERTILIDAD

	# DE PACIENTES	%
Ogino - Knauss	1	1
D.I.U.	8	10
Salpingoclasia	8	10
Barrera	2	2.5
Esterilidad Primaria	1	1
Sin control	41	52.5
<hr/>		
TOTAL	61	77 %
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.

6.- Otros métodos de control de fertilidad.

Con igual porcentaje y correspondiendo a un 10% cada uno observaron a las pacientes portadoras de dispositivo intrauterino y a las pacientes en las cuales se habían practicado salpingoclasia; un 52.5% no utilizó ningún método de control de fertilidad, y un 1% se diagnosticó esterilidad primaria (tabla 11).

7.- Ritmo menstrual.

La gran mayoría (85%) presentó un ritmo regular y solamente un 5% presentó metrorragias (tabla 12).

8°- Número de gestaciones.

Este parámetro se encuentra representado en un 41% con - pacientes que han tenido de 6 a 10 gestaciones y en igual número con 2 a 5 gestaciones, además se encuentran 2 pacientes nuligestas y una con XIX gestaciones. Lo anterior da una media estadística de 5.8 gestaciones por paciente (tabla 13, gráfica 8).

9.- Paridad.

En un 52% se encontró al grupo de pacientes con 2 a 5 -

TABLA No . 12

RITMO MENTRUAL .

	# DE PACIENTES	%
Regular	67	85
Irregular	8	10
Metrorrágias	3	5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente: Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.

TABLA No . 13

NUMERO DE GESTACIONES :

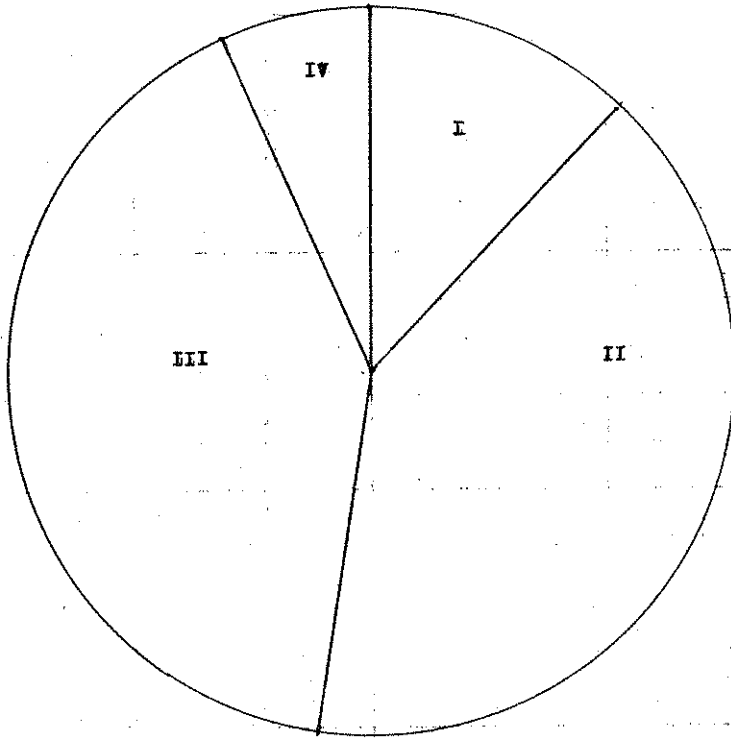
	# DE PACIENTES	%
De 0 - 1	9	12
De 2 - 5	32	41
De 6 - 10	32	41
De 11 ó más	5	6
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Menor Número de gestaciones - 0 en 2 pacientes
 Mayor Número de gestaciones - XIX en 1 paciente
 Media 5.8 gestaciones.

Fuente. Depto de Biogestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975-79

GRAFICA No . 8 (TABLA No . 13)

NUMERO DE GESTACIONES



I - De 0 - 1
II - De 2 - 5

III - De 6 - 10
IV - De 11 ó más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

partos, les sigue con un 30% el grupo con 6 a 10 partos, así mismo se hallaron 5 pacientes nulíparas y una paciente con XIV partos (tabla 14, gráfica 9).

10.- Número de abortos.

El 64% de la muestra tuvieron de 0 a 1 aborto, y el 23% de 6 a 10 abortos, habiéndose encontrado solamente un caso con antecedente de embarazo ectópico (tabla 15, gráfica 10).

11.- Número de cesáreas.

El 94% de la muestra no tuvo antecedente de cesárea y solamente en un 5% de las pacientes se practicaron de 2 a 5 cesáreas (tabla 16, gráfica 11).

12.- Estado de Fertilidad°

El mayor porcentaje del estudio un 77% correspondió a pacientes en edad fértil y un 23% a pacientes climatéricas. (tabla 17, gráfica 12).

TABLA No . 14

PARIDAD DEL GRUPO DE LA MUESTRA

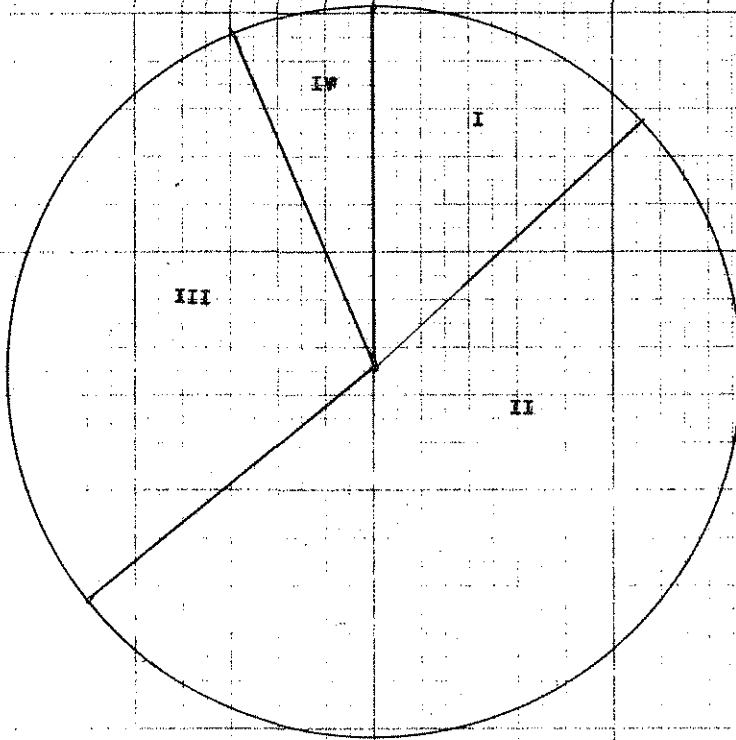
	# DE PACIENTES	%
De 0 - 1	10	13
De 2 - 5	41	52
De 6 - 10	24	30
De 11 ó más	3	5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Menor Paridad - 0 en 5 pacientes
 Mayor Paridad - XIV en 1 paciente

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975-79

GRAFICA No. 9 (TABLA No. 14)

PARIDAD DEL GRUPO DE LA MUESTRA



I - De 0 - 1
II - De 2 - 5

III - De 6 - 10
IV - De 11 ó más

TABLA No . 15

NUMERO DE ABORTOS

	# DE PACIENTES	%
De 0 - 1	50	64
De 2 - 5	9	12
De 6 - 10	18	23
De 11 ó más	1	1
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Embarazos Ectopicos - 1

