

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"
IDIVISION DE EDUCACION MEDICA
MODULO DE COLPOSCOPIA

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CRIOCIRUGIA Y EL INTERFON BETA EN EL TRATAMIENTO DEL CONDILOMA CERVICAL

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DR. GIOVANNI BOLIVAR CULIOLIS CERRUD



IMSS

ASESOR: DR. JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ
JEFE DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIAS Y PATOLOGIA
DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

MEXICO D. F.

FEBRERO DE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HCO "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES , POR EL APOYO BRINDADO.

A ETHEL, POR LA AMISTAD.

INDICE

	página
INTRODUCCION	4
OBJETIVO	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16
TABLAS	19

INTRODUCCION.

El virus del papiloma humano es un microorganismo transmitido sexualmente ^{1,2,3}. La incidencia en la población general es de aproximadamente 30%, ^{1,2}, el 10% de las citología cervicovaginales resultan positivas para la infección por VPH; el 1% de pacientes con infección por VPH se encuentran en edad reproductiva varios estudios han reportado la asociación de la infección del VPH con diversos grados de displasia cervical, que van de un 14%, a un 30% ^{3,5,8}

El mayor número de casos de infección por VPH es subclínica y susceptible a ser detectada por la realización anual idónea de citología cervical a que deben someterse todas las mujeres en edad reproductiva y post-menopausica. ^{8,9}

Existen varios regimenes terapéuticos a los que puede someterse a la paciente en quien se ha diagnosticado infección por VPH: crioterapia, 5-fluoracilo, podofilina, ácido tricloroacético, exsición quirúrgica (conización), fulguración con Láser e interferón. ^{2,4,10}

Al comparar los distintos métodos terapéuticos se encontró que la histerectomía es un método definitivo y que no ofrece recidivas, pero presenta una alta morbi-mortalidad y no permite conservar la capacidad reproductiva, ofreciéndole a la paciente otros métodos como serían la conización, que según autores como Bjerre y cols. presenta una porcentaje de curación de 87%, Kolstad y Klem encontraron un 96% de curación ¹²

La crioterapia presenta un porcentaje de curación con una aplicación que va de 50% a 77% ^{2,16}. La electrofulguración y el Láser presentan aproximadamente el

mismo porcentaje de curación que la crioterapia, pero con mayor número de efectos secundarios.¹²

El Interferon beta como tratamiento médico presenta un porcentaje de curación con un rango que va del 50% al 90.9% según distintas series.^{4,21} El Interferon beta es una glicoproteína constituida por 166 aminoácidos, la cual se encuentra glicosilada a nivel del residuo de asparagina situado en la posición 80 de la cadena polipeptídica, contiene un puente disulfuro; su peso molecular es de 22 Kd. En el organismo humano existe un sólo gen situado en el brazo corto del cromosoma 9 que regula su síntesis estrechamente. Es producido en células (fibroblastos) de todos los tejidos sólidos del organismo, otras células productoras son las epiteliales y los macrófagos en menor proporción.

A nivel comercial se obtiene esta glicoproteína a partir de la recombinación de fibroblastos humanos por inducción.^{20,21}

Mecanismo de acción del interferon: Los interferones actúan indirectamente a través de células susceptibles al virus para producir su acción antiviral. Estos se unen a receptores celulares específicos resultando en un señalamiento transmembrana y síntesis de proteína; éstas proteínas son las que producen el efecto antiviral del Interferon.²¹

Después de la aplicación endovenosa el nivel plasmático del Interferon beta sigue un curso bifásico con una fase alfa de 10 a 20 minutos de vida media y una fase beta de 60 a 120 minutos. La administración intramuscular provoca picos plasmáticos inferiores, pero niveles de sustancia más duraderos. Cuarenta y ocho horas después de su administración se observa uno de los efectos más importantes del fármaco que es el de la inducción de la oligo-Iso-adenilatosintetasa que, a través de la liberación del ácido adenílico, conduce la inducción de una endonucleasa responsable de la acción antiviral.^{20,21}

Múltiples estudios reportan el uso de interferon beta para el tratamiento de VPH como son el caso de Schonfeld y cols., De Aloysio y cols., Piccoli y cols., Pulgheddu y cols.^{4,14,20}, en los que se utilizaron dosis variables que van de 1 a 3 millones de unidades vía intramuscular diarias por períodos de 1 a 3 semanas, obteniéndose resultados de curación que varían de un 50% al 90.9% y de recidivas del 1% a 10%, lo que indica una mejoría franca y significativa con este tipo de tratamiento.

