

11226 134  
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADEMICA

C.M.F. OBSERVATORIO.  
HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.

DISPLASIAS CERVICOVAGINALES DETECTADAS EN MUJERES DE EDAD  
REPRODUCTIVA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR. PRESENTA: DR. HECTOR SALVADOR GARCIA.

MEXICO, D. F., a 7 DE AGOSTO DE 1997

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.

DIPLOMAS DE SERVICIOVAGINALES DETECTADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

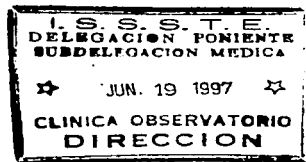
DR. HECTOR SALVADOR GARCIA.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGUYEN CORIA.  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY.  
COORDINADORA DE DOCENCIA.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DISPLASIAS CERVICOVAGINALES DETECTADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO.

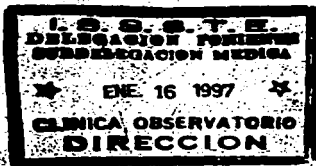
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. HECTOR SALVADOR GARCIA.

AUTORIZACIONES:

  
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEANZA DEL I.S.S.S.T.E.



  
DR. HECTOR A. BILES HERNANDEZ.  
ASESOR DE TESIS

  
DR. PEDRO DURANTES BARRIOS.  
ASESOR DE TESIS

## INDICE

	PAG.
1.- TITULO	1
2.- INDICE GENERAL	4
3.- MARCO TEORICO	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5.- JUSTIFICACION	18
6.- OBJETIVOS	21
7.- METODOLOGIA	22
8.- RESULTADOS	26
9.- ANALISIS DE RESULTADOS	58
10.- CONCLUSIONES	62
11.- BIBLIOGRAFIA	65

## MARCO TEORICO

Las Displasias son una lesión premaligna y antecede al cáncer cervicouterino.

Las Displasias del cervix no se manifiestan por si mismas, por lo que transcurren asintomáticamente, así que la única forma de ser detectadas es mediante la citología cervicouterina.

La incidencia en la Clínica Observatorio del I.S.S.S.T.E. de 1er. Nivel hasta el momento no se conoce.

Existen factores que se han reconocido como de riesgo para presentar las Displasias de cervix. entre ellos tenemos:

- Inicio de la vida sexual antes de los 15 años de edad. (18)
- Embarazos a término a edad materna temprana. (18)
- Número de gestaciones mayor de 5 embarazos. (6)
- Paridad antes de los 15 años de edad.
- Parejas no circuncidadas.
- Parejas múltiples. (18)
- Infecciones cervicales por Papovirus Homnis. (18)
- Infecciones Cervicales por Herpes. (18)
- Niveles socioeconomicos bajos. (18)

El término de displasia fue sugerido por Papanicolau y se introdujo en la terminología de patología ginecológica por Regan y Cols en el año de 1953 (2).

Etimológicamente se deriva de las raíces griegas:

Dis: Anormalidad, y

Plasia: del proceso de formación del desarrollo de un tejido. (1)

Dentro de las lesiones premalignas se mencionan a las displasias las cuales consisten en la pérdida de la uniformidad individual, desorientación arquitectónica, anomalías nucleares y citoplasmáticas. Lo mismo que por el crecimiento y la maduración desordenada del tejido, abarcando sólo el espesor epitelial.

**Clasificación:**

Las displasias se clasifican en tres grupos: (3)

- a) Benigna o leve,
- b) Moderada o media,
- c) Grave o severa.

Otros autores las clasifican por grados: (4)

- Grado I,
- Grado II,
- Grado III.

a) Displasia leve: La maduración celular es anormal, el núcleo es

grande, irregular, hipercromático y el citoplasma es relativamente normal.

b) **Displasia moderada:** La maduración celular es anormal, predominan las células discarióticas de tipo basal, es la señal de una relación núcleo-citoplasma modificada en favor del núcleo.

c) **Displasia severa:** Los núcleos celulares son grandes, hipercromáticos e irregulares, lo que hace que el citoplasma se vea como anillo angosto en su derredor. El cociente núcleo citoplasma está en favor del núcleo.

(4)

**Cambios citológicos de las Displasias:**

Las células de la superficie del cuello uterino que experimentan displasia o carcinoma In Situ son anormales y su presencia en el frotis cervical es a menudo indicación de biopsia, en el frotis estas células anormales se describen como discarióticas.

**Discariosis:** Es un término creado por Papanicolau para describir las células anormales en el frotis de la lesión histológica, que ahora denomina Displasia.

La discariosis puede describirse como leve, moderada o severa o alternativamente como células superficiales, células intermedias o células parabasales; por la semejanza citoplásmica con los



tres tipos celulares.

La discariosis de células superficiales (discariosis leve), describe una célula con anomalías en el núcleo, citoplasma delgado, abundante y los bordes angulares de la célula, característicos de la célula escamosa superficial.

La discariosis de células intermedias describe una célula con núcleo anormal, citoplasma delgado y bordes celulares angulados, pero en la que el núcleo es menor en proporción con el tamaño de la célula.

La discariosis de células parabasales (discariosis grave), describe núcleos anormales, en donde estos ocupan por lo menos la mitad del tamaño celular.

El citoplasma es más denso que el de las células escamosas superficiales y por lo tanto tienen ciertas características de la célula escamosa intermedia normal.

(4)

#### ETIOLOGIA

Existen algunos factores que se han reconocido como de alto riesgo.

Embarazos a término a temprana edad; se han sugerido que cambios proliferativos del cervix que acompañan a los embarazos logrados

durante la adolescencia, tienen un efecto promocional para el desarrollo de displasias y neoplasias del cervix.

Epidemiológicamente se han documentado que un primer embarazo a término antes de los quince años de edad, aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino hasta 12.1 veces, que un primer embarazo antes de los veinte años y un total de cinco embarazos lo eleva 3.2 veces y que un periodo menor a 2 años entre un embarazo y otro lo incrementa 3.2 veces más.

Parejas sexuales no circuncidadas, ya que es esmegma al parecer es el probable factor inductor de cambios celulares que culminan en el desarrollo de displasias.

Nivel socioeconómico bajo, el cual puede relacionarse con la promiscuidad y los malos hábitos higiénicos.

Agentes infecciosos: estos incluyen fundamentalmente las infecciones por virus del herpes genital del tipo II (VGH-2), y las infecciones por virus del papiloma humano (VPH).

Virus del Herpes genital tipo II, este desempeña un papel importante en la inducción de las displasias.

Epidemiológicamente se ha observado que las pacientes con evidencia de infección por VGH 2, desarrollan después de un periodo de latencia variable displasias, carcinoma In Situ y

carcinoma invasor, con una frecuencia mayor a la observada en grupos testigos.

El riesgo de desarrollar cáncer invasor en estas enfermas se incrementa hasta 10.3 veces en relación a las pacientes sin evidencia de enfermedad.

(6)

En los últimos diez años del VPH, se ha incrementado de manera considerable: siendo tres veces más común que el herpes genital. Además los tipos 16 y 18 DNA del HPV tiene relación con la producción de displasias y el cáncer cervical (19, 20, 21) teniendo una edad promedio de 25 años de edad.

Su largo periodo de incubación hace difícil su control, ya que éste va de tres a nueve meses y en forma ocasional se alarga hasta por tres años (19). Los factores de riesgo son los antes descritos.

Existen 41 tipos de VPH, siendo los más frecuentes el 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, encontrándose en los dos últimos años los tipos 43 y 44 (22) siendo los tipos 16 y 18 los que más frecuentemente se relacionan con neoplasias intraepiteliales en un 80 %, con displasias moderadas en un 70 %, y en todas las displasias en un 50 % con menos frecuencia los tipos 31, 33 y 35 (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). Un papiloma puede confundirse con un carcinoma exofilitico de células escamosas o con un condiloma acuminado

aislado, aunque más del 95 % son benignos, un pequeño número de estas lesiones mostrará anaplasia de epitelio escamoso variando desde la displasia al carcinoma invasivo.

(19)

Los estudios colposcòpicos y citopatològicos recientes han enfocado la importancia de las lesiones cervicales virales y su asociaciòn con cambios degenerativos malignos.

Las células coilociticas (KOILOCITOS), parece determinar en forma inequívoca la presencia de infecciòn por papiloma humano, los cuales sirven para distinguirlas del carcinoma intraepitelial (19,23).

Debido a la patogénesis del VPH, diversos autores clasifican al condiloma de la siguientes manera:

1.- Papiloso, 2.- Plano, 3.- Espigado, y 4.- Exofitico.