Abortos provocados - 5

Mayor número de abortos espontaneos - 9

Fuente. Depto de Bioestadística

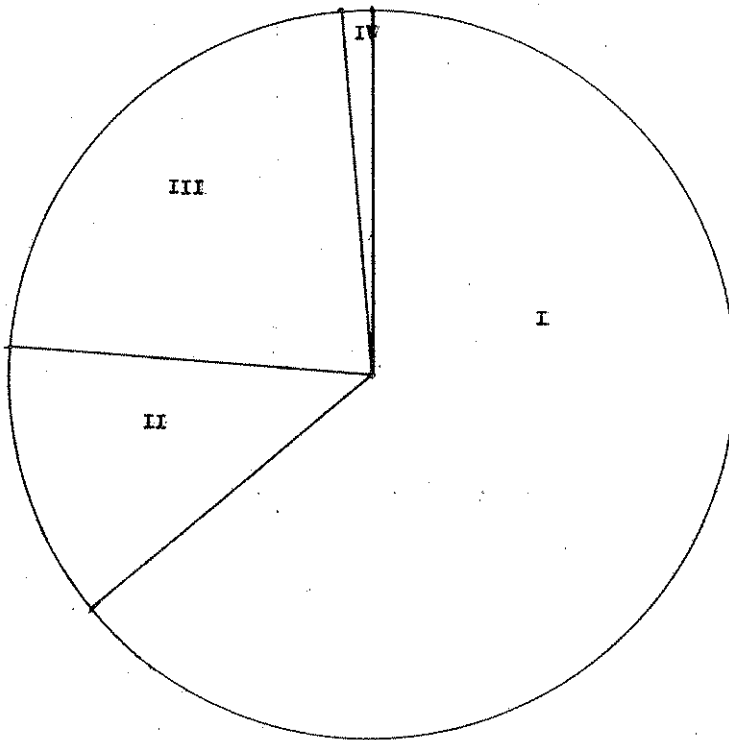
C.H. 20 de Noviembre

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

1975 - 79

GRAFICA No . 10 (TABLA No . 15)

NUMERO DE ABORTOS



I - De 0 - 1
II - De 2 - 5

III - De 6 - 10
IV - De 11 ó más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No . 16

NUMERO DE CESAREAS

	# DE PACIENTES	%
0 Cesareas	71	91
1 Cesarea	3	4
2- 5 Cesareas	4	5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente . Depto de bioestadistica
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA No . 17

ESTADO DE FERTILIDAD.

	# DE PACIENTES	%
Fértiles	60	77
Climatericas	18	23
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

Sintomatología Previa:

1.- Leucorrea.

En la gran mayoría de las pacientes que correspondieron a un 80% del total del estudio se encontró presente la leucorrea amarillenta y solamente fué negativo este parámetro en el 2.5% de los casos. (tabla 18, gráfica 13).

2.- Otra sintomatología.

Se observó la presencia de dispaurenia en el 11.5% de sangrado al coito en el 7.7% y de flujo sanguinolento en el 5% de los casos (tabla 19).

Lesión Cervical:

En la gran mayoría de los casos correspondiendo a un 60% - se encontró lesión de tipo erosiva siguiendo en frecuencia con un porcentaje del 19% el aspecto inocente del cérvix y a continuación con 8% la presencia de pólipos (tabla 20, gráfica 14).

TABLA No . 18

LEUCORREA CRONICA.

	# DE PACIENTES	%
AMARILLA	62	80
BLANCA	12	15
VERDE	2	2.5
NO	2	2.5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA No . 19

OTRA SINTOMATOLOGIA

	# DE PACIENTES	%
FLUJO SANGUINOLENTO	4	5
SANGRADO AL COITO	6	7.7
DISPAURENIA	9	11.5

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA No . 20

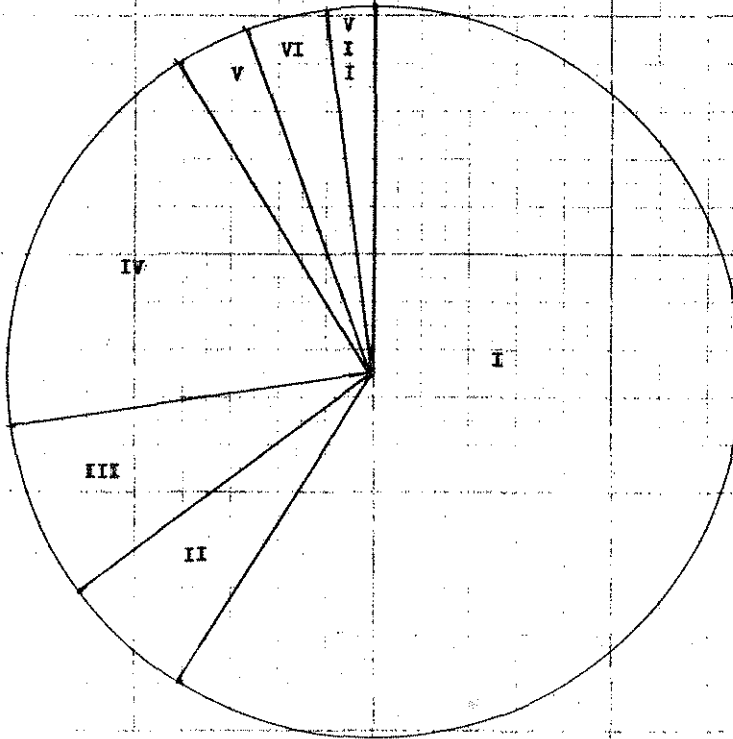
LESION CERVICAL

	# DE PACIENTES	%
EROSION	47	60
QUISTES NABOTH	4	5
POLIPOS	6	8
INOCENTE	15	19
PUNTILLO HEMORRAGICO	2	3
TUMOR EXOFITICO	3	4
ATROFIA	1	1
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

GRAFICA No . 14 (TABLA No . 20)

LESION CERVICAL



I - EROSION
II - QUISTES DE NABOTE
III - POLIPOS
IV - INOCENTE

V - PUNTILLO HEMORRAGICO
VI - TUMOR EXOFITICO
VII - ATROPIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de Schiller:

Este tipo de prueba fué positiva en el 68% de las pacientes y negativa en un 30%, cabe mencionar que en 1% no se practicó y el 1% restante correspondió a sospechosa de lesión yodonegativa (tabla 21, gráfica 14).

Citología Vaginal Previa:

El mayor porcentaje de las pacientes corresponde a Positivo IV y es de 44%, a continuación en la muestra y con un 28% se encuentra el grupo de pacientes con estudio catalogado como Positivo V, lo que sumando da un 72% de los casos con una positividad citológica muy representativa para procesos malignos y aun más se encuentra un 9% de resultados sospechosos, un 12% con displasia III y solamente un 3% con resultado negativo II. (tabla 22, gráfica 15).

Biopsia previa.

Se practicó este estudio en un 77% de los casos y de éstos un 36% fué positivo para carcinoma in situ, así como en un 10% se encontró carcinoma microinvasor, correspondiendo un 10% de las biopsias a negatividad histopatológica para procesos neoplásicos.