La administración parenteral del interferon beta por vía sistémica a dosis diarias elevadas puede determinar un aumento en la temperatura corporal, astenia, mialgias, cefalea transitoria, náuseas, vómito, dolor o prurito en el área de administración. Durante los tratamientos prolongados se han registrado leucopenia, trombocitopenia, eritrocitopenia, prolongación del tiempo de protrombina y taquicardia. Estos efectos son reversibles aún después de tratamientos prolongados.

OBJETIVO:

Comparar la eficacia del tratamiento del condiloma cervical con criocirugía vs la aplicación de interferón beta vía intramuscular con miras a establecer un método terapéutico más eficaz, menos costoso y de aplicación más sencilla, con menos efectos y menor tasa de recidivas.

MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Estudio transversal, comparativo.

Sujetos de estudio: Mujeres con vida sexual activa y diagnóstico citológico, histopatológico y colposcópico de infección por VPH cervical sin tratamiento previo. Se utilizó la clasificación citológica de Bethesda para la clasificación de las pacientes en estudio²³.

Debido a la historia natural de la enfermedad, se considera "persistencia" a la presencia del VPH por citología o colposcopia dentro del período comprendido en los 8 meses siguientes al tratamiento.

Grupo I: Veintitres pacientes con diagnóstico de VPH cervical sin tratamiento previo que fueron sometidas a criocirugía con técnica de doble congelación (3-5-3) en una sola aplicación^{2,11,12,13}

Grupo II: Veintidos pacientes con diagnóstico de VPH cervical sin tratamiento previo sometidas a tratamiento con interferón beta a dosis de 3 millones de U.I. vía I.M. diarias por cinco días con descanso de dos días por tres ciclos.^{4,10,14}

Realización del estudio y seguimiento:

Grupo I: Se sometieron a las pacientes a crioterapia con la técnica ya descrita. Posteriormente se les citó para control colposcópico y citológico al tercero y sexto mes respectivamente

Grupo II: En la primera sesión se tomaron parámetros basales de los siguientes estudios de laboratorio: biometría hemática, leucocitos, plaquetas, TP, TPT, DHL, TGP, TGO, Fosfatasa alcalina, creatinina y nitrógeno de urea; se explicó el

sistema de aplicación de interferón a la paciente y se citó a las 2 y 4 semanas de iniciado el tratamiento para control de laboratorio. Se obtuvo los controles colposcópicos y citológicos al 3o. Y 6o. mes de tratamiento, al 3er. mes se tomaron los últimos laboratorios de control.

Análisis estadístico: Se presenta un análisis simple de los datos, con porcentajes. Se utilizó la prueba de "t" para diferencia de medias para los datos continuos.

RESULTADOS

El estudio se realizó con la obtención de 23 pacientes para el grupo I de crioterapia, y 22 pacientes del grupo II con tratamiento con interferon beta.

El análisis de resultados se dividió en la descripción de cada uno de los grupos por separado y posteriormente un análisis para ver las diferencias entre los dos grupos.

GRUPO I : CRIOTERAPIA

Para el grupo de crioterapia, las edades oscilaron entre 27 y 59 años, el promedio fue de 38 años de edad desviación estandar (D. E.) 10 años.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, se encontró que la edad mínima de inicio de la menarca fue a los 9 años, y la máxima a los 13 años, el promedio de edad fue de 11 años, D. E. 2 años.

El inicio de vida sexual activa, la edad mínima fue a los 14 años, y la máxima a los 29 años de edad. La edad promedio de inicio de la vida sexual fue de 19 años, D.E. de 4 años.

El número de Gestas que refirieron fueron 1 paciente sin ninguno (4.3%), el máximo fue de 12 gestas, las gestas con mayor frecuencia fue 6 (26%), seguido de los de 5 (22%). Las Paras la mayor frecuencia se concentró en aquellas con 2 (35%), y las de 3 (22%), máximo 12 paras (4%).