En estos condilomas, el papiloso es el más frecuente. El plano, el más virulento, fue descubierto en 1977, el espigado no es tan frecuente como el plano el exofitico sólo prolifera en el interior de la glándula del cuello uterino en donde semeja un carcinoma In Situ (2, 6, 7, 8, 19).

#### DIAGNOSTICO

1.- El frotis cervicovaginal, en general se puede detectar en más del 90 % de los casos.

Las pacientes a quienes se les tome una muestra citológica deberan encontrarse fuera del periodo menstrual y deberan evitar lavados vaginales, uso de jaleas, óvulos o tapones, además de la abstinencia sexual. La toma debe realizarse mediante una torunda o abatelenguas, girándola en el canal cervical en el sentido horario y extendiendo el material en en portaobjeto en sentido antihorario.

El material se debe fijar inmediatamente con fijaspray o alcohol de 96 grados.

El resultado de este estudio puede ser informado de acuerdo a la clasificación o nomenclatura morfológica de Papanicolau, Richart y Baron.

(2) (10)

CLASIFICACION DE PAPANICOLAU  
(9)

Clase I	Frotis normal (células normales)
Clase II	Frotis inflamatorio (alteraciones inflamatorias, células anormales no malignas).
Clase III	Frotis sospechoso (células sospechosas de -- malignidad pero no concluyentes).
Clase IV	Frotis positivo (células compatibles con malignidad).
Clase V	Frotis positivo ( células malignas francas).

CLASIFICACION DE RICHART Y BARON (2)

Estos autores utilizan el término Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), para designar cambios epiteliales precancerosos epidermoides que originan carcinoma invasor y corresponde a tres grados:

N I C	I	DISPLASIA LEVE.
N I C.	II	DISPLASIA MODERADA.
N I C	III	DISPLASIA GRAVE O SEVERA CARCINOMA IN SITU.

Recientemente se ha propuesto una nueva revisión de categorías de las que combinan la displasia leve (NIC I), con las lesiones citológicas correspondientes a la infección por virus de papiloma humano en una categoría denominada: Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, combinando la displasia moderada (NIC II), y la displasia severa y el carcinoma In Situ (NIC III), en otra categoría denominada: Lesiones Escamosas Intraepiteliales de alto grado, cuyo objetivo es simplificar las recomendaciones relativas al manejo de los casos (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP 1989). Este sistema recibe el nombre de sistema de notificación de BETHESDA.

(10)

BETHESDA 1989

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

RICHARD 1980 Y ANTERIORES OMS.

Displasia leve NIC I.  
Lesiones correspondientes a virus de papiloma humano.

Lesión escamosa  
intraepitelial de  
alto grado.

Displasia moderada NIC II.  
Displasia severa NIC III.  
Carcinoma In Situ NIC III.

#### FRECUENCIA

La cifra de frecuencia de las displasias cervicales varia de 1.2 al 3.8 %.

El Dr. Reyna y Cols, en un análisis de 42 casos de displasias cervical severa, encontraron una incidencia de displasias por citologías cervicovaginales del 0.32 %, la displasia severa fue de 12.62 % de todas las displasias.

(3)

A causa de las diferentes poblaciones investigadas y de los distintos criterios para asignar el nombre de displasia, existen amplias diferencias en su frecuencia las cuales varian entre 0.5 y 6.5 %.

La frecuencia de ocurrencia máxima de las displasias es entre los 20 a los 29 años de edad y para el carcinoma In Situ a partir de la displasia es de 30 a los 39 años de edad.

En forma tradicional de las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino se detectan a través de citología cervicovaginal (papaniculau), que a pesar de las limitaciones inherentes a esta prueba ha disminuido la mortalidad por cáncer cervicouterino en los últimos años.

(11)

La posibilidad de reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de estas lesiones es una alternativa que se debe considerar para disminuir la frecuencia de cáncer cervicouterino.

(10)



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad por cáncer cervicouterino presenta una tendencia ascendente en nuestro país, este ocupa una de las primeras tres causas de muerte femenina en su tercera década de la vida. (12)

La historia natural de este padecimiento permite detectarlo de manera precoz en sus fases preclínicas del cáncer cervicouterino por examen microscópico de las células obtenidas a través de la prueba de papanocolau, estas lesiones precursoras se clasifican con el término de Displasias y actualmente denominadas Lesiones Intraepiteliales de bajo y alto grado.

Su frecuencia de estas displasias en pacientes femeninas en edad reproductiva que va de los 15 a los 49 años de edad, con antecedentes de vida sexual temprana, con gestaciones y paridad antes de los 15 años de edad la presencia de infecciones vaginales recurrentes, y así como el desconocimiento de la prevalencia de las lesiones precursoras diagnosticadas por la citología cervicovaginal en una población femenina tienen mayor predisposición a las lesiones epiteliales (displasias).

Su diagnóstico oportuno, así como su tratamiento específico de las lesiones epiteliales de bajo o alto grado en la medicina merecen una prioridad, ya que a través de ella se reduce la

frecuencia del cáncer cervico uterino y en consecuencia la mortalidad.

Es frecuente las displasias cervico-uterinas en la Clínica de 1er. nivel del I.S.S.S.T.E., Observatorio?

## J U S T I F I C A C I O N

Este estudio esta enfocado a realizar a aquellas pacientes que lleguen a la consulta externa de la Clinica Observatorio, a la deteccion oportuna de displasias, debido a que no existen en la Clinica un estudio comparativo que señale la importancia de la frecuencia de displasias detectadas por el método del Papanicolau.

El objeto de este trabajo establece la importancia de la citología cervicovaginal, ya que deja de ser un instrumento para detectar y se convierte en un instrumento para diagnosticar las displasias, que es una lesión que antecede al cáncer cervicouterino con un indice de seguridad del 98 %, que en caso de lesiones tempranas de cáncer comunmente es positivo.

Se ha creado en la asistentencia médica privada y en las instituciones de salud, medidas preventivas que permiten diagnosticar y tratar a tiempo los distintos grados de displasias mediante la campaña de deteccion oportuna de cáncer cervicouterino, se han logrado realizar anualmente un sin número de detecciones que han podido o permitido diagnosticar trarar en forma temprana a las pacientes portadoras de lesiones premalignas y malignas, ya que el cáncer cervicouterino es el proceso maligno

que ocupa el primer lugar entre las neoplasias malignas del sexo femenino en México.

(11, 12, 13)

La tendencia es ascendente aun con los esfuerzos de los programas de prevención, su tasa promedio fue de 24.1 defunciones por cada 100,000 mujeres de 35 a 44 años de edad para el año de 1985.

(1)

La detección de las fases preclínicas del cáncer cervicouterino a través del examen del Papanicolau (2) las cuales se clasifican actualmente en lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado de acuerdo a la clasificación histológica de Bethesda.

(3)

El diagnóstico oportuno de estas lesiones es un alternativa a la que no se le ha dado importancia que merece dentro de los programas preventivos de salud. Ya que al tratar estas lesiones precursoras se reduce la frecuencia de cáncer cervicouterino.

Uno de los objetivos de este trabajo es establecer nuevamente la importancia de la citología cervicovaginal.

Ya que se convierte en un primer instrumento de detección preclínico de las lesiones que anteceden al cáncer cervicouterino como pueden ser las displasias.

Por lo tanto es importante que el médico familiar conozca la importancia de la citología cervicovaginal y su interpretación

realizando un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado y un buen seguimiento de las pacientes.

(13)

## OBJETIVOS

### OBJETIVOS GENERALES:

1.- Identificar las Displasias en mujeres en edad reproductiva en la Clinica de Medicina Familiar Observatorio.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Identificar los factores de riesgo para las displasias en las mujeres en edad fértil usuarias de la Clinica Observatorio, como son: La edad, número de paridad, fecha de inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales.

2.- Determinar en pacientes con displasia el uso de métodos temporales de Planificación Familiar como son los: Hormonales orales, Dispositivo Intrauterino, Preservativos.

3.- Determinar en pacientes con displasias el uso de métodos definitivos (Obturbación Tubarica Bilateral), de Planificación Familiar.

4.- Identificar las alteraciones celulares en los resultados de las citologias cervicouterinas de mujeres de 15 a 49 años de edad.

## METODOLOGIA

### TIPO DE INVESTIGACION:

- Observacional
- Descriptivo.
- Transversal.

### Grupo de estudio:

Mujeres de se encuentran entre los 15 años a los 49 años de edad y que sean derechohabientes al I. S. S. S. T. E. y que se les tome la citología cervicovaginal.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

#### Población:

Derechohabientes del I. S. S. S. T. E.

#### Lugar:

En la Clinica Observatorio del I. S. S. S. T. E.

