

11226

191
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA CLÍNICA No. 2 I.S.S.S.T.E.
GUADALAJARA, JALISCO

DATOS PATOLÓGICOS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y
FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN LAS PACIENTES CON CÁNCER

CERVICOUTERINO E.

POLEACIÓN ACADÉMICA JALISCO
SUBDELEGACIÓN MÉDICA

LIBRO No. 02 - 37

Folio

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

FECHA DE EXPEDICIÓN 03-07-00 02196
Presenta:

[Firma]



DRA. MARÍA MARCELA MAYARIM TORRES LÓPEZ



GUADALAJARA, JALISCO 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

280883



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.

**DATOS PATOLÓGICOS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y FACTORES DE
RIESGO QUE PRESENTAN LAS PACIENTES CON CÁNCER
CERVICO-UTERINO**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

DRA. MARÍA MARCELA MAYARIM TORRES LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DATOS PATOLÓGICOS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL Y FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN LAS PACIENTES CON CÁNCER CERVICO-UTERINO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

DRA. MARÍA MARCELA MAYARIM TORRES LÓPEZ

DR. FILIBERTO MARTÍNEZ NAVARRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA CLÍNICA No. 2 DEL I.S.S.S.T.E. EN JALISCO

DR. FIDEL CORTINA LUNA
ASESOR DE TESIS PROFESOR DE LA CÁTEDRA DE GINECOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

DRA. LUZ MARÍA JUÁREZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.

29 JUN. 2000
V. o. B. o.

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis asesores de tesis la Dra. Luz María Juárez y el Dr. Fidel -
Cortina Luna por su valiosa ayuda.

A mi esposo Javier por su amor, comprensión y apoyo incondicional
en todos los momentos de mi vida.

A mis hijos Javier y Francisco a quienes amo y son la principal -
razón de existir, espero que esto les sirva de ejemplo para compren-
der que siempre existe un motivo por el cual luchar.

A mis padres: por ese amor y ejemplo de lucha incanzable.

A mis hermanos, en especial a Gaby por el siempre estar presente -
y a Claudia por su gran apoyo en la terminación de este trabajo.

Y a todos aquellos que de alguna manera u otra participaron en la -
realización.

mil gracias



INDICE

	PAGINA
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
JUSTIFICACION	29
OBJETIVOS	31
METODOLOGIA	32
RESULTADOS	37
DISCUSION	46
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	53



I.- SALUD Y DINAMICA FAMILIAR:

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que mediante la transmisión de creencias y valores de padres e hijos, todo proceso acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que desaparece esta influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.

Se define a la Familia Sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. (Atención 1 a. Vol. . 10. Núm. 2 Julio -Agosto 1992)

La familia para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y la de estos con el medio exterior.

El mantenimiento de su homeostasia es requisito indispensable para ejercer sus funciones, y utiliza todos sus recursos para mantenerla.

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar conviene destacar dos por su importancia; en primer lugar, los cambios, obligados, que se producen en el transito de una etapa a otra en el ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes como lo es la repentina aparición de una enfermedad terminal en uno de los miembros de la familia, en este caso la madre.

El cambio en el interior esta dado por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades de la persona enferma que requiere ser atendida, ya que buena parte del tiempo estará bajo el cuidado de los familiares, es decir, dependerá de ellos.

El papel del Médico Familiar será evaluar la presencia de enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. (Atención Primaria Vol. 18 Núm. 6, 15 de Octubre 1996).

La familia tiene que movilizar sus mecanismos de ajuste interno que les permita enfrentarse a la enfermedad, sabemos que si la enfermedad aparece en los momentos de cambio del ciclo vital, los ajustes serán más problemáticos, así mismo si la enfermedad aparece en forma progresiva la familia dispone de cierto tiempo para reajustar sus estructuras, sus roles y adaptarse a la realidad.

Los cambios en el interior de la familia dependerán:

- De las características propias de cada familia.
- De la etapa en que se encuentre.
- Del momento de la vida del paciente.
- Del lugar que ocupe en la familia.
- Del tipo de cáncer y su tratamiento.

En general las características de la estructura de la familia con un enfermo terminal son las siguientes:

Los límites entre subsistemas se hacen más permeables, tienden a diluirse, permitiendo que el enfermo se vuelva el centro del sistema, alrededor del cual giran los demás miembros, se modifican las jerarquías, los roles; el subsistema conyugal puede perder importancia frente al parental, el miembro o los miembros de la familia que están a cargo del paciente pueden estar sobrecargados de funciones, seguido de un estado de depresión, pueden aparecer en la familia conductas disfuncionales en otros miembros como podrían ser drogas, depresión, bajo rendimiento escolar. Las familias que son incapaces de sobrellevar y adaptarse a las dificultades de la vida, son más rígidas, se estacan y quedan gobernadas por reglas estereotipadas, interacciones pobres y poco flexibles, son familias poco autónomas y subsisten con mucha angustia y tensión. Aun así hay familias que logran manejar adecuadamente la situación

catastrófica, se adapta a los cambios, siguen las indicaciones medicas, organizan sus tiempos y se ayudan mutuamente.

Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, lo que le impide resolver el problema. La llegada de apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo, de acuerdo con las necesidades que precise cada caso, la llevara, tras una fase de adaptación a un funcionamiento equilibrado.

Cuando los apoyos son insuficientes o inadecuados, se mantendrá la crisis, y para salir de ella se recurre a recursos extrafamiliares. Su importancia dependerá, en parte de la calidad y extensión de su red social. El Medico Familiar es un importante recurso extrafamiliar. Si los apoyos extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y normalidad. Por el contrario si los recursos son insuficientes se pasara a una fase de inadaptación, que obligara a poner en marcha mecanismos de defensa que colocara a la familia en un equilibrio patológico o disfunción, y que llegara en casos limite a la ruptura familiar. (El enfermo crónico y su familia Editorial Cemic. 1987)

Por lo anterior expuesto y conociendo que el CANCER CERVICO UTERINO detectado en etapa temprana es 100% curable es importante involucrar a la familia, en especial a la mujer y su pareja en la prevención del mismo con un estudio accesible e inocuo como lo es la TOMA ANUAL DE LA CITOLOGIA VAGINAL.