TABLA No . 21

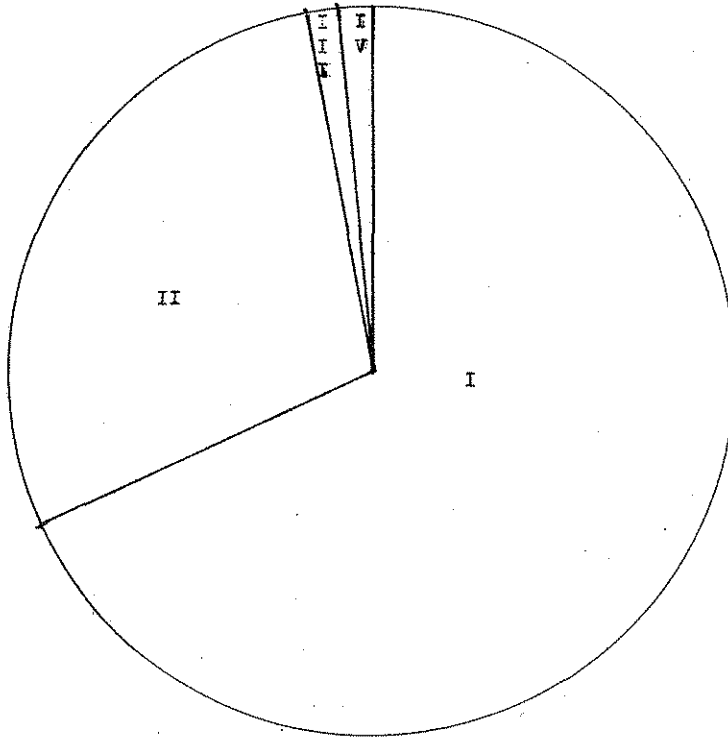
PRUEBA DE SCHILLER

	# DE PACIENTES	%
POSITIVA	53	68
SOSPECHOSA	1	1
NEGATIVA	23	30
NO SE PRACTICO	1	1
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.B.
 1975 - 79

GRAFICA No.14 (TABLA No . 21)

PRUEBA DE SCHILLER



I - POSITIVA
II - NEGATIVA
III - SOSPECHOSA
IV - NO SE PRACTICO

TABLA No . 22

CITOLOGIA VAGINAL PREVIA

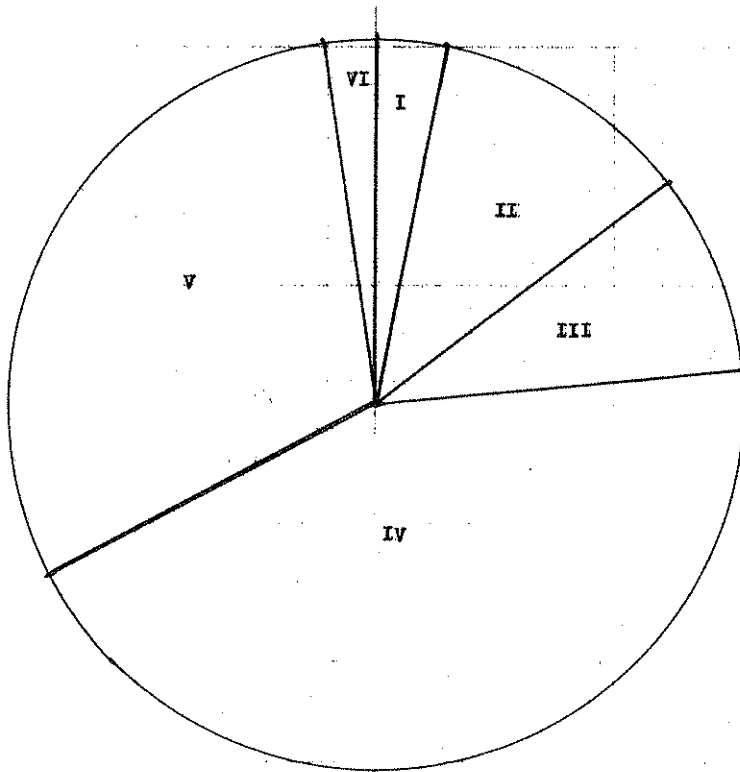
	# DE PACIENTES	%
NEGATIVO I	0	0
NEGATIVO II	2	3
NEGATIVO III*	9	12
SOSPECHOSO	7	9
POSITIVO IV	35	44
POSITIVO V	22	28
NO SE PRACTICO	3	4
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

* DISPLASIA III

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.

GRAFICA No . 15 (TABLA No. 22)

CITOLOGIA VAGINAL PREVIA



I - NEGATIVO II
II - NEGATIVO III DISPLASIA III
III - SOSPECHOSO
IV - POSITIVO IV
V - POSITIVO V
VI - NO SE PRACTICO

TABLA No . 23

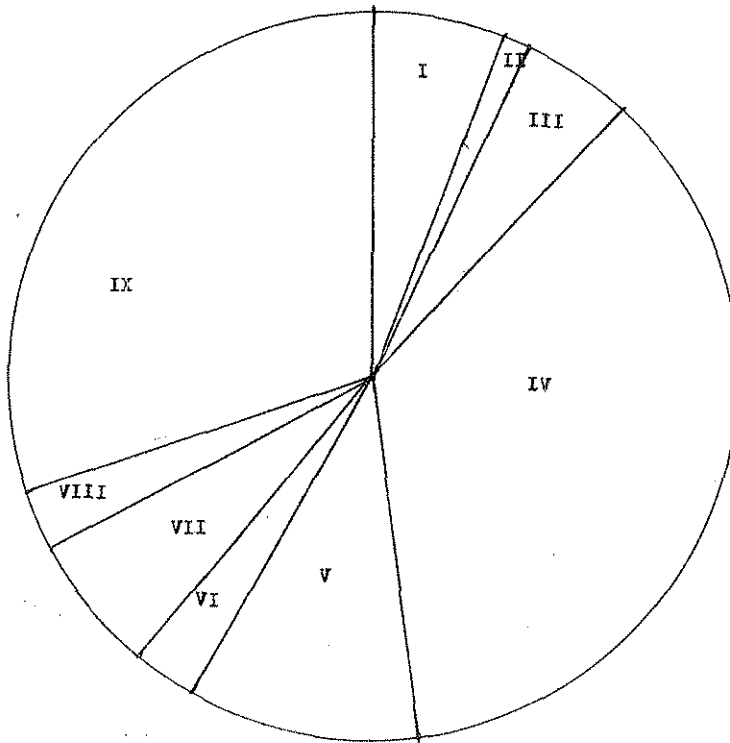
RESULTADO DE BIOPSIA PREVIA

	# DE PACIENTES	%
CERVICITIS	5	6
DISPLASIA LEVE	1	1
DISPLASIA SEVERA	4	5
CARCINOMA IN SITU	28	36
CARCINOMA MICROINVASOR	8	10
CARCINOMA INVASOR	2	3
NO SE APRECIA INVASION (No Clasificable)	5	6
POLIPO ENDOCERVICAL	2	3
NO SE PRACTICO	23	29
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

GRAFICA No. 16 (TABLA No. 23)

RESULTADO DE BIOPSIA PREVIA



- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| I - CERVICITIS | VI - CARCINOMA INVASOR |
| II - DISPLASIA LEVE | VII - NO CLASIFICABLE |
| III - DISPLASIA SEVERA | VIII - POLIPO ENDOCERVICAL |
| IV - CARCINOMA IN SITU | IX - NO SE PRACTICO |
| V - CARCINOMA MICROINVASOR | |

TABLA No . 24

RESULTADO DE COLPOSCOPIA

	# DE PACIENTES	%
INOCENTE	10	13
MOZAICO	5	6
TRANSFORMACION I	5	6
TRANSFORMACION II	7	10
TRANSFORMACION III	1	1
NO SE PRACTICO	50	64
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre.
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

(tabla 24, gráfica 17).

Tratamiento previo:

Un 42% de las pacientes habían recibido algún tipo de -
tratamiento local antes de su estudio correspondiendo a un 28% del
total la administración de furazolidona vaginal y un 8% con metro-
nidazol vaginal, solamente en el 1% de los casos se encontró el --
antecedente de electrofulguración del cérvix (tabla 25).