#### Tiempo:

En un lapso de 5 meses, que abarcan del mes de junio al mes de octubre de 1995.

### Criterios de inclusión:

- a) Pacientes del sexo femenino.
- b) Que se encuentren en edad reproductiva de los 15 a los 49 años

de edad.

- c) Que sean derechohabientes al I. S. S. S. T. E.
- d) Que cooperen al interrogatorio para la captura de los datos, para el llenado de 15 hojas de la cédula informativa.

**Criterios de exclusión:**

- a) Pacientes femeninas que no se encuentren en edad reproductiva.
- b) Pacientes que no quieran cooperar en el interrogatorio.
- c) Pacientes con tratamientos previos cervicovaginales para displasias.
- d) Pacientes con histerectomía o conizadas previamente.
- e) Mujeres entre los 15 a 49 años de edad con menopausia no quirúrgica.

**Criterios de eliminación:**

- a) Mujeres de 15 a 49 años de edad con reporte de resultados citológicos normales.
- b) Mujeres con resultados no reportados.
- c) Resultados de mujeres que fueron entregados tardíamente el resultado del estudio.

**Grupo de estudio:**

Femeninas en edad reproductiva de los 15 a los 49 años de edad que acudan a tomarse el papanicolau cervicouterino en la Clínica Observatorio.



Tamaño de la muestra:

Número total de mujeres en edad reproductiva de los 15 a los 49 años de edad, que acudan entre el mes de junio a octubre de 1995.

Definición de variables:

VARIABLES DEPENDIENTES U ORDINALES:

- a) Edad,
- b) Inicio de vida sexual,
- c) No. de compañeros sexuales,
- d) Patrón celular,
- e) Patrón microbiano,
- f) Alteración celular,
- g) Paridad No. de productos,
- h) Diagnóstico.

VARIABLES INDEPENDIENTES O DE RAZÓN:

- a) Menarca,
- b) Abortos,
- c) Tratamiento para displasias,
- d) Menopausia,
- e) Patrón hormonal,
- f) Fecha de toma,
- g) Tipo de derechohabientes,
- h) Originaria,

i) Ocupación

j) Método de planificación familiar:

- D.I.U.

- Hormonales,

- Otros: = Ritmo

= Temperatura

= Filantes de moco,

= Preservativo.

k) Escolaridad,

l) Recursos humanos,

m) Recursos materiales.

## R E S U L T A D O S

El total de muestras tomadas de diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino realizadas en la Clínica de Medicina Familiar Observatorio del mes de junio al mes de octubre de 1995, fueron de 624 muestras de estas, 538 muestras corresponden a derechohabientes y 86 muestras corresponden a no derechohabientes.

Del total de las 624 muestras, 75 pacientes presentan Displasias de diferentes tipos, de estas pacientes 54 cumplen con los criterios de inclusión para este trabajo, no así 21 pacientes que entraron en criterios de exclusión.

Todas las mujeres derechohabientes cuentan con la hoja SM7-30-3, y con expediente clínico en la Unidad.

De las 624 citologías cervicovaginales sólo 54 citologías presentaron datos histológicos de displasias.

La distribución por grupos de edad de las pacientes con Displasias donde se observa que los grupos más afectados corresponde entre la edad de 35 a 39 años de edad con un total de 24.07 % que corresponde a 13 pacientes del total de las 54 registradas, seguido del grupo de edad de los 45 a los 49 años de edad con un 20.37 %, con un 18.51 % al grupo de los 25 a los 29

años de edad, y de un 14.81 % que corresponde a los grupos de los 30 a 34 y de los 40 a 44 años de edad (vease cuadro No. 1).

La distribución por edad de inicio de la menarca en las pacientes con displasia, se observaron que el 38.88 % corresponde a la edad de 12 a 13 años de edad con un total de 21 pacientes, de un 31.41 %, que corresponde a la edad de 14 a 15 años de edad con un total de 17 pacientes, de un 25.92 % de los 10 a los 11 años, de un 3.7 % antes de los 10 años de edad (vease cuadro No. 2).

La distribución por edad del inicio de la vida sexual de las pacientes con Displasia, se observó que el 48.14 % corresponde entre los 13 a los 18 años de edad, con un 38.88 % de los 19 a los 24 años de edad, de un 9.25 % en la edad de 25 a los 30 años de edad, de un 1.85 % que correspondieron a las edades de entre los 13 a los 18 años así como de los 31 años o más (vease cuadro No. 3).

El uso de métodos de planificación familiar en las pacientes con displasias, se observó el 42.59 % que corresponde a 23 pacientes con O.T.B. quirúrgica, de un 18.51 % con 10 pacientes que no reportaron método alguno, un 16.66 % con 9 pacientes que corresponde el D.I.U., el 12.96 % que corresponde a 7 pacientes que no llevaban método alguno, un 7.40 % con otros métodos, y un 1.85 % con una usuaria de hormonales (vease cuadro No. 4).

El valor estrogénico reportado en las pacientes con displasia corespondió, a un 81.44 % entre los 50 a 70 mg. de valor estrogénico que corresponde a 44 pacientes, un 11.11 % de 71 a 90 mg. de valor estrogénico, de un 7.40 % en 4 pacientes los cuales no fueron reportados los valores estrogénicos, y de 0 % los reportados menores a 49 y mayores de 91 a 100 de valor estrogénico (vease cuadro No. 5).

El tipo de alteración celular encontrado en las pacientes con displasia fue el siguiente: Un 98.14 % con hiperplasia, erosión de las células basales y células de tipo inflamatorio que corresponden de un total de 53 pacientes, de un 74.07 % con metaplasia epidermoide que corresponde a 40 pacientes, un 22.22 % con discardiosis que corresponde a 12 pacientes, y un 5.55 % con alteraciones del tipo de atipias (vease cuadro No. 6).

El patrón celular de las pacientes con displasia que se observó fue el siguiente, un 68,51 % con reacción inflamatoria, 64.81 % con la presencia de eritrócitos e histiocitos, 7.40 % con citólisis y un 1.85 % con blastócitos (vease cuadro No. 7).

El patrón microbiano de las pacientes con displasia se encontró un patrón baciliforme con un 33.33 % con un total de 18 pacientes, el 31.48 % con un patrón microbiano mixto que corresponde a 17 pacientes, el 27.77 % con un patrón microbiano

cocoide que corresponde a 15 pacientes, 3.70 % la presencia de clamidia, el 1.85 % corresponde a las monilias y los no reportados, el 0 % a virus y amibas u otros (vease cuadro No. 8).

La distribución del número de gestaciones en pacientes con displasia se presento que el 25.92 % correspondio a 5 gestaciones en un total de 14 pacientes, 22.22 % con 3 gestaciones, el 20.37 % con 4 gestaciones, 16.66 % con 2 gestaciones, 9.25 % a 1 gestación y del 5.55 % sin ninguna gestación (vease cuadro No. 9)

La distribución por el número de paridad en pacientes con displasia se reportó con un 27.22 % con 3 paridades, 20.37 % con 2 paridades, 18.51 % con 5 o más paridades, 12.96 % con 1 paridad (veade cuadro No. 10).

El resultado del número de compañeros sexuales en las pacientes con displasia se encontró: un 64.81 % con un compañero sexual, 20.37 % no reportó número de compañeros sexuales, 11.11 % con 2 compañeros sexuales, 3.70 % con 3 compañeros sexuales, y el 0 % con 4 o más compañeros sexuales (vease cuadro No. 11).

El resultado citológico de las pacientes con displasia se encontró un 98.14 % sin alteración que coresponde a 53 pacientes, 1.85 % con la presencia de C.A. In Situ que correspondió a 1 paciente (vease cuadro No. 12)

El tipo de displasia presentado en las pacientes corresponde a 70.37 % del tipo Leve en 38 pacientes, 22.22 % del tipo Moderada en 18 pacientes, 7.40 % del tipo Severa en 4 pacientes (vease cuadro No. 13).

Resultado citológico según clasificación de Papanicolau en las pacientes con Displasia, 55.55 % tipo negativo III que corresponde a un total de 30 pacientes, 40.74 % del tipo negativo II que corresponde a 22 pacientes, 1.85 % del tipo positivo IV una sola paciente (vease cuadro No. 14).

El resultado de las pacientes que presentaron menopausia en la edad reproductiva (no quirúrgica) y con la presencia de displasia corresponde a un 90.74 % que no se presentó, a un 9.25 % que se presentó (vease cuadro No. 15).

**DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>EDAD</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
15 - 19	1	1.86
20 - 24	3	5.56
25 - 29	10	18.52
30 - 34	8	14.81
35 - 39	13	24.07
40 - 44	8	14.81
45 - 49	11	20.37
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 1**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**



# DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA

EDAD

15 - 19

20 - 24

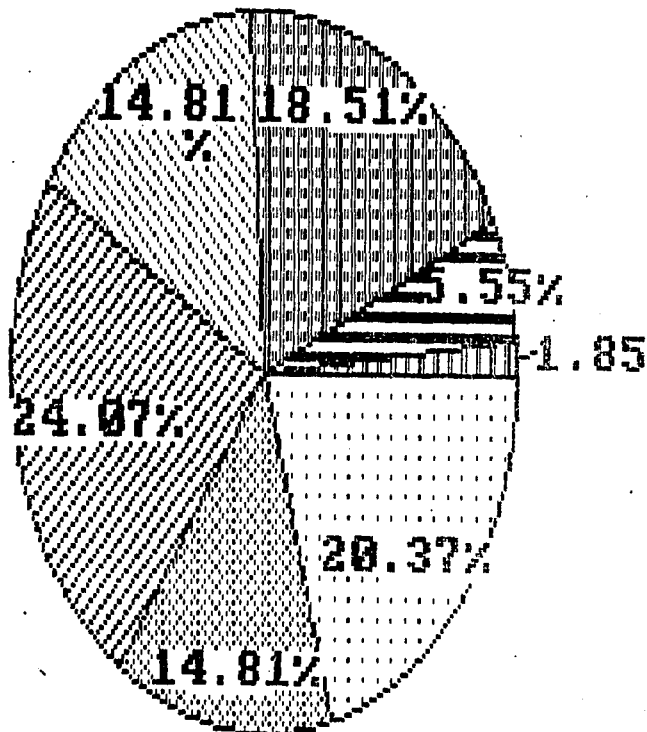
25 - 29

30 - 34

35 - 39

40 - 44

45 - 49



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

**DISTRIBUCION POR DE EDAD DEL INICIO DE LA MENARCA  
EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA**

<b>EDAD</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>ANTES 10</b>	<b>2</b>	<b>3.70</b>
<b>10 - 11</b>	<b>14</b>	<b>25.93</b>
<b>12 - 13</b>	<b>21</b>	<b>38.89</b>
<b>14 - 15</b>	<b>17</b>	<b>31.48</b>
<b>16 - +</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 2**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# DISTRIBUCION POR EDAD DEL INICIO DE LA MENARCA EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA

EDAD

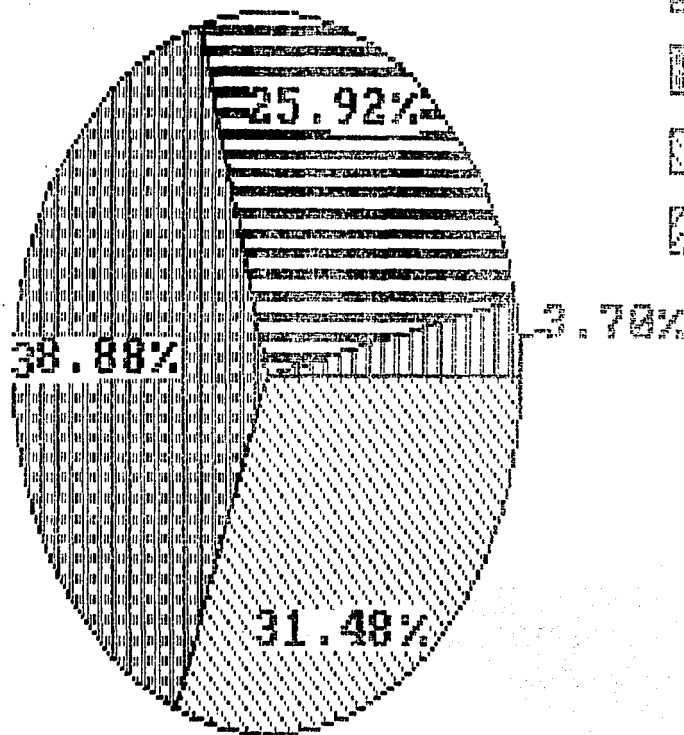
▨ ANTES 10

▨ 10 - 11

▨ 12 - 13

▨ 14 - 15

▨ 16 - 17



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

**DISTRIBUCION POR EDAD DEL INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA  
DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA**

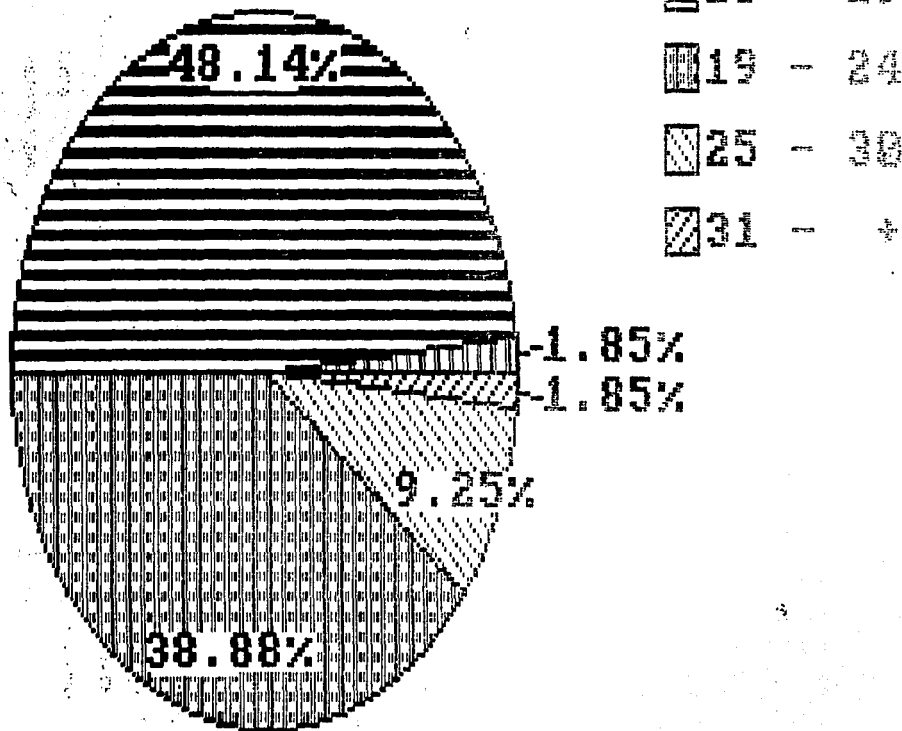
<b>EDAD</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>10 - 12</b>	<b>1</b>	<b>1.86</b>
<b>12 - 18</b>	<b>26</b>	<b>48.15</b>
<b>19 - 24</b>	<b>21</b>	<b>38.88</b>
<b>25 - 30</b>	<b>5</b>	<b>9.25</b>
<b>31 - +</b>	<b>1</b>	<b>1.86</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 3**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

**DISTRIBUCION POR EDAD DEL  
INICIO DE LA VIDA SEXUAL  
ACTIVA DE LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

**EDAD**



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

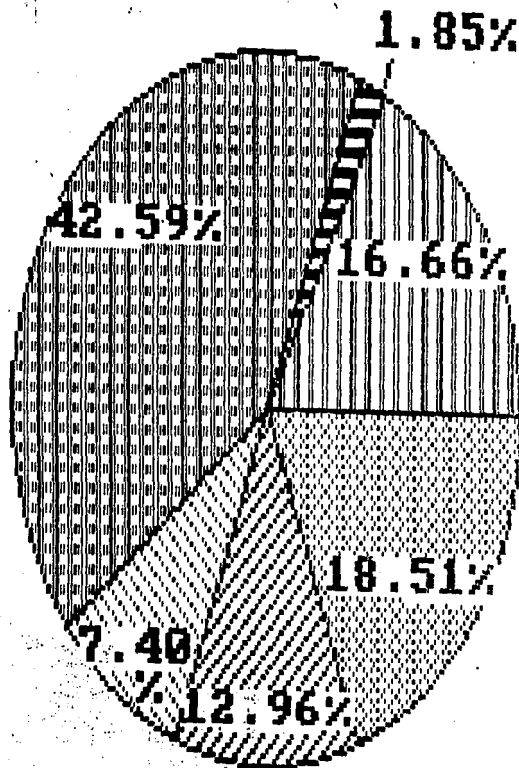
**USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>METODO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>D. I. U.</b>	<b>9</b>	<b>16.67</b>
<b>HORMONAL</b>	<b>1</b>	<b>1.86</b>
<b>O. T. B.</b>	<b>23</b>	<b>42.59</b>
<b>OTROS</b>	<b>4</b>	<b>7.41</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>7</b>	<b>12.96</b>
<b>NO REPORTADO</b>	<b>10</b>	<b>18.51</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 4**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA



## METODO

▨ D. I. U.