II. CANCER CERVICOUTERINO

Las primeras referencias sobre el cáncer del útero aparecieron en el papiro Edwin Smith en el año 1700 a. C. Hipocrates (460-377 a. C.C) Era. Conocedor de enfermedad y señalaba que cuando estaba muy avanzada era incurable MC KAY 1901 Los Romanos incorporaron las enseñanzas de los Griegos a su practica medica y Sorano (98-138 D.C.) Era uno de los primeros autores en mencionar el uso de la "DIOPTIA" O ESPECULO VAGINAL (Ricci 1945).

El Cáncer era conocido y fue mencionado en la literatura medica existente a lo largo de muchos años. Ambroise Pare (1510-1590) de Francia, utilizaba el especulo para explorar el cáncer uterino y recomendaba la amputación del cérvix en dichos casos. Nikolas Tulpius (1593-1674), realizo la primera de dichas operaciones en 1652.

Los libros de los principios del siglo XIX discutían el cáncer cervical observando que las mujeres en cualquier edad estaban sujetas a riesgo. Se hiciera tratamiento o no la **“Excrecencia en Coliflor”**, pronto llevaba a un final fatal. (Burns 1813, Dewees 1826); Dado que la cirugía y la anestesia aun no se habían desarrollado, el tratamiento consistía en la sangría de la paciente o mediante la aplicación de sanguijuelas sobre el cérvix enfermo. La apariencia microscópica y microscópica así como las formas más iniciales de cáncer cervical fueron descritas por Rudolph Virchow en 1858 y John Williams en 1886 (Ricci 1945) estas lesiones superficiales fueron descritas de nuevo por Cullen y otros investigadores. El denominado **“Carcinoma Superficial”** o **“Carcinoma intraepitelial”**, posteriormente denominado **“Carcinoma Insitu”** por Broders en 1932. En 1962 Reogan y Cols. Introdujeron el termino **“ Displasia “** Un nuevo cambio se produjo cuando Richart introdujo la terminología de la Neoplasia Cervical Intraepitelial en 1964.

Natural History of cervical Neoplasia

Vol. 175 Número 4 Parte 2 AMJ Obstet Gynecol 1996

EPIDEMIOLOGIA:

El Estudio Epidemiológico más destacable sobre Cáncer Cervical fue descrito en Italia. El profesor Domenico Rigiona Stern (1842) se Verona analizo la mortalidad por cáncer basándose en las muertes de aquella ciudad entre 1760 y 1839. Encontraba una frecuencia más elevada de cáncer de mama entre las mujeres solteras y las monjas, en comparación con las mujeres casadas o las viudas. También descubrió que el cáncer cervical no era frecuente en mujeres solteras y era muy raro en monjas. Este último hallazgo fue confirmado por Gagnon (1950) en un estudio de Monjas en Quebec, Canadá. Nuevas observaciones sobre la relación del comportamiento sexual y la incidencia de la Neoplasia Cervical eran sugeridas por Broussasis (1826) y posteriormente en este siglo por Virchow (1863).

Las teorías sugerían que los desgarros recurrentes, las infecciones y erosiones asociadas con la multiparidad y los malos cuidados obstétricos eran factores etiológicos. Se observó una incidencia elevada en las clases socioeconómicas más bajas y también entre las multíparas y mujeres no blancas, Vineberg (1906) describía que el cáncer cervical era veinte veces más frecuente en las mujeres no Judías, no fue hasta 1935, en que se observó la asociación entre circuncisión y cáncer cervical. En 1953 Rojel de Dinamarca observaba una incidencia más alta entre las prostitutas; Rotkin en 1973 valoraba los estudios epidemiológicos en el Cáncer Cervical e indicaba que había una serie de características relacionadas con el comienzo de la enfermedad:

- A) Edad precoz del primer coito.
- B) Compañeros sexuales múltiples.
- C) Frecuencia del coito.
- D) Paridad.

En la actualidad sabemos que la mortalidad por tumores malignos se ha incrementado considerablemente; La Urbanización y la Industrialización causan cambios en el estilo de vida, que dan por lugar el aumento de estos padecimientos.

Desde el punto de vista Epidemiológico el Cáncer Cervico Uterino ha sido ampliamente estudiado, así se han publicado muchos estudios Epidemiológicos referentes a los factores ambientales que se correlacionan de una manera significativa con la frecuencia de Cáncer Cervico Uterino.

La iniciación de la actividad sexual antes de los 20 años de edad, exposición a más de un compañero sexual masculino y tabaquismo; se relacionan con una frecuencia importante de Cáncer de Cuello Uterino; no obstante es probable que la mujer en riesgo reducido aparente, se encuentre realmente ante uno de importancia si el compañero varón es promiscuo. El tabaquismo parece exacerbar el riesgo, independientemente de otros factores. La presencia o ausencia de la circuncisión masculina podría no ser un factor de riesgo para esa clase de Cáncer.

La infección por VHP es la más frecuente de las transmitidas sexualmente, debido quizá a los cambios en la conducta sexual. Se considera que el 2% de las mujeres en edad fértil tienen VHP

y 30% de ellas con actividad sexual están infectadas, alrededor de 25-65% de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren y solo de 60-80% de los infectados a nivel anal informan una relación ano genital. La transmisión es generalmente de tipo sexual, aunque se sugieren otros como la autoinoculación, fomites, iatrogénica durante la misma exploración ginecología y anal con el mismo guante, instrumental mal esterilizado, y en mujeres núbiles esto ha sido confirmado por medio de técnicas moleculares como la relación en cadena de la polimerasa (PCR).