Las cesáreas 18 (78%) no presentaron, 2 pacientes presentaron 1 y 9 cesáreas respectivamente (9%), hasta 2 cesáreas una paciente (4%). Finalmente el antecedente de abortos, el 52% (12) no presentaron, hasta un aborto 6 (26%), dos abortos 3 (13%).

Refirieron consumo de cigarrillos 12 (52%), y 11 (48%) no tuvieron este antecedente.

El método de planificación familiar tuvo la siguiente distribución: No refirieron ningún método 8 (35%), 8 (35%) O.T.B., 5 (22%) D.I.U., 2 (9%) hormonales orales.

En lo que respecta a la pregunta sobre el número de parejas sexuales, se muestra que el 52% (12) tienen una pareja sexual, el 39% (9) dos parejas, 3 parejas 1 (4%), y solo uno refirió 8 parejas sexuales (4%).

A la pregunta de si ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual solo una refirió (4%) y 22 (96%) lo negaron.

El diagnóstico citológico inicial para este grupo tuvo la siguiente distribución: Inflamación 1(4%), LIBG sin VPH 5(22%), LIBG con VPH 14 (61%), LIAG 2 (8%), cáncer de células escamosas 1 (4%).

En relación al diagnóstico colposcópico inicial: LIBG sin VPH 4 (17%), LIBG con VPH 18 (79%) y LIAG 1 (4%).

La biopsia inicial reportó: Normal 1 (4%) y LIBG con VPH 22 (96%).

En relación al L.E.C. inicial se encontró: normal 10 (44%), inflamación 4 (17%), LIBG con VPH 4 (17%) y sin datos 5 (22%).

Presentaron algún efecto colateral por el tratamiento 9 (39%), que corresponden a 7 (30%) presentaron leucorrea, y 2 (9%) dolor pélvico.

GRUPO II.- INTERFERON

Para el grupo de tratamiento con interferon beta, las edades oscilaron entre 19 y 55 años, el promedio fue de 33 años de edad desviación estandar (D. E.) 9 años.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, se encontró que la edad mínima de inicio de la menarca fue a los 9 años, y la máxima a los 16 años, el promedio de edad de inicio fue de 13 años, D. E. 2 años.

El Inicio de Vida sexual activa, la edad mínima fue a los 14 años, y la máxima a los 30 años de edad. La edad promedio de inicio de la vida sexual fue de 20 años, D.E. de 4 años.

El número de Gestas que refirieron fueron 1 paciente sin ninguno (4%), el máximo fue de 8 gestas, las gestas con mayor frecuencia fue 3 (27%) seis casos, seguido de los de 2 (23%). Las Paras la mayor frecuencia se concentró en aquellas con 1 (27%), seguido de las de 2 y 3, con el (23%).

Las cesáreas 18 (78%) no presentaron igual que en el grupo anterior, 3 pacientes presentaron 1 (14%) y 2 cesáreas 1 (4%). El antecedente de abortos, solo cuatro refirieron un aborto (18%), y 18 (82%) no los refirieron.

Refirieron consumo de cigarrillos 4 (18%), y 18 (82%) no tuvieron este antecedente.

El método de planificación familiar tuvo la siguiente distribución: 11 (35%) D.I.U., O.T.B., 9 (41%) y 2 (9%) hormonales orales.

En lo que respecta a la pregunta sobre el número de parejas sexuales, se muestra que el 55% (12) tienen una pareja sexual, el 32% (7) dos parejas, y de 3 parejas a 5 parejas 3 pacientes (15%).

A la pregunta de si ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual 22 (100%) lo negaron.

El **diagnóstico citológico** inicial para este grupo tuvo la siguiente distribución: normal 2(9%), LIBG sin VPH 1 (4%), LIBG con VPH 17 (78%) y LIAG con VPH 2 (9%).

En relación al **diagnóstico colposcópico** inicial: LIBG con VPH 21 (95%) y sin datos 1 (5%).

La **biopsia** inicial mostró LIBH con VPH 23 (100%).

En relación con L.E.C. : normal 15 (68%), inflamación 1 (5%), LIBG con VPH 2 (10%) y sin datos 4 (17%).