Anestesia empleada:

La gran mayoría de las pacientes, correspondiendo al --
90% fueron sometidas a anestesia por el método de bloqueo peridu--
ral, un 6% a bloqueo sub-aracnoideo y un 4% anestesia general, --
cuando las condiciones de la valoración preanestésicas así lo ame-
ritaron (tabla 26, gráfica 18).

Técnica quirúrgica:

En el 100% de los casos fué practicada la técnica con -
puntos de Sturmendorf, no practicándose ningún otro tipo de técnica.

TABLA No . 25

TRATAMIENTO PREVIO

	# DE PACIENTES	%
FURAZOLIDONA VAGINAL	22	28
METRONIDAZOL VAGINAL	6	8
CORTICOIDES VAGINALES	3	4
ACIDO METACRESOLSULFONICO	1	1
ELECTROPULGURACION	1	1
SIN TRATAMIENTO	45	58
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Dépto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA No . 26

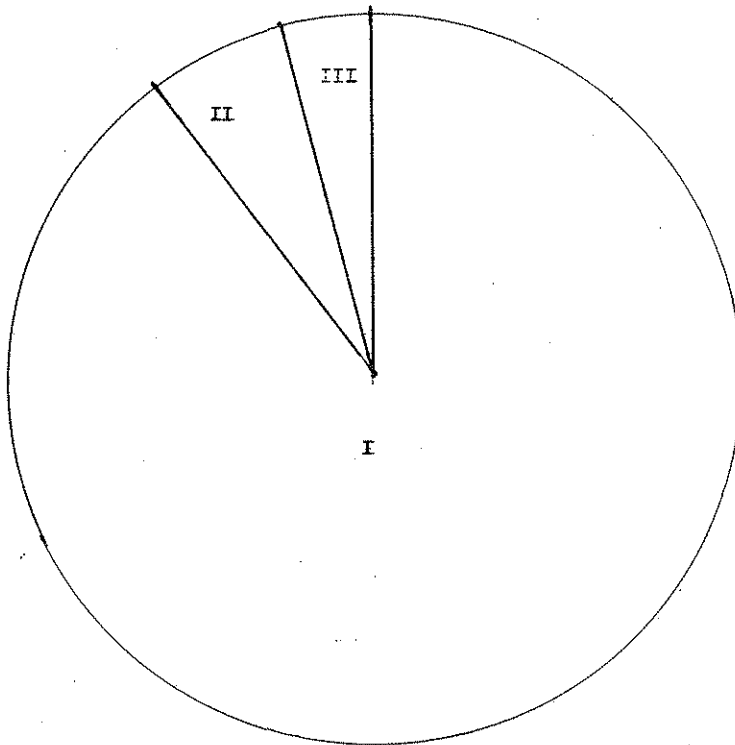
ANESTESIA EMPLEADA

	# DE PACIENTES	%
BLOQUEO PERIDURAL	70	90
BLOQUEO SUB-ARACNOIDEO	5	6
GENERAL	3	4
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 1979

GRAFICA No . 18 (TABLA No. 26)

ANESTESIA EMPLEADA



I - BLOQUEO PERIDURAL
II - BLOQUEO SUB-ARACNOIDEO
III - GENERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tiempo quirúrgico:

Se valoró la duración del procedimiento y el resultado - concluye que el 74% de las intervenciones tuvieron un tiempo --- entre los 21 y 35 minutos, siguiendo con 13% el grupo entre 10 y 20 minutos (tabla 27, gráfica 19).

Reporte histopatológico de las conizaciones:

Es muy importante destacar que en este resultado se encuentra el motivo fundamental del estudio, ya que un 73% de los casos demuestra un reporte histopatológico compatible con un estadio de carcinoma cervico uterino, siendo el más relevante el in situ en un 59% siguiéndole el microinvasor en un 10% y posteriormente el invasor en 4% de los casos, en dichos reportes se encuentra que - en un 5% de los casos se encontraron dobles primarios, asimismo en un 4% del total se observó que las piezas de conización tenían bordes quirúrgicos con tumor, en resumen, el 67% de los casos - correspondió a neoplasias malignas del cérvix y el 33% restante a procesos no neoplásicos. (tabla 28, gráfica 20).

TABLA No . 27

TECNICA Y TIEMPO QUIRURGICO.

TECNICA DE STUMDORF - 100% de los casos.

TIEMPO QUIRURGICO	# DE PACIENTES	%
10 - 20 minutos	10	13
21 - 35 "	58	74
35 - 45 "	5	6
46 - 60 "	3	4
1 hora ó más	2	3
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

TABLA No . 28

REPORTE DE HISTOPATOLOGIA DE LAS CONIZACIONES.

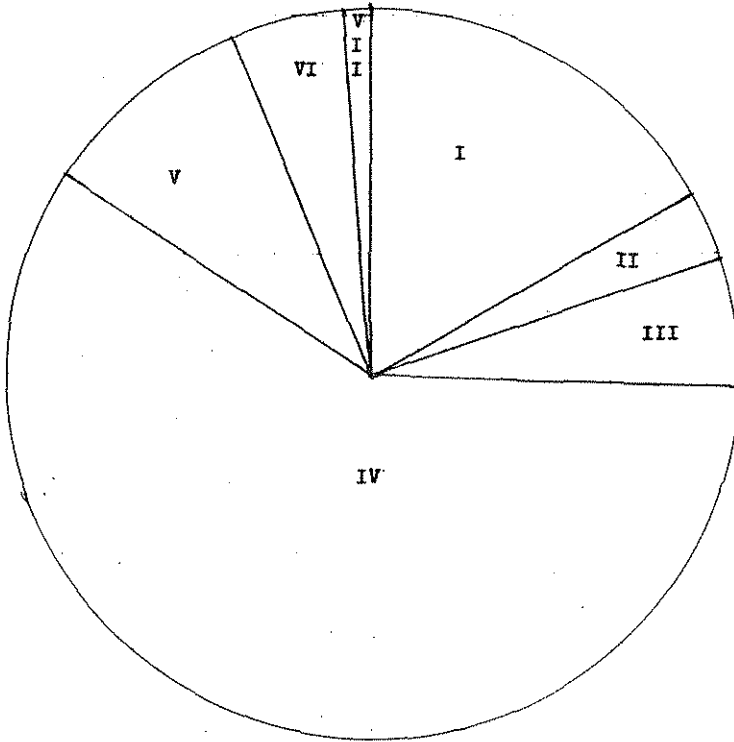
	# DE PACIENTES	%
CERVICITIS	13	17
DISPLASIA LEVE	2	3
DISPLASIA SEVERA	5	6
CARCINOMA IN SITU	46	59
CARCINOMA MICROINVASOR	8	10
CARCINOMA INVASOR	3	4
SIN REPORTE	1	1
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

DOBLES PRIMARIOS - En 4 casos - 5%
 BORDES CON TUMOR - En 3 casos - 4%
 NO NEOPLASICOS - En 26 casos- 33%
 NEOPLASICOS - En 52 casos- 67%

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

GRAFICA No . 20 (TABLA 28)

REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LAS CONIZACIONES



I - CERVICITIS	V - CARCINOMA MICROINVASOR
II - DISPLASIA LEVE	VI - CARCINOMA INVASOR
III - DISPLASIA SEVERA	VII - SIN REPORTE
IV - CARCINOMA IN SITU	

Complicaciones:

Realmente es muy reducido el índice global de las complicaciones ya que solamente correspondieron a un 17.5% y las que se consideran como severas son la hemorragia severa con un 2.5% llegando a ameritar un caso histerectomía total abdominal dada la cuantía de la hemorragia y en un 1% se encontró el dato de perforación uterina, siendo las otras complicaciones del tipo leve; sumándose un 82.5% del total sin complicaciones. (Tabla 29 gráfica 21).