La edad más frecuente en que se presentan los condilomas es entre los 16 y 25 años, se desconoce su historia natural y establecer la forma de transmisión es difícil; sin embargo, el intervalo entre la exposición y la detección de condilomas varía de tres semanas a ocho meses con una media de tres meses, lo cual tiene importancia al buscar los contactos y compañeros sexual previo y no el actual ya que este pudo haber sido el origen del contagio.

No todas las persona con verrugas genitales o infecciones subclínicas presenta neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o Cáncer, puede persistir, crecer o involucionar espontáneamente, la regresión espontánea depende de la inmunidad celular. El ritmo de la regresión espontánea en la mujer ocurre en un 30% en tres a seis meses, una verruga raramente dura más de cinco años; por lo que se puede considerar que la historia natural de la enfermedad y el poder oncogénico del VPH son impredecibles.

El Cáncer Cervico Uterino se presenta más a menudo en las mujeres Multiparas que en las Nulíparas; las Multiparas usualmente inician tempranamente la vida sexual activa y la edad precoz del primer contacto es etiológicamente más importante. Por lo que se respecta a la edad, las etapas preinvasoras se observan entre los 25 y 40 años, mientras que la incidencia máxima para las neoplasias invasoras ocurre entre los 40 y 50 años.

Existe una mayor incidencia en mujeres provenientes de esferas sociales bajas, entre las cuales son usuales la promiscuidad, un deficiente aseo personal, cervicitis crónica, matrimonio temprano, multiparidad mala información respecto a los programas preventivos.

ETIOLOGIA

En la primera mitad del siglo XIX los médicos relacionaban el comienzo del Cáncer con el **Estrés**. Copleson en 1970, fue el primero en proponer una acción carcinogénica para el ADN espermático incorporado a las células cervicales inestables. En 1976 Singer y Cols, sugirieron que la protamina, una proteína de la cabeza espermática interfería con los mecanismos reguladores que controlan normalmente la célula introduciendo así los cambios neoplásicos.

DIETILESTILBRESTOL: Un artículo relacionaba la ingesta de "DEB" materno al comienzo del embarazo con el desarrollo de la adenocarcinoma de células claras en hijas adolescentes, estimulo la investigación acerca de si la adenosis vaginal era una lesión precancerosa (HERBST y COLS, 1971) . Algunos estudios encontraron una incidencia doble de neoplasia escamosa y de lesiones intraepiteliales en las mujeres expuestas a dietilestilbrestol.

CLAMIDIA Y HERPES:

Nail y Cols. En 1969 demostraban que el virus del herpes simple tipo II se encontraba con más frecuencia en pacientes con evidencia citológica de displasia cervical. *Rawls y Cols.* En 1970 descubrían anticuerpos frente al virus del herpes simple genital en pacientes con carcinoma de cérvix.

Pareco y Cols. En 1975 descubrían un aumento de 14 veces en la incidencia del carcinoma intraepitelial en pacientes inmunodeprimidas.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:

En la actualidad los datos inmunológicos sugieren una relación importante entre neoplasia cervical intraepitelial y virus del papiloma humano, de tal manera que el VPH puede ser "Causal" o "Casual".

HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO:

La primera descripción de las verrugas se encuentran en los escritos de Celso (25 d.C.) En 1793, Bell reconoció que las verrugas no estaban relacionadas con la Sífilis. Después de aclarar el origen de la Gonorrea gracias al aislamiento del Gonococo en 1879, se considero causa de las proliferaciones epiteliales verrucosas en los genitales a irritantes, como el polvo, el esmegma o secreciones genitales. El origen viral de las verrugas fue postulado por primera vez por Ciuffo en 1907, quién se produjo verrugas en las manos al inyectarse con material de verrugas que había hecho pasar por un filtro con poros tan pequeños que solo podía implicarse a los virus. La introducción de la microscopía electrónica en medicina en el decenio de 1940 hizo posible la observación directa de partículas vírales en tejidos y demostró la teoría del origen virál de las verrugas.

Strauss y Cols. En la Yale University identificaron el virus del papiloma cutáneo.

La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1954 por Barret y en 1956 Hoss y Durfee acuñaron el término **"ATIPIA COILOCITICA"**.

Hasta los últimos años del decenio de 1960 se creía en general que las verrugas vulgares, las verrugas planas juveniles y las verrugas genitales eran producidas por el mismo virus del papiloma, y que las diferencias en su aspecto morfológico y clínico se debían a la diversa localización anatómica.

Papanicolaou fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas, con el término de "Halo Perinuclear" en 1960. En 1969 Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos de VPH y Meilsses postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de VPH en 1976; En ese año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, lo que condujo a Gissman, Pfister y Zur Hausen a identificar 4 tipos de diferentes VPH en 1977. En 1983 ocurrió un suceso importante que relaciono al VPH con Cáncer cuando Durst identifico ácido Desoxirribonucleico (DNA) de VPH en cánceres cervicales, sin embargo, la primera descripción de esta asociación fue descrita por Lewandowski y Lutz en 1922 en un paciente con epidermodisplasia.

Durante el coito con un compañero infectado, ocurre inoculación en sitios de traumatismo microscópico. Inicialmente el virus existe como un plásmido extracromosómico autoreplicante denominado episoma. Las proteínas especificadas por los genes virales tempranos producen un brote inicial de replicación episómica apareciendo otros genomas virales. Por lo tanto puede ser un periodo de incubación que varía de 6 semanas a 8 meses; Después de casi 9 meses los pacientes se dividen en 2 grupos: Las que continúan en remisión clínica sostenida y las recaen hacia la expresión activa persistente de la enfermedad (Sub-grupo con mayor probabilidad de neoplasia). (Figura N°1)

Abrief Synopsis of the role of human papilloma virus in cervical carcinogenesis AMJ Obstet Gynecol October 1996 Vol. 175