Presentaron algún efecto colateral por el tratamiento 6 (27%), que corresponden a 5 (23%) con malestar general, y 1 (5%) cefalea intensa.

COMPARACION DE GRUPOS I vs II

En relación al promedio de la edad se encontró que no existen diferencias entre ambos grupos, con un valor de $t = 1.89$; $p = 0.07$, intervalo de confianza al 95% (-.3 - 10.7), el promedio de edad al inicio de la menarca si mostró una diferencia para los grupos, con un valor de $t = -4.3$; $p < 0.0001$, intervalo de confianza al 95% (-2.7 - -.98).

Para la edad de inicio de la vida sexual activa no hubo diferencia entre los grupos, con un valor de $t = -.62$; $p = .54$, intervalo de confianza al 95% (-3.1 - 1.7).

La Tabla 1 muestra el control citológico al tercer mes en tratamiento con crioterapia, 78% de las pacientes presentaron citologías normales o inflamatorias con respecto a la patología que mostraban a su ingreso al estudio, y solo 22% aún mostró LIBG con VPH. En comparación, en el grupo de interferón, 50% presentó mejoría hacia citología inflamatoria y normal y solo 9% presentó LIBG con VPH, pero con un alto porcentaje de ausencia de datos (41%).

En la Tabla 2 de control citológico al 6to. mes, se aprecia una mejoría significativa en el grupo de crioterapia, ya que aumentó el porcentaje de normales de 13% a 30% y disminuyó el porcentaje de inflamación de 65% a 53%, captándose una paciente menos en el grupo con LIBG con VPH. En el grupo de interferón se redujo el número de normales de 4 (18%) pacientes a una (4%) y de inflamación de 7 (32%) pacientes a 3 (14%), manteniéndose el número de infectadas con LIBG con VPH en 2 (9%) pacientes y aumentando el número de pacientes sin datos hasta 16 (74%).

La Tabla 3 muestra resultados colposcópicos al tercer mes. No se realizó colposcopia a las pacientes del grupo de crioterapia. En el grupo con interferón 4

(18%) presentaron mejoría hacia la normalidad y una paciente (5%) presentó LIBG con VPH. El número de pacientes sin control fue elevado: 17 (77%).

La Tabla 4 ilustra el control colposcópico al 6to. mes. No hubo seguimiento colposcópico de pacientes con crioterapia. En el caso de las pacientes con Interferón el número de pacientes normales o con inflamación fue de cero y se obtuvo un aumento de una paciente (5%) a 4 (18%) en los casos de LIBG con VPH.

Al comparar los resultados de curación citológica (Tabla 5) al tercer mes, vs. las pacientes no curadas, se encontró que hubo mayor curación en el grupo de crioterapia (78%) que en el de Interferón (50%).

En cuanto a la curación citológica al 6to. mes (Tabla 6), se encontró un mayor porcentaje de curación (82%) con crioterapia vs 18% de no curación. En el grupo de Interferón al 6to. mes, se redujo el porcentaje de curación a 18%, se mantuvo el mismo porcentaje de no curación (1%) y aumentó el porcentaje de pacientes sin datos.

La curación colposcópica al 3er. mes (Tabla 7), solo con respecto al grupo con Interferón, genera 18% de curación, 5% de no curación y 77% sin datos.

Al 6to. mes (Tabla 8) de curación colposcópica no existen datos de curación, pero aumentó el porcentaje de no curados a 18%, lo cual sugiere persistencia de VPH posterior a la curación colposcópica aparente del 3er. mes.

DISCUSION :

La comparación entre los dos grupos al menos para las variables continuas como edad, y de la vida sexual activa, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios, solo para la variable inicio de la menarca, fue a mayor la edad para el grupo que utilizó interferon. En lo que respecta al antecedente de tabaquismo fue mayor para el grupo I de crioterapia, también fue mayor el número de Embarazos, y mayor número de abortos.

Para el grupo II, todos tuvieron algún método de planificación familiar, predominó el uso del D.I.U., mientras que para el grupo I, la O.T.B. fue de mayor frecuencia 35%.