▨ HORMONAL

▨ O. T. B.

▨ OTROS

▨ NINGUNO

▨ NO REPORTADOS

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

**NIVEL DEL VALOR ESTROGENICO DE LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>VALOR ESTROGENICO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
- 49	0	0
50 - 70	44	81.48
71 - 90	6	11.11
91 - 100	0	0
NO REPORTADO	4	7.41
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 5**

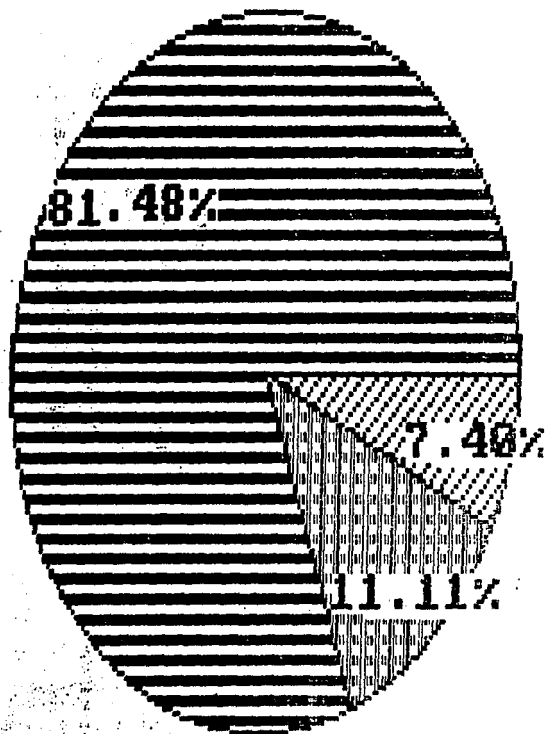
**FUENTE: CEDULA DE RECCOLECCION DE DATOS.**



# NIVEL DEL VALOR ESTROGENICO DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA

VALOR

- ▨ - 49
- ▧ 50 - 70
- ▩ 71 - 90
- ▤ 91 - 100
- ▨ NO REPOR-  
TADO



FUENTE: CRDULA DE RCOLECCION DE DATOS.

**ALTERACIONES CELULARES EN LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

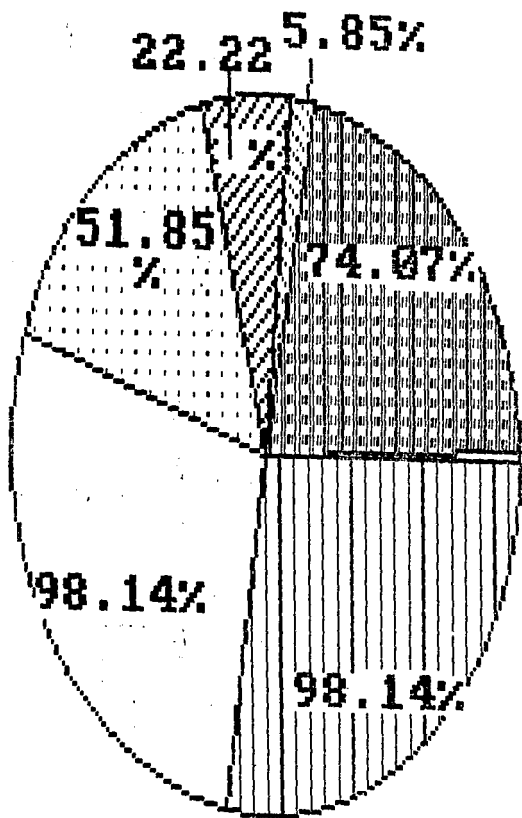
<b>TIPO DE ALTERACION CELULAR</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>SIN ALTERACION</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>METAPLASIA DISFUNCIONAL</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>
<b>METAPLASIA EPIDERMIOIDE</b>	<b>48</b>	<b>74.87</b>
<b>ATIPIAS</b>	<b>3</b>	<b>5.55</b>
<b>DISCARIOSIS</b>	<b>12</b>	<b>22.22</b>
<b>DISQUERATOSIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>HIPERPLASIA</b>	<b>28</b>	<b>51.85</b>
<b>HIPERACTIVIDAD BASAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CELULAS BASALES DE EROSION</b>	<b>53</b>	<b>98.14</b>
<b>DE TIPO INFLAMATORIO</b>	<b>53</b>	<b>98.14</b>

**CUADRO No. 6**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# ALTERACIONES CELULARES EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA

T I P O



- SIN ALTERACION
- METAPLASIA
- DISFUNCIÓN
- METAPLASIA EPIDERMÓIDE
- ATIPIAS
- DISCARIOSIS
- DISQUERATOSIS
- HIPERPLASIA
- HIPERACTIVIDAD BASAL
- CEL. BASALES ERÓSION
- TIPO INFILTRATORIO

FUENTE: Cedula de recolección de datos.

**PATRON CELULAR CON LAS PACIENTES CON DISPLASIA**

<b>PATRON CELULAR</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>ACELULAR</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CITOLISIS</b>	<b>4</b>	<b>7.40</b>
<b>NECROSIS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CELULAS MESOTELIALES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CELULAS MESENQUIMATOSAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>HISTIOCITOS</b>	<b>35</b>	<b>64.81</b>
<b>BLASTOCITOS</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>
<b>ERITROCITOS</b>	<b>35</b>	<b>64.81</b>
<b>MACROFAGOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>REACCION INFLAMATORIA</b>	<b>37</b>	<b>68.51</b>

**CUADRO No. 7**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

**PATRON MICROBIANO DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA**

<b>PATRON MICROBIANO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>BACILIFORME</b>	<b>18</b>	<b>33.33</b>
<b>COCOIDE</b>	<b>15</b>	<b>27.77</b>
<b>MIXTO</b>	<b>17</b>	<b>31.48</b>
<b>TRICOMONAS</b>	<b>5</b>	<b>9.25</b>
<b>MONGOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>AMIBAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>VIRUS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CLAMIDIA</b>	<b>2</b>	<b>3.70</b>
<b>MONILIAS</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>
<b>OTROS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NO REPORTADAS</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>

**CUADRO No. 8**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

**DISTRIBUCION DEL NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES  
CON DISPLASIA**

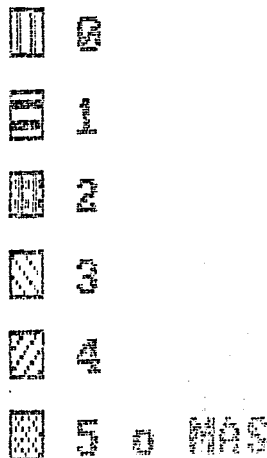
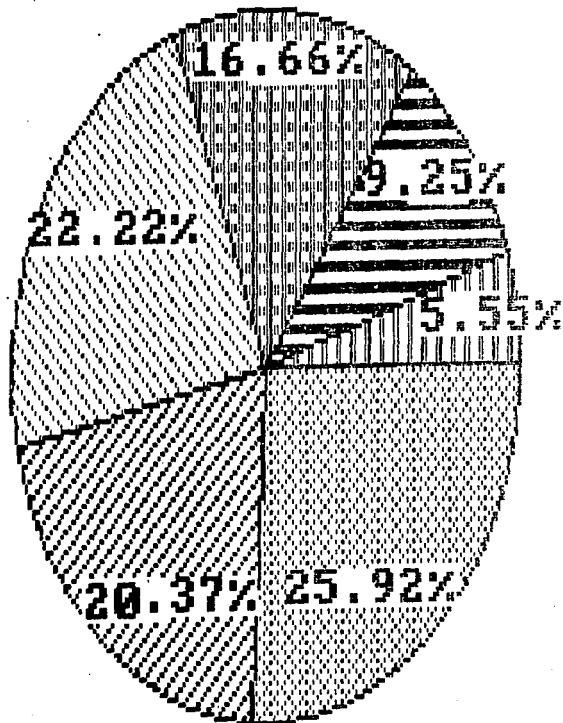
<b>NUMERO DE GESTAS</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5.55</b>
<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9.26</b>
<b>2</b>	<b>9</b>	<b>16.67</b>
<b>3</b>	<b>12</b>	<b>22.22</b>
<b>4</b>	<b>11</b>	<b>20.37</b>
<b>5 O MAS</b>	<b>14</b>	<b>25.93</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 9**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# DISTRIBUCION DEL NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON DISPLASIA

GESTAS



FUENTE: CEDULA DE INFORMACION DE DATOS.