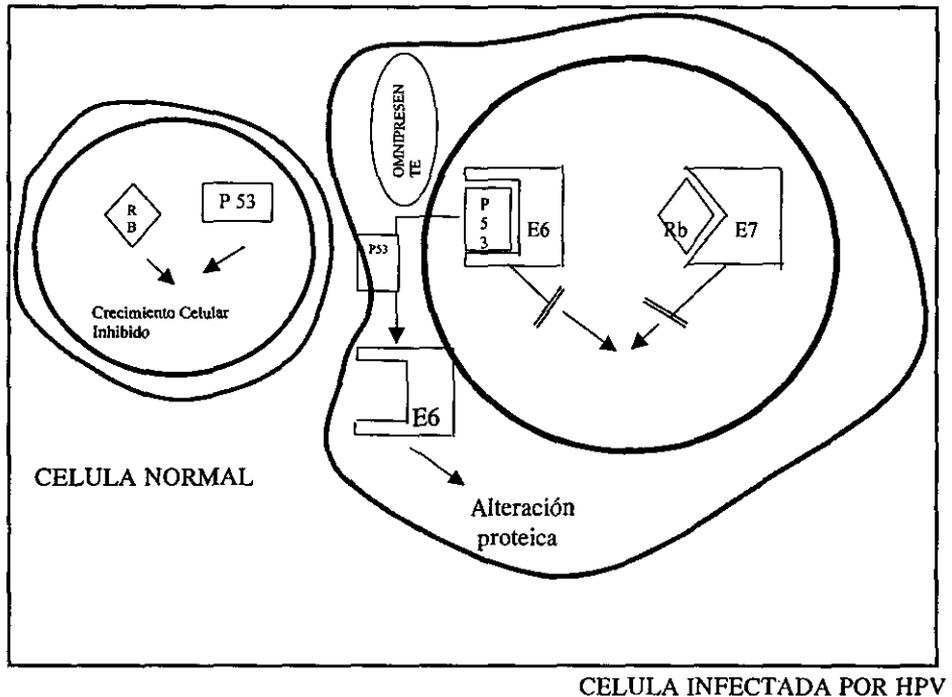


Figura N°1

En la actualidad existen más de 70 tipos de VPH identificados, aproximadamente 30 tipos se han asociado a trastornos de la región anogenital, y de estos treinta, 10 han sido identificados en los especímenes de carcinoma cervical.

Estos tipos son: 16 – 18 – 31 – 33 – 35 – 39 – 45 – 51 – 52 – 56 y 58.

Los tipos 6 y 11 se relacionan con el condiloma acuminado y los tipos 16 y 18 descubiertos mediante la prueba de Southern Blot en un 60% de los carcinomas invasivos del cuello uterino, ya que sus códigos E6 y E7 son oncogénicos comprobándose que las proteínas de estos inactivan la función de las proteínas oncosupresoras humanas P53 y PRB respectivamente.

Así también se ha venido investigando que las pacientes con Cáncer cervical con VPH 18 tienen un peor pronóstico, así como grado de recurrencia que las infectadas por VPH 16.

Aún cuando los tipos 6 y 11 del VPH se relacionan con lesiones benignas (verrugas o displasias de menor grado, en especial NIC I) y las clases 16 y 18 con displasias más graves y carcinoma in situ (NIC II) se informa la presencia de una frecuencia también elevada de estos dos últimos tipos en el tejido normal del cuello uterino (Cox y Asociados, Macnaub y Cols.). (Figura N°2)