Enfermedades de transmisión sexual para el grupo II, negaron el antecedente y el grupo I, solo una paciente lo refirió.

En cuanto a la curación colposcópica, no pueden compararse los tratamientos, sin embargo, en el tratamiento con interferón, los resultados sugieren una persistencia del virus.

En relación a los efectos colaterales, se encontraron mayores molestias relacionadas al tratamiento en el grupo de crioterapia (39%) vs interferón (27%).

Por el tipo de pacientes y lo que implican los resultados para cada uno de los tratamientos en cuestiones éticas, se requiere de aumentar el tamaño de la muestra para mejorar el diseño de estudio. Si se realizara un ensayo clínico, tendría que tener un mayor rigor metodológico, sería conveniente realizarlo doble ciego, y que los criterios de inclusión y exclusión, permitan establecer grupos muy

específicos para evitar variables potencialmente confusoras, siendo de prioridad al aleatorización de los grupos.

CONCLUSIONES:

En los resultados preliminares de seguimiento hasta 6 meses, existen diferencias citológicas que hacen pensar que la crioterapia es mejor tratamiento para el VPH por su mayor porcentaje de curación, sin embargo presenta un mayor porcentaje de efectos colaterales que el interferón.

Es necesario ampliar el tiempo de seguimiento (a un año) y el tamaño de la muestra para que la significancia estadística del estudio tenga validez en las decisiones terapéuticas con respecto al VPH.

BIBLIOGRAFIA:

1. Reid R, Greenberg M, Jenson B, et al . Sexually transmitted papillomaviral infections. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 212-222.
2. González JL, Celis C, Rodríguez JD, Peña M, Menendez J. Tratamiento del virus del papiloma humano (VPH) del cérvix con criocigugla. *Ginecol Obstet Mex* 1991; 59: 164-168.
3. Reid R. Biology and colposcopic features of human papilloma virus-associated cervical disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 123- 151.
4. Schonfeld A, Schattner A, Crespi M, et al. Intramuscular human interferon beta injections in treatment of condiloma acuminata. *Lancet* 1994; 1: 1038-1042.
5. Syrjänen K, Väyrynen M, Saarikoski S, et al. Natural history of cervical human papillomavirus (HPV) Infections based on prospective follow-up. *Br J Obstet Gynecol* 1985; 92: 1086-1092.
6. Wright T and Richart R. Role of human papillomavirus in the pathogenesis of genital tract warts and cancer. *Gynecol Oncol* 1990; 37: 151-164.
7. Walker J, Bloss JD, Liao S, et al. Human papillomavirus genotype as a prognostic indicator in carcinoma of the uterine cervix. *Obstet Gynecol* 1989; 74(5):781-785.
8. Follen M, Levine RU, Carillo E, et al. Colposcopic correlates of cervical papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 809-814.

9. Falcorie T and Ferenczy A. Cervical intraepithelial neoplasia and condiloma: an analysis of diagnostic accuracy of posttreatment follow-up methods. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 260-264.
10. Gail S, Hughes CE, Trofatter K, et al. Interferon for the therapy of condiloma acuminatum. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 157-163.
11. Mohanty K and Lowe J. Cryotherapy in the management of histologically diagnosed subclinical human papilloma virus infection of the cervix. *Br J Clin Pract* 1990; 44(12): 574-577.
12. Figge D and Creasman W. Cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol* 1983; 62(3): 353-358.
13. Kaufman R and Corner J. Cryosurgical treatment of cervical dysplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109: 1167-1174.
14. De Aloysio D, Milioli L, Iannicelli T, et al. Intramuscular interferon beta treatment of cervical intraepithelial neoplasia II associated with human papillomavirus infection. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 420-424.
15. Bergman A, Masunaga J, Bhatia NN. Cervical Cryotherapy for condilomata acuminata during pregnancy *Obstet Gynecol* 1987; 69(1): 47-50.
16. Gaarenstroom K, Kenter GG, Bonfrer JMG, et al. Prognostic significance of serum antibodies of human papillomavirus -16 E4 and E7 peptides in cervical cancer. *Cancer* 1994; 74(8):2307-2313.