Días de estancia hospitalaria:

En este renglón se observó que el 85% de las pacientes se mantuvieron hospitalizadas por un lapso de dos días, un 6% durante 3 días, lo que constituye un dato a favor de la accesibilidad del procedimiento (tabla 30, gráfica 22).

Histerectomía posterior a conización:

Fué practicada en el 44% de los casos encontrándose tumor residual en el 17% del global del estudio y correspondiendo al 50% de las histerectomías realizadas, en un 1% de los

TABLA No . 29

COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

	# DE PACIENTES	%
HEMORRAGIA LEVE	1	1
HEMORRAGIA SEVERA+	2	2.5%
ANEXITIS	2	2.5%
PIEBRE SIN OTRA CAUSA	3	4
ANESTESICAS	3	4
PERFORACION UTERINA	1	1
REACCION A MATERIAL DE SUTURA	2	2.5
<hr/>		
TOTAL	14	17.5%
<hr/>		

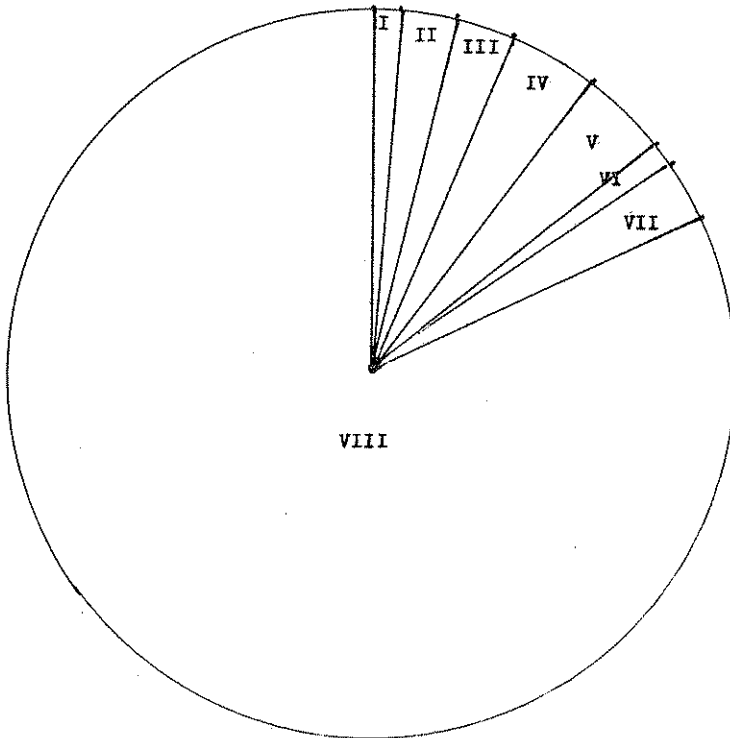
+ En 1 caso se practicó Histerectomía total abdominal dada la
 Cuantía de la hemorragia,

SIN COMPLICACIONES 82.5

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.P.E.
 1975-79

GRAFICA No . 21 (TABLA No . 29)

COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO



- I - HEMORRAGIA LEVE
- II - HEMORRAGIA SEVERA
- III - ANEXITIS
- IV - FIEBRE SIN OTRA CAUSA

- V - ANESPIASIAS
- VI - PERFORACION UTERINA
- VII - REACCION A MATERIAL
- IX - SIN COMPLICACIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No . 30

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

	# DE PACIENTES	%
2 Días	66	85
3 "	6	8
4 "	3	4
5 "	2	2
6 ó más días	1	1
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente, Depto de Biostatística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

casos se realizó el procedimiento durante el curso de la gestación reportándose feto in situ (tabla 31, gráfica 23).

Otros hallazgos histopatológicos en histerectomías:

En este parámetro se observó que el 9% de las pacientes fueron portadoras de miomatosis uterina y en un 6% se demostró adenomiosis solamente en un 1% de los casos se observó una hiperplasia endometrial, (tabla 31).

Otros diagnósticos clínicos:

Clinicamente se demostraron distopias genitales en un 16% de los casos y miomatosis uterina en 4% de lo cual nos indica que las pacientes demostradas tenían cuadros previos en la esfera genital. (tabla 32).

Citología posterior a un año:

En una gran mayoría de las pacientes 81% se demostró una citología Negativa y solamente el 8% de los casos hay datos de Positivo IV y V, no habiéndose practicado citología posterior en un 5% de los casos en los que se puede considerar que las

TABLA No . 31

HISTERECTOMIA POSTERIOR A CONIZACION

	# DE PACIENTES	%
HISTERECTOMIA	34	44
NO SE PRACTICO	44	56
<hr/>		
TOTAL	73	100%
<hr/>		

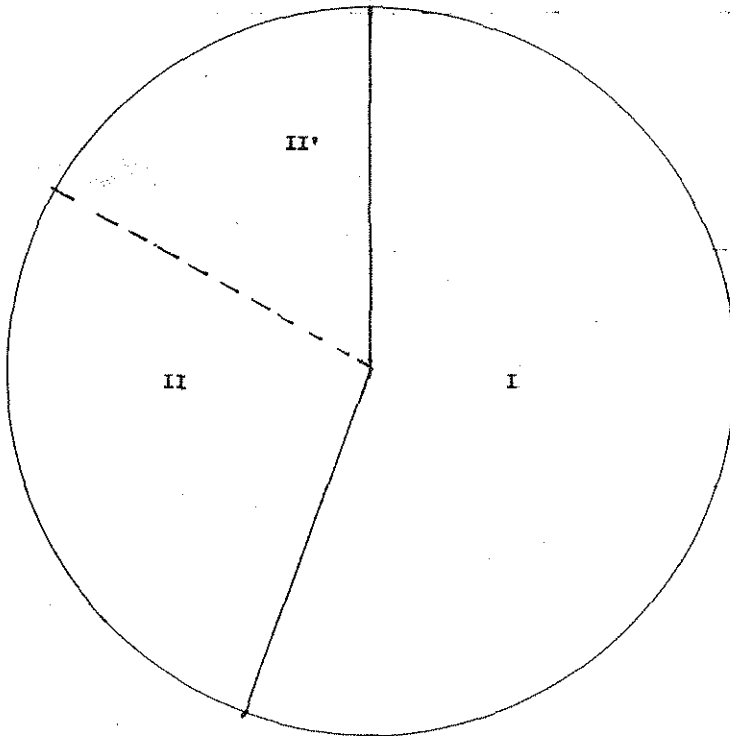
TUMOR RESIDUAL - 14 PACIENTES - 17%

FETO IN SITU - 1 CASO.

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.O.
 1975 - 79

GRAFICA No . 23 (TABLA No . 31)

HISTERECTOMIA POSTERIOR A CONIZACION



I - NO SE PRACTICO
II - HISTERECTOMIA
II' - CON TUMOR RESIDUAL

TABLA No . 31

OTROS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN HISTERECTOMIAS

	# DE PACIENTES	%
MIOMATOSIS UTERINA	7	9
ADENOMIOSIS	5	6
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	1	1
FETO IN SITU	1	1
<hr/>		
TOTAL	14	17%
<hr/>		

LOS HALLAZGOS CORRESPONDEN AL 17 % DEL TOTAL DEL ESTUDIO Y AL 50% DE LAS HISTERECTOMIAS PRACTICADAS.

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre
 I.C.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA N^o . 32

OTROS DIAGNOSTICOS CLINICOS.