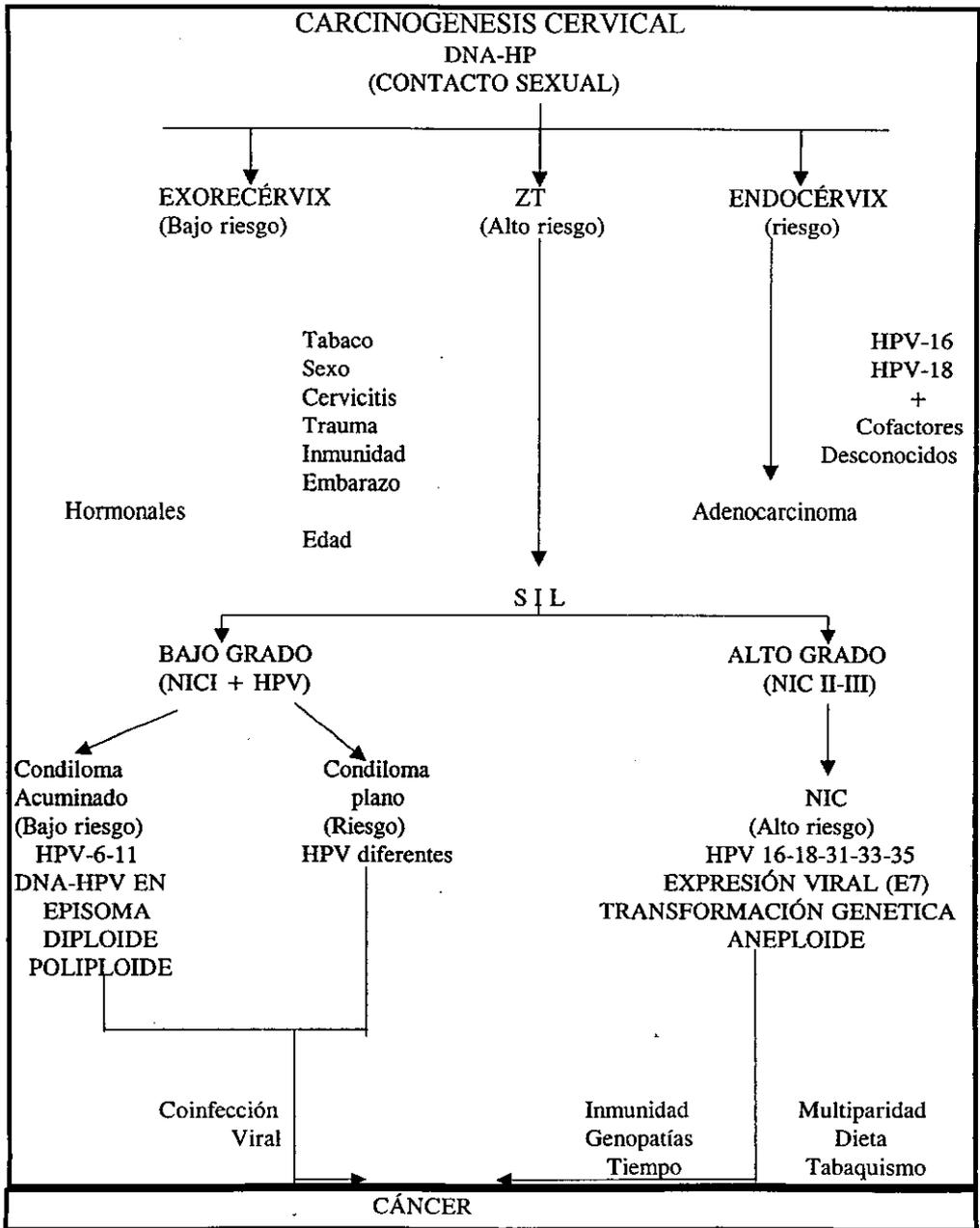


Figura N°2

CITOLOGIA:

Los primeros descubrimientos en citología Alfred Donne detallaba su investigación sobre el moco, sangre y pus; Descubrió las trichomonas vaginalis en las secreciones vaginales en las secreciones vaginales (1836) así mismo describía la presencia de espermatozoides en las secreciones vaginales. Johannes Muller, fisiólogo Berlines es considerado como el iniciador de la citología clínica; Escribió una monografía sobre "On the nature and structural characteristics of cáncer. And those morbid growths that may be confounded whit it". En 1840, conteniendo los criterios microscópicos para la distinción fundamental entre los tejidos benignos y malignos.

En 1847 F.A. Pouchet observaba los aspectos de las células en las secreciones vaginales, en relación a los diferentes estadios del ciclo menstrual, llevando así las primeras bases de la "Citología Hormonal". A Rudolph Virchow se le acredita el concepto de que el organismo humano era un estado celular (cada célula viene de otra célula) Virchow estaba seguro de que el proceso de la enfermedad y del cáncer tenían lugar en la célula individual.

En 1917 Gerge Nicolás Papanicolaou y Stockard descubrieron que los frotis citológicos tomados de la vagina mostraban cambios celulares que podrían ser utilizados para el momento de la ovulación.

La primera descripción exacta de un ciclo vaginal, basada en un estudio de citología exfoliativa, fue la de un médico mexicano originario de Cocula, Jalisco. El Doctor **Eliseo Ramírez** en el año de 1928.

Shiller (1927-1928) documentaba que el diagnostico de carcinoma cervical podía hacerse ya en situaciones de atipia citológica pura, sin evidencia de crecimiento invasivo y de esta manera destacaba el concepto de **FASE PREINVASIVA** del carcinoma. En 1927 Daniel y Aurel Babes describen a la Bucharest Gynecological Society, la técnica mediante la cual los frotis Cervico vaginales se obtenían mediante una asa de platino y se teñían con giemsa. En 1941 Papanicolaou y Herbert Traut, escribían un artículo sobre el valor diagnostico de los frotis vaginales en el cáncer uterino. (Ann Journal Of Obst. And Gynecology, 1941). En 1942 desarrolla un método de tinción que lleva su nombre **PAPANICOLAOU**; En 1943 publican una

monografía ilustrada basada en un estudio de más de 3000 casos, de los cuales 127 tenían un cáncer de cérvix y 7 tenían una lesión precoz escamosa intraepitelial.

Investigadores como Meigs (1943) Ayre (1944), Jones Y Cols. (1945) Aplicaron la técnica, confirmando así los hallazgos de Papanicolau. En 1946 Ayre comparo la citología cervical y vaginal en el diagnostico de la neoplasia cervical, y comprobó que los frotis cervicales daban una información más exacta. Diseño una espátula de madera que tenía una forma especial para recoger células de la unión escamo columnar del cérvix.

Papanicolau y Cols. Introdujeron un sistema de clasificación para informar los frotis cervicales en 1948.

En este tiempo la clasificación de los extendidos citológicos (Atlas of Exfoliative Cytology) de Papanicolaou en 1954 incluía 5 grados:

Grado I	Negativo
Grado II	Atípico Inflamatorio
Grado III	Sospechoso
Grado IV	Fuertemente sugestivo de malignidad
Grado V	Característico de malignidad

Luego surgieron otras clasificaciones y sistemas de valoración y como consecuencia las comparaciones entre diferentes centros citológicos resulto difícil. Los diferentes sistemas de clasificación también fueron la causa de errores de interpretación de los resultados citológicos del manejo inadecuado de mujeres con citologías cervicales anormales.

British Society for Clinical Cytology publico recomendaciones sobre la terminología (Spriggs y Cols en 1978, Evans y Cols. 1986) aprobadas por el Intercollegiate Working Party sobre examen citológico cervical (1987) se recomendaba que un examen citológico cervical consistiera de: una precisa descripción de las células presentes en términos claramente definidos y generalmente aceptados, una predicción del cuadro histológico; y una recomendación para el manejo de la paciente.

Se recomendaba que si existía alguna anomalía nuclear debería constituir la base del diagnóstico. Si no había anomalías nucleares en el extendido, se consideraba negativo. Anomalías nucleares que podían variar desde los mínimos grados generalmente asociados a los procesos inflamatorios, hasta las anomalías más marcadas asociadas con la neoplasia cervical intraepitelial o en el carcinoma invasor.

Se utilizó el término **DISCARIOSIS** para describir las anomalías nucleares que se consideraban mayores que las encontradas en cuadros inflamatorios y que indicaban que era probable llegar a un diagnóstico de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o carcinoma invasivo en el estudio histopatológico de la biopsia. Considerando que el grado de Discariosis se correlacionaba con la severidad del cuadro histológico, se clasificó en:

Discariosis leve (CIN Grado I)

Discariosis moderada (CIN Grado II)

Discariosis severa (CIN Grado III y carcinoma invasivo)

En 1988 se propuso el sistema **BETHESEDA** como sustituto de la clasificación de papanicolaou. (National Cancer Institute WorkShop 1989).