17. Husseinzadeh N, Guoth JG, Jayawardena DS. Subclinical cervicovaginal human papilloma virus infection associated with cervical condilomata and dysplasia Treatment Outcomes. *J Rep Med* 1994; 39: 777-780.
18. Schmidt C, Pretorius RG, Bonin M, et al. Invasive cervical cancer following cryotherapy for cervical Intraepithelial neoplasia or human papilloma virus infection. *Obstet Gynecol* 1992; 80(5): 797-800.
19. Alvarez A. Ciroclrugfa del cuello uterino. Nuestra experiencia en 3184 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1991; 59:105-111.
20. Marchionni M, Vallecchi C, Zuccati G, et al. Empleo del Interferon beta Inyectable en el tratamiento de los conlomas acuminados. *Farmacl e terapia* 1983; 109.
21. Grossberg SE.: Interferons:An overview of their biological and biochemical properties. In: *Mechanisms of Interferon Actions*. Pfeffer, L.M. (de). 1987; vol. I chap 1: 1-32.
22. Baron S, Tying S, Fleischmann WR, et al. The Interferons Mechanisms of action and clinical applications. *JAMA* 1991; 266(10): 1375-1383.
23. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for Reporting cervical/vaginal cytological diagnosis. *JAMA* 1986; 262: 931-934.

ESTA FOLIO DE CONTROL
 SALIR DE LA INSTITUCION

TABLAS

TABLA 1. COMPARACION DEL CONTROL CITOLOGICO AL TERCER MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CRIPTERAPIA		INTERFERON	
	No	%	No	%
NORMAL	3	13	4	18
INFLAMACION	15	65	7	32
LIBG (VPH)	5	22	2	9
SIN DATOS*	0	0	9	41
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

LIBG=Lesión Intraepitelial de bajo grado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 2. COMPARACION DEL CONTROL CITOLOGICO AL SEXTO MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CRIPTERAPIA		INTERFERON	
	No	%	No	%
NORMAL	7	30	1	4
INFLAMACION	12	53	3	14
LIBG (VPH)	4	17	2	8
SIN DATOS*	0	0	16	74
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

LIBG=Lesión intraepitelial de bajo grado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 3. COMPARACION DEL CONTROL COLPOSCOPICO AL TERCER MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CICLO TERAPIA		INTERFERON	
	N.	%	N.	%
NORMAL	0	0	4	18
INFLAMACION	0	0	0	0
LIBG (VPH)	0	0	1	5
SIN DATOS*	23	100	17	77
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

LIBG=Lesión intraepitelial de bajo grado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 4. COMPARACION DEL CONTROL COLPOSCOPICO AL SEXTO MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CICLO TERAPIA		INTERFERON	
	N.	%	N.	%
NORMAL	0	0	0	0
INFLAMACION	0	0	0	0
LIBG (VPH)	0	0	4	18
SIN DATOS*	23	100	18	82
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

LIBG=Lesión intraepitelial de bajo grado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 5. COMPARACION DE CURACION POR CITOLOGIA AL TERCER MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	QUIMIOTERAPIA		INTERFERON	
	No.	No.	No.	No.
CURACION	18	78	11	50
NO CURACION	5	22	2	9
SIN DATOS*	0	0	9	41
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 6. COMPARACION DE CURACION POR CITOLOGIA AL SEXTO MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	QUIMIOTERAPIA		INTERFERON	
	No.	No.	No.	No.
CURACION	19	82	4	18
NO CURACION	4	18	2	9
SIN DATOS*	0	0	16	73
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 7. COMPARACION DE CURACION POR COLPOSCOPIA AL TERCER MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CRIOITERAPIA		INTERFERON	
	No.	No.	No.	No.
CURACION	0	0	4	18
NO CURACION	0	0	1	5
SIN DATOS*	23	100	17	77
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).

TABLA 8. COMPARACION DE CURACION POR COLPOSCOPIA AL SEXTO MES ENTRE LOS DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

RESULTADO	CRIOITERAPIA		INTERFERON	
	No.	No.	No.	No.
CURACION	0	0	0	0
NO CURACION	0	0	4	18
SIN DATOS*	23	100	18	82
TOTAL	23	100	22	100

* No se reporto ningún resultado

Fuente: (H.G.O. No. 4 IMSS).