**DISTRIBUCION DEL NUMERO DE PARIDAD EN PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>NUMERO DE PARIDAD</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	<b>6</b>	<b>11.11</b>
<b>1</b>	<b>7</b>	<b>12.96</b>
<b>2</b>	<b>11</b>	<b>20.37</b>
<b>3</b>	<b>15</b>	<b>27.77</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9.26</b>
<b>5 o MAS</b>	<b>10</b>	<b>18.51</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 10**

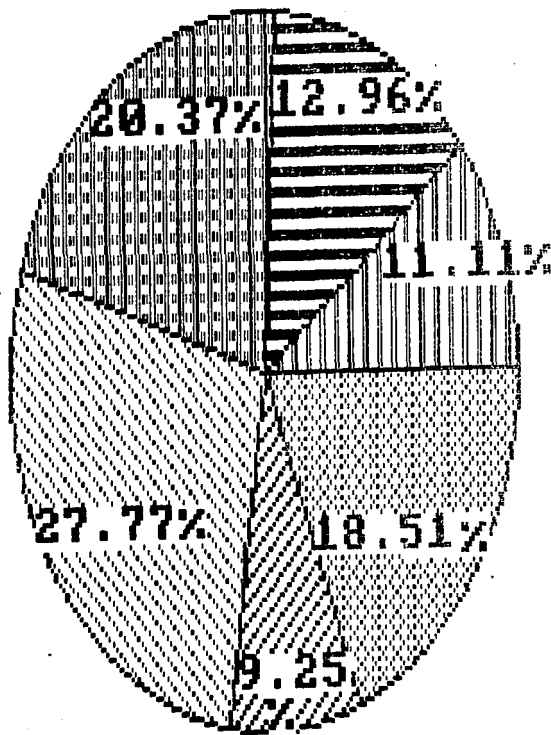
**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**



# DISTRIBUCION DEL NUMERO DE PARIDAD EN PACIENTES CON DISPLASIA

## PARIDAD

- ▨ 0
- ▨ 1
- ▨ 2
- ▨ 3
- ▨ 4
- ▨ 5 o MAS



FUENTE : CRDULA DE INFORMACION DE DATOS.

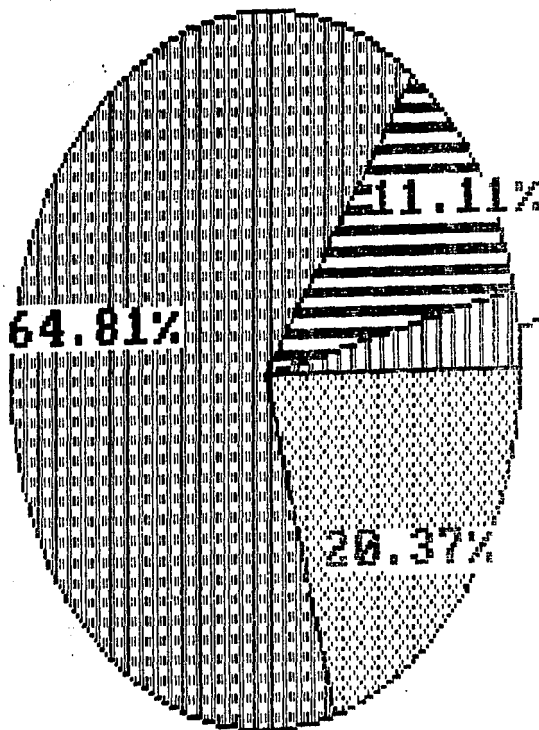
**NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>NUMERO DE COMPANEROS</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>35</b>	<b>64.82</b>
<b>2</b>	<b>6</b>	<b>11.11</b>
<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3.70</b>
<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>5 o MAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NO REPORTADOS</b>	<b>11</b>	<b>20.37</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 11**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN PACIENTES CON DISPLASIA



No. COMPANEROS

3

2

1

4

5 o MAS

NO REPORTADOS

FUENTE: CEDULA DE INFORMACION DE DATOS.

**RESULTADOS CITOLOGICOS DE LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

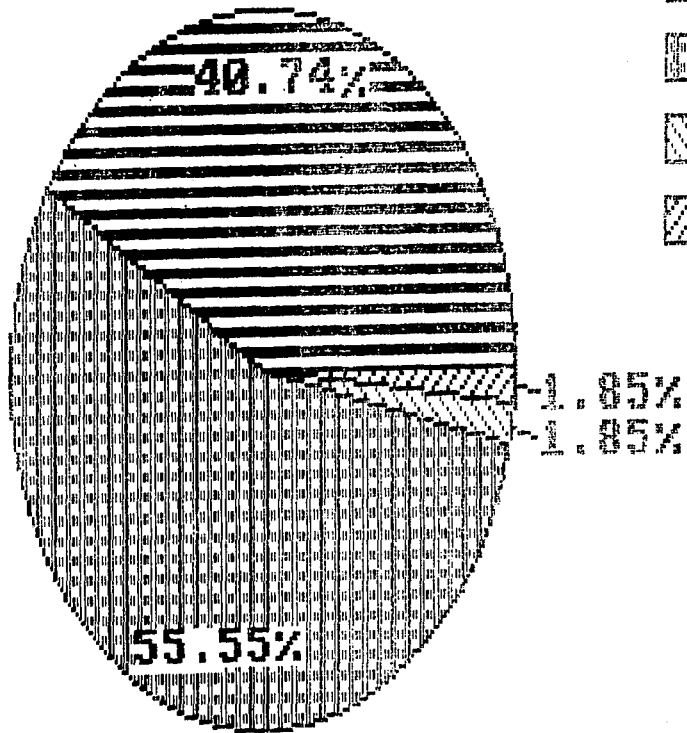
<b>RESULTADO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>NEGATIVO I</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NEGATIVO II</b>	<b>22</b>	<b>40.74</b>
<b>NEGATIVO III</b>	<b>30</b>	<b>55.56</b>
<b>POSITIVO IV</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>
<b>POSITIVO V</b>	<b>1</b>	<b>1.85</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 12**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# RESULTADO CITOLOGICO DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA

- RESULTADO
- ▨ NEGATIVO I
  - ▧ NEGATIVO II
  - ▩ NEGATIVO III
  - ▦ POSITIVO I
  - ▧ POSITIVO II



FUENTE: Cedula de informacion de datos.

**TIPO DE DISPLASIAS DE LAS PACIENTES**

<b>TIPO DE DISPLASIA</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>38</b>	<b>70.37</b>
<b>MODERADA</b>	<b>12</b>	<b>22.22</b>
<b>SEVERA</b>	<b>4</b>	<b>7.41</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 13**

**FUENTE: CEBULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

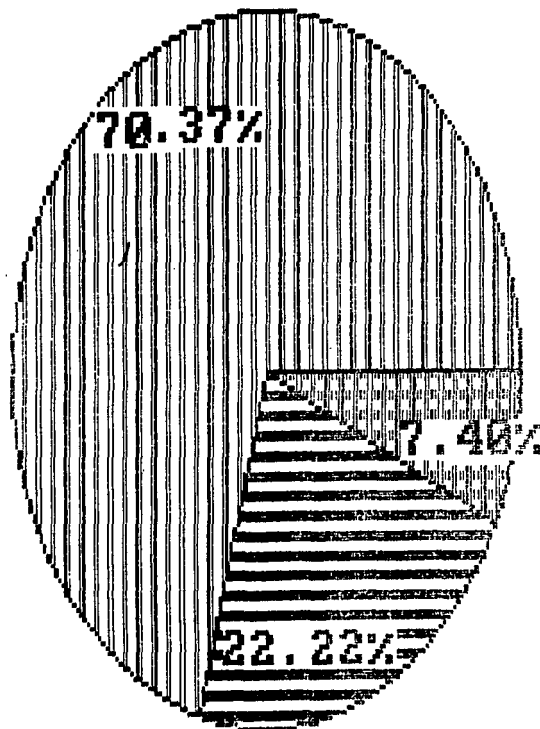
# TIPO DE DISPLASIA DE LAS PACIENTES

T I P O

LEVE

MODERADA

SEVERA



FUENTE: Cedula de recolección de datos.

**DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LAS PACIENTES  
CON DISPLASIA**

<b>DIAGNOSTICO CITOLOGICO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>C.A. IN SITU</b>	<b>1</b>	<b>1.86</b>
<b>SIN ALTERACION</b>	<b>53</b>	<b>98.14</b>
<b>SIN RESULTADO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL TAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 14**

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**



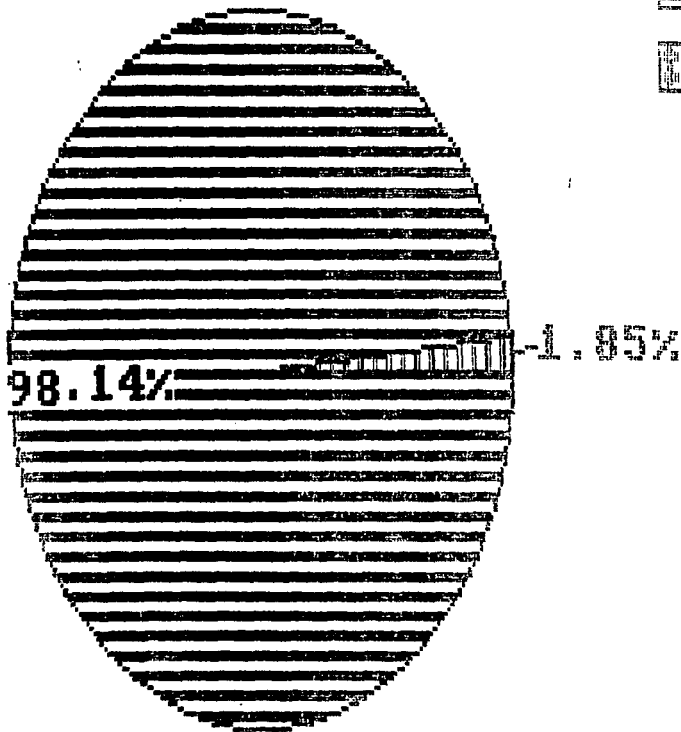
# DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA

## DX. CITOLOGICO

▨ C.A IN SITU

▨ SIN ALTERACION

▨ SIN RESULTADO



**PACIENTES CON DISPLASIA QUE PRESENTAN MENOPAUSIA**

<b>MENOPAUSIA</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>5</b>	<b>9.26</b>
<b>NO</b>	<b>49</b>	<b>98.74</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 15**

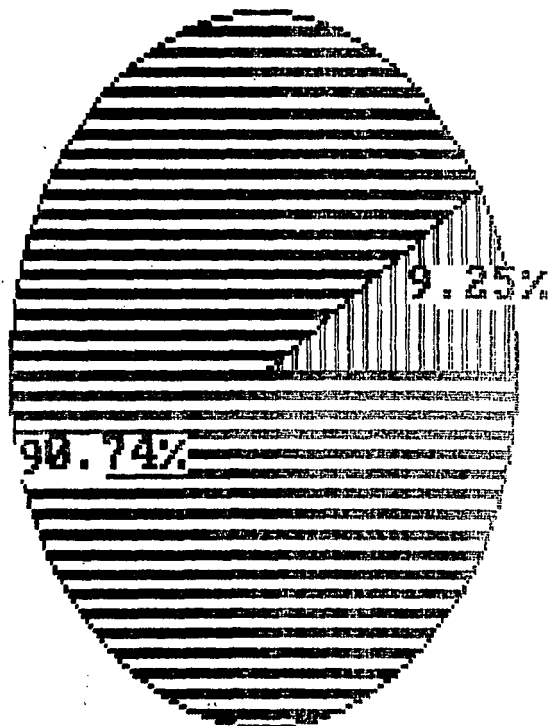
**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

# PACIENTES CON DISPLASIA QUE PRESENTAN MENOPAUSIA

MENOPAUSIA

SI

NO



FUENTE: CSDOLA DE INFORMACION DE DATOS.

## ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de este estudio nos dan a conocer las lesiones precursoras existentes con más frecuencia en la población de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio y su relación con los grupos etareos con las displasias.

La revisión realizada durante los meses de junio a octubre de 1995, de los estudios citológicos cervicouterinos nos reportan un 12 % de displasias de un total de 624 pacientes estudiadas, este resultado es muy alto comparado con otro estudio realizado por la Secretaría de Salud (12) en el que alcanza el 1.5 % de resultados de displasias en 1580 pacientes asintomaticas.

La edad de las pacientes estudiadas variò de los 15 a 49 años de edad, siendo más frecuente las displasias en el grupo etareo de mujeres de 35 a 39 años de edad, que corresponderian a la historia natural del cáncer cèrvico uterino que es uno de los padecimientos que ocupa los primeros lugares dentro de las diez principales causas de mortalidad femenina en México (12, 13), la detección de las fases preclínicas del cáncer cervicouterino por la prueba de papanicolau (13), estas lesiones precursoras se clasifican con el término genérico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), antes conocida como displasia y ahora más

recientemente denominada lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado de acuerdo a la clasificación histológica de Bethesda (10), su diagnóstico y seguimiento específico de estas lesiones es una consecuencia a la mortalidad o la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

La edad de inicio de la vida sexual en nuestro estudio en nuestras pacientes con displasia correspondió entre los 13 a 18 años de edad, siendo que uno de los factores de riesgo es la actividad sexual desde edad temprana (18).

Las alteraciones celulares encontradas en pacientes con displasia en nuestro estudio son las células basales de erosión del tipo inflamatorio, que correspondería a la pérdida de uniformidad individual y desorientación arquitectónica (2).

Las 18 pacientes con displasia, en nuestro estudio presentaron alteración del patrón microbiano, siendo con mayor frecuencia el patrón baciliforme, seguido del mixto y sin reportarse los agentes virales, esto hace notar que debiera tomarse el proceso infeccioso como un factor de riesgo (19, 20, 21, 22, 24), así como los agentes virales no reportados en las citologías, ya que en los últimos 10 años el virus del papiloma humano se ha incrementado considerablemente y que los tipos 16 y 18 DNA del HPV tienen relación con la producción de displasias y del cáncer

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

cervical.

(19, 20, 21)

La distribución del número de gestaciones en pacientes con displasia, se reportó en 14 pacientes con un número de 5 o más gestaciones, la cual corresponde como una evidencia de un factor de riesgo para la presencia de displasias.

(6)

El número de paridades en las pacientes con displasia no correspondió a la de mayor número de paridades como se establece en los factores predisponentes (5), los reportados corresponden a un número de tres paridades, por lo que no se tendrá como factor predisponente a displasia en este estudio.

El número de compañeros sexuales en pacientes con displasia, se presentó en nuestro estudio en 35 pacientes con un sólo compañero sexual, esto no correspondería como un factor predisponente (18, 19, 20), a las displasias, ya que podríamos establecer que no existe promiscuidad y por lo tanto los cuadros de infecciones serían menos frecuentes, y no así las reportadas con mayor número de compañeros sexuales que establecería como un factor de riesgo (18).

En cuanto al uso de métodos de planificación familiar llama la atención que en nuestro estudio son reportados 23 pacientes con displasias las cuales cuentan con el método de obturación tubarica bilateral (otb), seguida con nueve pacientes con uso de

dispositivo intrauterino el cual puede causar una irritación local crónica, tomando esto como un factor de riesgo para las displasias y no encontrando una explicación a las del método definitivo.

Cabe señalar que a todas las pacientes en este estudio y que resultaron con displasias se turnaron al Hospital de apoyo, para su diagnóstico por biòpsia confirmatoria.

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio realizado en la Clínica de 1er. nivel de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E., se encontro a 54 pacientes con Displasias de un total de 538 muestras.

El tipo de displasia más frecuente encontrada en nuestro estudio correspondio al tipo leve en 38 pacientes.

Encontrandose como factor de riesgo en las pacientes con displasia: la multiparidad, el inicio de la vida sexual que abarca de los 12 a los 18 años de edad con mayor frecuencia, el número de gestación que van de 5 o más, y la edad que es de 35 a 39 años.

El método de Planificación Familiar encontrado fue el definitivo (obturación bilateral).

En nuestro estudio la patologia por displasia son cifras más altas, lo que es verdaderamente alarmante pues estas lesiones pueden terminar en un cáncer cervicouterino.

El resultado reportado en nuestro estudio nos lleva a pensar que los resultados dados por los citólogos tengan falsas positivas (por falta de experiencia del citólogo), así como también se debiera investigar los factores causantes de tan altas cifras como son las infecciones por virus del papiloma humano, en el que nos



interesa conocer el tipo de virus existente por VPH ya que en la última década esta sería una de las causas que elevarían las displasias.

Solicitar al citólogo reporte el tipo de virus del VPH si es de bajo riesgo (tipo 6 y 11), o de otro tipo que debiera de indicarse, para dar un seguimiento de acuerdo a lo reportado.

De las displasias detectadas en la Unidad de Medicina Familiar se encontró una correlación de las posibles causas etiológicas de las establecidas en este trabajo, ya que la edad en que se presenta el cáncer cervicouterino esta entre los 35 a 44 años de edad, nuestro estudio reporta que las lesiones que pueden anteceder al cáncer cervicouterino lo encontramos con un porcentaje de 24.07 % en 54 casos con displasia, con una edad entre los 35 a 39 años de edad.