	# DE PACIENTES	%
MIOMATOSIS UTERINA	3	4
DISTOPIAS GENITALES	14	18
QUISTES DE OVARIO	2	2.5
FISTULA VESICO VAGINAL	1	1
<hr/>		
TOTAL	20	15.5
<hr/>		

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre I.S.S.S.T.B.
 1975 - 79

pacientes desertaron de este Centro Hospitalario (tabla 33 - gráfica 24).

Persistencia del Carcinoma:

Con todos los datos histopatológicos y citológicos podemos considerar que un 18% de los casos presentaron persistencia histopatológica y un 8% persistencia citológica, quedando un 74% de las pacientes libres de persistencia. Un 5% de las pacientes fueron sometidas a radioterapia posterior. (tabla 34, gráfica 25).

Fertilidad posterior:

Un 8% de las pacientes fué sometida a métodos definitivos de control de la fertilidad, y en un 4% de las pacientes se logró embarazo posterior al procedimiento, al momento de cerrar el presente estudio se habían atendido dos partos eutócicos de término los cuales se mantuvieron con cérvix continente y un embarazo de 12 semanas sin manifestaciones de incompetencia Istmico Cervical (tabla 35).

TABLA No . 33

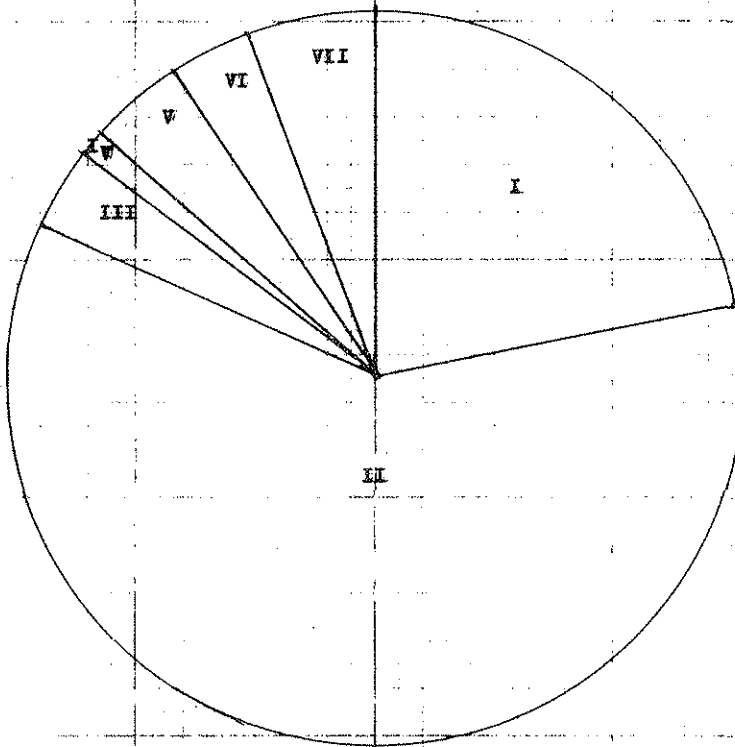
CITOLOGIA POSTERIOR A UN AÑO.

	# DE PACIENTES	%
NEGATIVO I	17	22
NEGATIVO II	46	59
NEGATIVO III	3	4
SOSPECHOSO	1	1
POSITIVO IV	4	4
POSITIVO V	3	4
SIN CITOLOGIA	4	5
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

Fuente. Dpto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.S.
 1975 - 79

GRAFICA No . 24 (TABLA No . 33)

CITOLOGIA POSTERIOR A UN AÑO



I - NEGATIVO I
II - NEGATIVO II
III - NEGATIVO III
IV - SOSPECHOSO

V - POSITIVO IV
VI - POSITIVO V
VII - NO SE PRACTICO

TABLA No . 34

PERSISTENCIA DE CARCINOMA.

	# DE PACIENTES	%
HISTOPATOLOGICA	14	18
CITOLOGICA	5	6.4
NEGATIVA	59	75.6
<hr/>		
TOTAL	78	100%
<hr/>		

RADIOTERAPIA POSTERIOR = 4 PACIENTES - 5%

Fuente. Depto de Bioestadística
 G.H. 20 de Noviembre .
 I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

TABLA No . 35

FERTILIDAD POSTERIOR

	# DE PACIENTES	%
POSITIVA	3	4
METODO DE ESTERILIZACION DEFINITIVA	6	8
<hr/>		
TOTAL	9	12%
<hr/>		

CERCAJES CERVICALES - 0

PARTOS DE TERMINO - 2 CON CERVIX CONTINENTE - 2.5%

EMBARAZOS AL MOMENTO DEL ESTUDIO - 1 CON 12 SEMANAS.

Fuente. Depto de Bioestadística
 C.H. 20 de Noviembre
 I.S.S.S.T.S.
 1975 - 79

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Correlaciones:

En el presente estudio se incluyen dos correlaciones la primera de ellas es la que correlaciona la citología previa con los resultados del estudio histopatológico de la conización y la segunda correlaciona los estudios histopatológicos de la conización y la histerectomía.

En la primera correlación se indicó la conización con una citología Negativo II obteniéndose un 4% de cervicitis y un 1% de carcinoma in situ, con una citología negativo III con displasia III se obtuvo en la conización un 4% de cervicitis, 1% carcinoma microinvasor. Con un reporte citológico de sospechoso se obtuvo en la conización un 4% de cervicitis, 1% de displasia severa, 6% de carcinoma in situ, con reporte citológico de Positivo IV se obtuvo 4% cervicitis, 3% displasia leve, 3% displasia severa, 17% carcinoma in situ, 4% carcinoma microinvasor; con reporte Positivo V se obtuvo 21% de carcinoma in situ, 5% de carcinoma microinvasor y 3% de carcinoma invasor. Hay que hacer notar que no se efectuó citología en el 4% de los casos y no se recibió conización en el departamento de patología en 3% de los casos.

CORRELACION CITOLOGIA CONIZACION

REPORTE HISTOPATOLOGICO

CITOLOGIA PREVIA

	CERVICITIS	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA SEVERA	CA IN SITU	MICROINVASOR	INVASOR
NEGATIVO II	3=4%	0	0	1=1%	0	0
NEGATIVO III D I - II	0	0	0	0	0	0
NEGATIVO III D - III	3=4%	1=1%	2=3%	8=18%	1=1%	0
SOSPECHOSO	3=4%	0	1=1%	5=6%	0	0
POSITIVO IV	3=4%	2=3%	2=3%	13=17%	3=4%	0
POSITIVO V	0	0	0	16=21%	4=5%	2=3%
TOTALES	12=16%	3=4%	5=7%	43=55%	8=10%	2=3%

* No se recibio Como- 2 casos = 3%

** No se efectuó citología - 3 casos 4%

Fuente. Depto de Biostatísticas.
C.H. 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.R.
1975 - 79

En la segunda correlación histopatológica de conización - e histerectomía, se encuentra que las conizaciones con diagnóstico de cervicitis no se histerectomizaron en 14% y en el 3% se comprobó el diagnóstico y se agrega un 1% con el mismo diagnóstico en el cono la cual se diagnóstico como carcinoma microinvasor. De los reportes de conización diagnosticados como displasia leve no se histerectomizó el 1%, el resto se diagnóstico 1% cervicitis y 1% carcinoma in situ.

Con diagnóstico de displasia severa no se practicó histerectomía. De los diagnósticos por cono de carcinoma in situ - no se histerectomizaron el 30%, en los restantes un 13% se diagnóstico cervicitis, 1% displasia leve, 1% displasia severa, 10% se comprobó un carcinoma in situ persistente. Del grupo diagnosticado por cono como microinvasor en el 1% no se practicó histerectomía, de los casos histerectomizados en un 6% se demostró cervicitis, en 1% carcinoma in situ, en 3% microinvasor. De los carcinomas invasores diagnosticados por cono ninguno fué sometido a histerectomía, faltando únicamente agregar - que en un 3% de los casos que por histerectomía correspondieron a carcinoma in situ no se recibió la pieza estudio histopatológico de la conización cervical.