Este sistema ha venido a estandarizar la nomenclatura de citología cervical, ya que la clasificación citológica previa presentaba fallas en los conceptos histopatológicos modernos, así mismo el sistema **BETHESEDA** ha venido a aumentar notablemente el número de pruebas de papanicolaou clasificadas como mínimamente anormales. Comúnmente las citologías con anomalía mínima incluyen:

- a) Células escamosas atípicas de significado indeterminado. (**ASCUS**)
- b) Lesiones intraepiteliales de bajo grado .
- c) Lesiones atípicas de células glandulares.

a) ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

La literatura Pre BETHESEDA utiliza el término **ATIPIA** para describir cualquier cambio benigno de neoplasia cervical intraepitelial; El término ASCUS se introduce en el sistema BETHESEDA reemplazando el término ATIPIA.

ASCUS se define como anomalías de las células escamosas no atribuibles a cambios reactivos aislados, sin tener una característica completa de una lesión escamosa intraepitelial. Cuando se identifica una causa específica (Tal como cambios reactivos por tricomoniasis), el diagnóstico citológico de ASCUS es calificado como "A favor de proceso reactivo".

El virus del **PAPILOMA HUMANO (VPH)** esta asociado con la (CIN) en el 75% de los casos.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, sugiere toma de papanicolaou cada seis meses por dos años; El papanicolaou anual puede instituirse después de tres papanicolaou consecutivos satisfactorios.

Si el ascus se repite después de dos años de observación evaluar con colposcopia utilizando ácido acético.

El ascus asociado con inflamación severa más causa identificada de infección evaluar a la paciente cada tres meses.

b) LESIONES INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO

Incluyen un alargamiento nuclear con halo perinuclear que puede ocurrir un epitelio normal o si existe infección cervical presente. Esta lesión es frecuente en los casos de afección por VPH

c) CELULAS GLANDULARES ATIPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO.

Recientemente la prevalencia de adenocarcinoma insitu se ha incrementado en mujeres jóvenes; motivo por el cual la presencia de un frotis con células endocervicales displásicas en el cual no se aprecian claramente los cambios escamosos debe ser valorado adecuadamente por un citopatológico experto para confirmar el diagnóstico.

Durante los últimos 50 años la mortalidad por cáncer Cervico uterino ha disminuido, esto gracias a los programas públicos de salud establecidos, basados principalmente en la historia natural de la neoplasia cervical y la importancia del virus del papiloma humano en la patogénesis del cáncer Cervico uterino se basan en la importancia de localizar neoplasia cervical intraepitelial grado III o CA. Insitu, consideradas como lesiones precursoras del cáncer invasor. Así mismo en los últimos 30 años se ha venido aceptando que tanto las lesiones intraepiteliales (NIC Grado I, II y III) progresan a estados previos a carcinoma invasor.

La citología comenzó a trabajar en el Instituto Nacional de Cancerología, en el año de 1948, en condiciones modestas y aplicada solo a una parte del aparato genital femenino.

En 1940 la Secretaría de Salubridad y Asistencia inicia en México un organismo llamada "Campaña de lucha contra el cáncer"; posteriormente para 1962 el IMSS y en 1964 el I.S.S.S.T.E., establecen el programa de DETECCIÓN OPORTUNA DEL CANCER (Manual de Normas y Procedimientos 1985). Los antecedentes de la campaña de cáncer Cervico uterino llevada a cabo por la secretaria de salud en el estado de Jalisco, inicia sus actividades el 10 de Mayo de 1955 con la Dra. Jacinta Curiel y el Dr. Roberto Vázquez Pallares, pero no fue hasta julio de 1975 cuando esta institución inicia el programa de una manera organizado. Por otra parte la sociedad americana de cáncer (ACS), llamo al año de 1957 "Año del cáncer uterino", y empezó a recomendar el estudio anual con el frotis de papanicolaou. En 1942 la ACS, formo el grupo nacional de trabajo para cáncer uterino "Papanicolaou para todas las mujeres", con la política específica de que todas las mujeres de 20 años de edad o mayores y aquellas menores de 20 años de edad pero con riesgo al padecimiento, deberían acudir para un frotis de papanicolaou cada año.

Valor de la Citología Cervico Vaginal en el Cáncer Cervico Uterino Cancerología Vol. 38 Octubre-Diciembre 1992

Controversia sobre el Papanicolaou Revista el médico general y los problemas de la mujer Marzo 1990

Interim Guide lines for Management of Adnormal Cervical Citology. Jama The journal of The American Association Jun. 1994

ASPECTOS PATOLOGICOS

Dado a la falta de divisiones bien delimitadas las lesiones Precancerosas denominadas displasias, se han agrupado actualmente con el término de neoplasia cervical intraepitelial (NIC) Grado I leve, Grado II moderada y Grado III severa o cáncer insitu.

El término cáncer Cervico uterino (CACU) abarca un grupo de entidades diferentes.

ADENOCARCINOMA:

Surge en aproximadamente 10-15 % de los casos, originado en el epitelio mucoso cilíndrico del endocervix y glándulas endocervicales. A simple vista estos tumores suelen observarse en el endocervix y crecer de manera ulcerativa o papilar. En ocasiones se convierten en pólipos; tienden a crecer en capas profundas del estroma cervical antes de erosionar la porción externa del cervix, y suelen permanecer asintomáticas hasta la etapa avanzada.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

El carcinoma de células escamosas del cérvix abarca 85-90 % de los cánceres cervicales y puede clasificarse de manera arbitraria en tres grados histológicos básicos:

GRADO I. El carcinoma de células escamosas bien diferenciado se compone de laminas y cordones de células con citoplasma acidofilo abundante, puente intercelulares claramente visibles. La formación de la perla epidermoide es característica de estos tumores, son escasas las mitosis y constituyen el 5% de los cánceres cervicales de células planas.