La localización de las pacientes con displasias deben de realizarse por medio de el Departamento de Trabajo Social, esto muestra una baja de educación en la salud en nuestra población, ya que por si misma no se interesan en su salud.

La creación de Clínicas de patología cervical preventiva con colposcopistas competentes, preparados para un diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino es necesario e imperioso, de lo contrario la toma de citologías

son inútiles, ya que el tratamiento y seguimiento de estas pacientes no se realiza.

Cabe mencionar que no existen tratamientos antiinflamatorios efectivos locales, para el tratamiento de displasias y el del virus del papiloma humano.

Realizar estudios posteriores (menos de 3 meses), en casos reportados con virus del papiloma humano en las pacientes con displasias por virus tipo 6 y 11 (bajo riesgo).

En virtud de todo lo anterior es conveniente hacer notar que desde el punto de vista normativo es necesario contar dentro de la Clínica de Medicina Familiar con un servicio especializado, donde existan normas específicas para el diagnóstico, control y seguimiento de las displasias detectadas en la Unidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- DICCIONARIO ENCICLOPEDIA SALVAT  
TOMO 4 1983  
PAG. 1096
- 2.- DOSS, LEOPOLD  
DISPLASIA  
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY  
VOL. 51 No. 3 MARCH  
1978
- 3.- REYNA HINOJOSA ET. AL.  
DISPLASIA CERVICAL SEVERA  
ANALISIS DE 42 CASOS  
GINECO OBSTET MEX.  
VOL 48 SEPT. 1980
- 4.- LUJANO MORALES JESUS  
TESINA EVOLUCION CLINICA DE LAS  
DISPLASIAS DETECTADAS EN LOS  
PAPANICOLAUS CERVICOVAGINALES  
DURANTE 1983 EN UNA UNIDAD DE  
1ER. CONTACTO  
MEXICO, D.F. 1986
- 5.- VILLA SANTA H.  
DIAGNOSIS AND PRONOSIS OF CERVICAL  
DYSPLASIA  
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY JOURNAL  
VOL. 38 No. 6 DECEMBER 1971
- 6.- TORRES Y COLS  
CANCER CERVICOUTERINO. EVIDENCIAS A FAVOR  
DE UNA ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL  
GINEC. OBST. MEX. 1987 55; 11-22

- 7.- MENDEZ V.  
CONDILOMATOSIS CERVICAL Y SU RELACION  
CON CARCINOMA INVASOR  
GINEC. OBSTET. MEX. 1988 56; 237-42
- 8.- RONK DAVID  
EVALUATION OF ABNORMAL CERVICAL  
CYTOLOGY  
OBSTETRIC AND GYNECOLOGY  
VOL. 49, No. 5 MAYO 1977
- 9.- STANLEY L. ROBBINS  
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL  
ED. INTERAMERICANA  
CAP. 1 - 5  
PAGS. 152 - 153 - 17
- 10.- MILLER A.E.  
NEOPLASIAS DE CUELLO UTERINO  
PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER  
CERVICOUTERINO  
AÑO 1993
- 11.- ALBERTO MANETTA, DR. MANJITA BHDUMIK  
EXCISION AMPLIA CON ASA EN LA ZONA DE TRANSFORMACION  
PROPUESTA ALTERNATIVA PARA TRATAMIENTO DE NEOPLASIA  
CERVICAL INTRAEPITELIAL.  
MUNDO MEDICO SEPT. 1994 VOL. XXI. NUM. 245
- 12.- SECRETARIA DE SALUD DE LA MUJER EN MEXICO  
CIFRAS COMENTADAS  
PROGRAMA NACIONAL "MUJER, SALUD Y DESARROLLO"  
MEXICO 1990
- 13.- LA DETECCION CITOLOGICA EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER  
1988  
PROGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD 1988

- 14.- CERVICAL PAPILOMAVIRUS INFECTION AND CERVICAL DYSPLASIA IN HISPAC, NATIVE AMERICAN AND NON-HISPANIC WHITE WOMEN IN NEW MEXICO.  
BECKER TM WHEELER CM MCGOUGH NS JORDAN SW DORIN M MILLER J.  
DEPARTMENT OF MEDICINE, SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF  
NEW MEXICO, ALBUQUERQUE 87131.  
AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
MAYO 1991  
VOL. 81 (5) P. 582-6
- 15.- THE ROLE OF BETA-CAROTENE AND OTHER DIETARY FACTORS IN THE AETIOLOGY OF CERVICAL DYSPLASIA: RESULTS OF A CASE-CONTROL STUDY.  
DE VET HC KNIPSCHILD FG GROL ME SCHOUTEN HJ STURMANS F.  
DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY/HEALTH CARE RESEARCH, UNIVERSITY  
OF LIMBURG, MAASTRICHT, THE NETHERLANDS.  
INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY  
SEPTIEMBRE 1991  
VOL. 20 (3) P. 603-10
- 16.- CERVICAL CARCINOGENESIS AND CONTRACEPTION  
MISRA JS ENGINEER AD DAS K TANDON P  
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY, K.G. S MEDICAL  
COLLEGE LUCKNOW, INDIA  
DIAGNOSTIC CYTOPATHOLOGY  
1991  
VOL. 7 (4) P. 346-52
- 17.- QUALITY-ASSURANCE STUDY OF SIMULTANEOUSLY SAMPLED, NON- - -  
CORRELATING CERVICAL CYTOLOGY AND BIOPSIES  
DODD LG SNEIGE N VILLARREAL Y FANNING CV STAERKEL GA CARAWAY  
NF SILVA EG KATZ RL.  
DEPARTMENT OF PATHOLOGY, UNIVERSITY OF TEXAS M.D. ANDERSON  
CANCER CENTER, HOUSTON 77030-4095.  
DIAGNOSTIC CYTOPATHOLOGY  
1993  
VOL. 9 (2) P. 138-44

- 18.- DR. CHARLES E. DRISTOLL  
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR CONTACTO SEXUAL  
INFECTOLOGIA No. 8 PAG. 389 - 397
- 19.- DRA. BARBARA STORY  
CONDILOMA ACUMINADO EPIDERMICO CON  
POTENCIAL MALIGNO  
INFECTOLOGIA No. 3  
MARZO 1989
- 20.- DR. ATSUSHI TAMAKA. TATSUO NODA  
IDENTIFICATION OF A TRNASFORMING GENE OF HUMANO  
PAPILLOMAVIRUS TYPE 16  
JOURNAL OF VIROLOGY, VOL. 63 No. 3  
MARZO 1989
- 21.- DRA. MARY A. BEDELL  
KATHERINE H. JONES  
IDENTIFICATION OF HUMAN PAFILLOMAVIRUS TYPE 16 - 18  
TRANSFORMING GENES IN IMMORTALIZED AND PRIMARY CELLS  
JOURNAL OF VIROLOGY  
VOL. 63 No. 3 PAG. 1247 - 1255  
MARZO 1989
- 22.- DRA. ATTILA T. LORINEZ. ALLISON P. QUINN  
CONING AND PARTIAL DNA SECUENCING OF TWO NEW HUMAN  
PAPILLOMAVIRUS TYPES ASSOCCATED WITH CONDYLOMAS AND  
LOW-GRADO CERVICAL NEOPLASIA  
JOURNAL OF VIROLOGY  
VOL. 63  
PAG. 2829 - 2834  
JUNE 1989
- 23.- DR. WILLIAM C. REEVES. Mc MARIANA GARCIA  
INFECCION DE PAFILLOMA VIRUS HUMANO Y  
CANCER CERVICAL EN AMERICA LATINA  
INFECTOLOGIA No. 11 ANO 9

- 24.- DR. STEVER R. GROSSMAN; RENE MORA.  
INTRACELULAR LOCALIZATION AND DNA BINDING PROPERTIES  
OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS TYPE 18 E6 PROTEIN EXPRESSED  
WITH A BACULOVIRUS VECTOR  
JOURNAL OF VIROLOGY  
VOL. 63 No. 11  
JAN 1989
- 25.- DRA. PATRICIA J. Mc NICOL, FERNANDO B. GUIJON  
COMPARISON OF FILTER IN SITU DEOXY RIBONUCLEIC ACID  
HIBRIDIZATION WITH CYTOLOGIC, COLPOSCOPIC EXAMINATION  
FOR DETECTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION IN  
WOMEN WITH CERVICAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA  
AM OBSTET GYNECOL 1989  
PAG. 160 - 265 - 270