CORRELACION COMO / HISTERECTOMIA

HISTERECTOMIA

CONIZACION

	NO	CERVICITIS	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA SEVERA	CA IN SITU	MICROINVASOR	INVASOR
CERVICITIS	11=14%	2=3%	0	0	0	1=1%	0
DISPLASIA LEVE	1=1%	1=1%	0	0	1=1%	0	0
DISPLASIA SEVERA	4=5%	0	0	0	0	0	0
CA. IN SITU	23=30%	10=13%	1=1%	1=1%	8=10%	0	0
MICROINVASOR	1=1%	5=6%	0	0	1=1%	2=3%	0
INVASOR	3=4%	0	0	0	0	0	0
NO SE REGISTRO	0	0	0	0	2=3%	0	0
TOTAL	43=55%	18=23%	1=1%	1=1%	12=15%	3=4%	0

Fuente. Depto. Biostatistics
 C.H. 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E.
 1975 - 79

COMENTARIO

Creemos que al terminar el presente estudio el comentario obligado es con respecto a la efectividad del método en sus tres diferentes aspectos:

1.- Diagnóstico. Fundamentalmente este renglón es en donde se nos brinda una de las mayores ventajas de la conización cervical ya que el estudio de una zona del cérvix extensa y profunda va a hacer posible un buen estudio histopatológico, con un mayor número de cortes y una mayor probabilidad de revisión por el patólogo, lo que afianzará el diagnóstico y definitivamente las posibilidades de certeza en comparación con una biopsia son mucho mayores. Creo además que las lesiones cervicales no deben ser biopsiadas sino más bien en caso de citologías sugestivas de lesiones malignas o premalignas, ser sometidas a conización ya que en los casos en que se toma una biopsia previa y posteriormente se realiza la conización es frecuente el cambio en la arquitectura celular lo cual puede ser un motivo de error de diagnóstico histopatológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- Tratamiento.- Sabemos que con este método se pueden tratar adecuadamente las cervicitis crónicas persistentes, las displasias cervicales y el carcinoma in situ, en este último siendo necesario seguir un control citológico periódico, según el trabajo que nos ocupa, en los casos en que se practicó histerectomía posterior fué muy bajo el índice de persistencia, como en el caso en que histopatológicamente se había diagnosticado cervicitis y el reporte de la histerectomía fue de carcinoma in situ, se repite el mismo caso habiéndose diagnosticado carcinoma microinvasor y otro caso en que se diagnóstico displasia leve, lo cual nos muestra que en 3 casos el estudio histopatológico de la conización difiere del de la histerectomía.

Analizando esta circunstancia es factible pensar en un error de técnica quirúrgica en la cual no se realizó la insición en forma adecuada por lo que no fué posible obtener la cantidad de material necesario para considerar que se ha extirpado la lesión, este tipo de eventualidades pueden suceder a nuestro juicio por la poca experiencia que en un momento dado pudiese tener el cirujano y esto dar motivo a que la insición sea inadecuada, o bien en los casos en que se practique en cérvis cortos o cupu

lizados los cuales no reúnen los requisitos de un cérnix conizzable y de todas formas son llevados a un quirófano y practicada de la técnica en un cérnix no conizzable.

Ahora bien tenemos 5 casos en que se reportó una persistencia diagnósticada con citología y los motivos con que se explica esta eventualidad podrían ser los mismos que hemos mencionado o bien los cambios cicatriciales posteriores pueden dar origen a confusiones citológicas.

En cuanto a recidivas no se reporta ninguna, y el parámetro debe considerarse después de un año y revisando los expedientes no se encontró ningún caso en que se hable de la mismapor manejo en base de citología.

Cuando los casos tratados han sido de cervicitis severa y displasia cervical persistente es muy importante mencionar que la conización cervical será el tratamiento de elección en estas lesiones quedando una curación a 100% y con un procedimiento sencillo y de bajo costo.

3.- Profiláctico. Al extirpar las lesiones premalignas es lógico suponer que se evitará el desarrollo de una lesión maligna como en el caso de la displasia severa progresiva o de las

cervicitis crónicas, ya que la literatura internacional indica que una inflamación crónica del cérvix es el sitio de elección para el asiento de una neoplasia maligna y al eliminar la zona morbosa se evitará el proceso.

A mi juicio creo que la conización cervical es un método que nos brinda a los ginecólogos muchas ventajas como ya hemos mencionado; un diagnóstico certero, un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas y en el carcinoma cervicouterino in situ y una profilaxis adecuada en contra del cáncer ginecológico, además de ser un método quirúrgicamente hablando sencillo, pero que requiere la experiencia del cirujano, que se puede manejar desde el punto de vista anestésico con relativa facilidad, que como se ha visto en los resultados posee un cuadro de complicaciones realmente limitadas y siendo severas en un porcentaje muy bajo y en su mayoría cuando éstas se presentan son del tipo de las consideradas como leves y de fácil resolución por medio de tratamiento médico.

Este procedimiento es de bajo costo para las instituciones y ahorrará gastos en cuanto al manejo posterior de las pacientes evitando en un momento dado intervenciones quirúrgicas.

extensas como las histerectomías radicales, ya que llevado a cabo a tiempo y con un seguimiento adecuado y programado de las pacientes con carcinoma in situ hacen que estas intervenciones se realicen en muy pocos casos.

Se debe aumentar la experiencia del ginecólogo hacia este método por medio de aprendizaje teórico y práctico, y las pacientes deben ser manejadas en una clínica de displasias con los parámetros de citología vaginal seriada, colposcopia y brindar un tratamiento adecuado.

Llama la atención el hecho de que se han logrado embarazos a término en 3 pacientes, lo que nos indica que la técnica se ha llevado a cabo correctamente y que el orificio cervical interno se conserva continente y factible que en este tipo de pacientes se logren y se conserven gestaciones sin necesidad de recurrir a maniobras quirúrgicas del tipo del cerclaje.

Volviendo nuevamente al terreno de las complicaciones vale la pena mencionar que la mortalidad en el presente grupo es de 0%, lo cual es similar a la mayoría de los artículos revisados tanto nacionales como extranjeros. Ahora bien en -

cuanto a la morbilidad un 82,5% de las pacientes no presentaron ningún tipo de complicación, y sólo un 2,5% presentaron hemorragia severa, este hecho es de fundamental importancia ya que en nuestro medio no se practica instilación cervical de vasoconstrictores como otros autores como Reyna (25) que aún siguiendo el método de instilación reporta hemorragia en un 8% de su serie o bien Calandra (4) sin utilizar los vasoconstrictores marca en su serie una frecuencia de un 2%. En la presente serie no se encuentran complicaciones descritas por otros autores como son: Cervicovaginitis, dolor pélvico, parámetros, o bien complicaciones anestésicas severas como paro cardiorespiratorio.

Es posible con todos estos datos mencionados y con una buena evolución de la paciente, que se logre una cicatrización adecuada en un lapso de 6 a 12 semanas, que permita al cabo de este tiempo la reanudación de la vida sexual de la paciente.

Creo también que la conización es un procedimiento que supera las limitaciones propias de métodos como citología, colposcopia, prueba de Schiller, biopsia simple, ya que amplía

la cantidad y la calidad del tejido que será sometido a un favorable estudio histopatológico.