GRADO II. Esta es la variedad más frecuente y se caracteriza por masas y cordones de células planas ahusadas, con núcleos alargados y citoplasma escaso sus mitosis son frecuentes. Corresponden a esta categoría el 85% de los carcinomas de células planas.

GRADO III. Son tumores indiferenciados con índice de crecimiento rápido, mitosis numerosas y células con núcleos hacinados y citoplasma escaso. Estos tumores son de difícil diagnóstico en cuanto a su origen en células planas y comprenden casi el 10% de las neoplasias cervicales de este tipo.

ASPECTO MACROSCOPICO

A medida que la neoplasia invade los tejidos, se expande localmente y crece fuera de la porción externa del cérvix y en el estroma del endocervix. Los tumores exofíticos son más frecuentes (64% de los casos) que los endofíticos o ulcerativos. Es característico que haya una masa mucosa friable, granular y de color rojo o amarillo con centro en el orificio externo del cérvix, lo que causa destrucción de la porción externa del cuello uterino. La lesión puede estar ulcerada y cubierta con una superficie necrótica en parche, o tener un exudado purulento sanguinolento o seroso. Es usual que sangre con facilidad ante traumatismos leves los tumores endofíticos suelen ser engañosos en el examen vaginal y tienen como única manifestación el agrandamiento del cérvix, sin ulceración ni daño evidente del epitelio en su porción externa.

DISEMINACION TUMORAL EXTRACERVICAL

EXTENSIÓN VAGINAL: El tumor de aspecto micótico friable puede diseminarse hacia el exterior, en los fondos de saco y pared vaginal.

EXTENSIÓN LATERAL: Es frecuente en uno o ambos ligamentos cardinales, cuando ocurre en estos sin extensión a la pared pélvica, se clasifica en la etapa II b.

EXTENSIÓN ENDOMETRIAL: Aunque llega a ocurrir de manera directa, es infrecuente.

DISEMINACIÓN LINFÁTICA: Ocurre incluso con tumores en fase inicial. La neoplasia tiende a llegar a la luz del conducto linfático y propagarse en esta por extensión directa. Fragmentos diminutos del cáncer se desprenden y alojan en el siguiente ganglio linfático, donde mueren o continúan su proliferación y destruyen dicha estructura. Después se desprenden émbolos

tumorales que llegan al siguiente ganglio linfático o, en caso de obstrucción al flujo de linfa en el primer ganglio, ocurren metástasis retrogradas. Los ganglios más afectados son los paracervicales, hipogástricos, obturadores e iliacos externos, que reciben el calificativo de primarios. Es menos frecuente la afección de los llamados ganglios secundarios, o sea los sacros, iliacos primitivos, aortícos e inguinales. Las metástasis ganglionares tienen índices de 15,30,50 y más de 60% en las etapas I, II, III Y IV, respectivamente.

INVASIÓN DE LOS VASOS SANGUINEOS: Ocurre con la linfática y, aunque suele diagnosticarse incluso con tumores en fase inicial, es más extensa en etapas más avanzadas. La invasión de vasos sanguíneos y linfáticos permite la diseminación a partes distantes. Casi el 30% de las mujeres que fallecen a causa de cáncer cervical sufren metástasis hepáticas, pulmonares, esplenicas y en contados casos de otros órganos.

DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICAL

Es imprescindible recordar y señalar a las pacientes la importancia de la pérdida sanguínea irregular o no cíclica uterina, incluido el goteo postcoital, intermenstrual y la hemorragia postmenopáusica, fenómenos que suelen indicar una lesión cervical, estas consideraciones son de importancia decisiva en la atención del cáncer cervical, dado que los síntomas generales y convencionales de dolor y disminución ponderal no contribuyen a salvar a pacientes con cáncer uterino, por que sólo están presentes en casos avanzados y usualmente incurables.

FASE INVASIVA: Es indudable que la presencia de una lesión ulcerada, friable y protuberante en el cérvix obliga a efectuar biopsia inmediata. La palpación bimanual permite evaluar la infiltración cervical, protusión tumoral y extensión vaginal. Evaluar con precisión la extensión de la neoplasia es imperativo para que la clasificación clínica tenga sentido y se administre el tratamiento correcto.

CLASIFICACIÓN CLINICA:

La convención internacional de clasificación clínica permite comparar los resultados de tratamientos entre instituciones y definir protocolos terapéuticos en un centro clínico. El término **ETAPA** se refiere a la extensión clínica de la enfermedad: El de **CLASE**, a los resultados del frotis citológico, y el de **GRADO**, a la diferenciación del tumor en el examen histológico.

ETAPAS

ETAPA 0: Carcinoma insitu o intraepitelial

ETAPA I: Carcioma limitado al cérvix.

ETAPA Ia. Carcinomas cervicales preclínicos, diagnosticados solo con examen microscópico.

ETAPA Ia1: Invasión mínima del estroma, evidente con el microscopio.

ETAPA Ia2: Lesiones detectadas con el microscopio y mensurables. El límite superior del tamaño debe ser profundidad e invasión de más de 5mm. Medida desde la base del epitelio del cual se origina, sea superficial o glandular.

ETAPA Ib: Lesiones son dimensiones mayores que la etapa I a2, se aprecien clínicamente o no. Debe registrarse si existe afección vascular.

ETAPA II: Carcinoma con extensión extracervical, sin que afecte la pared pélvica hay infección vaginal que no abarca el tercio inferior.

ETAPA IIa: Sin afección parametrial aparente.

ETAPA IIb: Afección parametrial evidente.

ETAPA III: Carcinoma que se extiende a la pared pélvica, a la palpación rectal no se identifica un espacio sin afección cancerosa entre el tumor y la pared pélvica. La neoplasia abarca el tercio inferior de la vagina.

Incluye todos los casos con hidronefrosis o insuficiencia.

ETAPA IIIa: Sin extensión a la pared pélvica.