Cabe mencionar que con este método se logra un avance muy notorio en el diagnóstico certero y eficaz del cáncer cervicouterino en estadios iniciales, si bien no puede ser utilizado en campañas de detección masiva, si puede emplearse en los casos en que la detección indica una patología severa y sugestiva de un proceso maligno.

CONCLUSIONES

- 1.- Se puede afirmar con seguridad que la conización cervical es un método seguro y definitivo para el diagnóstico de las lesiones premalignas y malignas del cérvix.

- 2.- Como método terapéutico la conización cervical ha demostrado tener una excelente respuesta en el tratamiento de las cervicitis rebeldes a tratamiento, las displasias severas y los casos de carcinoma in situ del cérvix. Y es posible agregar que aún en algunos casos de carcinoma microinvasor.

- 3.- Se trata de un método seguro y con un índice bajo de complicaciones, que amerita poco tiempo de hospitalización y reducido número de gastos a las Instituciones.

- 4.- Su tiempo quirúrgico es muy corto por lo que es factible de practicarse en todo tipo de pacientes.

- 5.- Sus secuelas posteriores son mínimas.

- 6.- En los casos realizados en el presente estudio se ha encontrado un índice pequeño de fertilidad posterior, pero no se ha demostrado ningún caso de incompetencia Istmico-cervical.

- 7.- La mortalidad del procedimiento fué nula en esta serie.

- 8.- Es un procedimiento que todo Ginecólogo debe de dominar perfectamente, ya que además su técnica es sencilla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahlgren, I. Lindberg. L. G. Nordqvist. S. R. Conization as treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. Obstet. Gynecol. 46; 135-140, August. 1975.
- 2.- Arrighi, L. A. Calandra, D. Ginecología. 522-526. 6a. Ed. López Editores. Buenos Aires. 1970.
- 3.- Bjerre, B. Sjoberg, N. O. Soderberg. H. Further treatment after conization. J. Reprod Med. 21: 232-235, October. 1978.
- 4.- Calandra, D. Conizacion cervical. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1977.
- 5.- Carranza García. J. V. Tenoro González. F. Criterio de -- diagnóstico y tratamiento del carcinoma Cervico uterino -- Intraepitelial. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 32, Núm. 191: 319 328. 1972.
- 6.- Clay Frick II, H. Tratamiento del Carcinoma Cervico uterino no Invasor. Clin. Obstet. Ginec. Abril, 1967. Ed. Panamericana. México.
- 7.- Cuellar Torres J. Análisis de 100 conos con sus respectivas citologías y biopsias. Tesis de Post-grado. U.N.A.M. 1977.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

- 8.- Domenech L. C. Diagnóstico Citológico de las Displasias - Avances en Ginecología y obstetricia Vo 4: 27-33. Salvat Ed. Barcelona. 1978.
- 9.- Espinosa Flores, C. d Artificio para controlar la hemorragia en la conización del cérvix uterino. Ginec. Obstet. - Mex. Vol. 44, Núm. 261: 37-42, julio. 1978.
- 10.- Flores Carreras, O. Arredondo Zamora A. Biopsio Cónica. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 31 Núm. 184: 187-192. Febrero - 1972.
- 11.- Fluhmann, C. F. The cervix uteri and its Diseases. W. B. Saunders. Co. Philadelphia. 1961.
- 12.- González Gutiérrez, J. T. Manejo de la enferma con carcinoma In situ y embarazo. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 29 Núm. - 174. 341-347. Abril. 1971.
- 13.- Graham. J. B. Sotto. L. S. J. Paloucek. F. P. Carcinoma of the cervix. W. B. Saunders. Co Philadelphia. 1962.
- 14 - Hernández Román, P. Rodríguez Flores, C Conización, Indicaciones y Técnica. Ginec. Obstet. Mex. Vol 34 Núm. 202 : 147 - 156. Agosto. 1973.
- 15.- Hohlbein. H. G. Rudolph, G. Combes, H. J. Conization and- Secondary Hemorrhage. Zentralbl Gynaecol 95:1780 1785. - Cec. 14. 1973.

- 16.- Hovadhanakul, P. Mehara, U. Terragno A Taylor. H. B. -
Comparision of Colposcopy Directed Biopsies and Cold ---
Knife Conization in patients with abnormal cytology.
Surg. Gynecol. Obstet. 142: 33 336. March. 1976.
- 17.- Kaufman, R. H. Displasia Cervical: Diagnóstico y Tratamien_
to. Avances en Ginecología y Obstetricia. Vol 4: 97 - 107
Salvat. Ed. 1978. Barcelona.
- 18.- Mc. Laren. H. C Jordan, J. A. Glover, M. Attwood M. E -
Pregnancy after Cone Biopsy of the Cervix. J. Obstet Gyna---
ecol Br. Commonw. 81: 383 - 384. May. 1974.
- 19.- Masterson. J. G. Papel de la cirugía en el tratamiento del
carcinoma incipiente del cervix uterino Clin. Obstet. Gi---
nec. Dic. 1967. 923- 929. Ed. Panamericana. México
- 20.- Nava y Sánchez, R López Ortiz. R. Ruiz Velasco V. Displa-
sia del Cervix uterino. Estudio comparativo de diferentes---
tratamientos. Ginec. Obstet. Mex. Vol 35 Núm. 209:263 -
281. Marzo. 1974.
- 21.- Negell, Van. J. R. Parker, Jr. J. C. Hicks L P Conrad. R
Diagnostic and Therapeutic Efficacy of the Cervical Coniza-
tion. Am. J. Obstet. Gynecol. 124: 134 - 139 Jan. 15 1976.

- 22.- Osborne. N. C. Wright. R. C. Dubay M. Preoperative Hot -
Conization of the Cervix: Possible Method to Reduce Postoperative Febrile Morbidity Following VAGinal Hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 133: 374- 376. Feb. 15, 1979.
- 23.- Puente González H. Reyna Hinojosa. R. Hinojosa González
S. Carcinoma Micoinvasor del Cervix y Embarazo Ginec. —
Obstet. Mex. Vol 42 Núme 249: 61 - 71. Julio 1977.
- 24.- Puig Tintoré J. M. Lailla Vicens. J. M. Colposcopia de las
lesiones premalignas. Avances en Ginecología y Obstetricia
Vol. 4: 41 - 59. Salvat. Ed 1976. Barcelona.
- 25.- Reyna Hinojosa, R. Puente González. H. González Ramírez R.
Análisis de 500 casos de conización cervical. Ginec. Obstet.
Mex Vol. 47, Núm 279: 31 - 46. Enero 1980
- 26.- Ricaud Rothiot L. Diagnóstico precoz del cancer ginecológico.
Ginec Obstet. Mex Vol. 33. Núm 200: 645 - 651. Junio
1973.
- 27.- Rubio, C. A. Thomassen. P. Critical Evaluation of the --
Schiller Test in Patients before conization. Am. J. Obstet.
Gynecol 125: 96 - 99. May. 1 1976.
- 28.- Sanerkin, N. G. Fraser. J. M. R. A Technic for Orientation
of Blocks and sections from Unbisected Cervical Cones. J.
Clin. Pathol. 28: 202- 203 March. 1975.



- 29.- Talebian F. Krumholz. B. A. Shayan. A. Mann. L. I -
Colposcopic Evaluation of Patients with Abnormal Cyto
logic Smears during Pregnancy. Obstet. Gynecol 47 :
693 - 696. June, 1976.
- 30.- Topek. N. H. Tratamiento quirúrgico del carcinoma in
situ del cuello uterino. Clin. Obstet. Ginec. Dic. -
1967, Ed. Panamericana México.
- - -