ETAPA IIIb: Extensión a la pared pélvica, con hidronefrosis o sin ella, o con insuficiencia renal.

ETAPA IV: Carcioma con extensión más allá de la pelvis verdadera, o afección clínica de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no basta para la clasificación en esta etapa.

ETAPA Iva. Diseminación a órganos adyacentes.

ETAPA Ivb: Diseminación a órganos distantes.

TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICAL

FASE PREINVASIVA: La NIC puede extirparse por completo con la biopsia o destruirse por electrocauterización, criocirugía o cirugía con láser.

El tratamiento del cáncer cervical insitu se basa en las expectativas de reproducción de la paciente. En general se prefiere la operación a la radioterapia, dado que es menor la morbilidad, mayor la preservación de tejidos normales y destrucción ovarica, e inexistente el problema de la radioresistencia. Si la mujer todavía esta en edad de gestar, desea tener hijos y su ecuanimidad y responsabilidad permiten tenerla en observación, se recomienda la cotización. (Figura N°3)

FROTIS DE PAPANICOLAU ANORMAL

**Cérvix normal con ácido acético al 3%
Examen macroscópico**

**Colposcopia
Raspado endocervical**

Biopsia dirigida

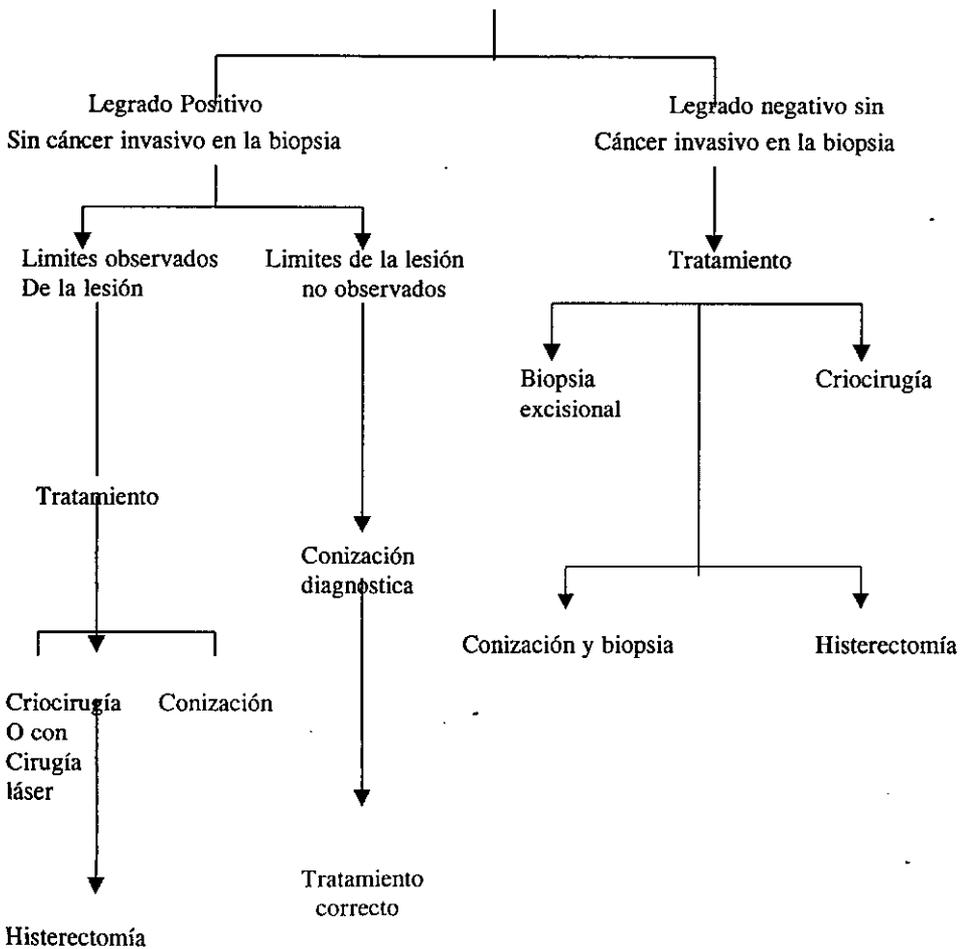


Figura N°3

FASE INVASIVA: Al considerar los principios terapéuticos contra el cáncer cervical, debe recordarse que la clasificación clínica no define de manera estricta los límites de la enfermedad.

Muchos cánceres cervicales son radiosensibles y la radioterapia es más o menos la norma en muchos centros clínicos, pero la operación es preferible con lesiones en fase inicial en mujeres jóvenes y por lo demás sanas, dado que con esta modalidad quedan tejidos con mejor estado de preservación al paso de los años.

En Estados Unidos, la decisión entre histerectomía radical y radioterapia se aplica únicamente a cánceres de etapas I o II a. En etapas más avanzadas lo más conveniente es el tratamiento de primera elección con radiaciones, cuando en realidad se tienen las dos opciones terapéuticas, hay que informar a la paciente sobre los métodos y posibles complicaciones de ambas, y considerar seriamente sus preferencias en la decisión final. Entre los factores que influyen para optar por la operación radical se incluyen el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica o intestinal, con coexistencia de embarazo en el primer trimestre; Antecedentes de operaciones pélvicas que puedan haber causado adherencias del intestino delgado fijas en el campo de irradiación y juventud relativa. La decisión de aconsejar radioterapia suele basarse en la edad avanzada, obesidad y enfermedades médicas graves.

La histerectomía radical es una operación técnicamente difícil que requiere juicio quirúrgico experimentado, además de las habilidades técnicas convencionales dado que implica la excisión del útero, oviductos, tercio superior de la vagina todos los tejidos parametriales a ambos lados y ganglios linfático pélvicos de los cuatro grupos principales; ureterales, obturadores, hipogástricos e iliacos. La magnitud y complejidad de esta intervención quirúrgica puede juzgarse con base en el conocimiento de que tales tejidos están limitados y bordeados por organismos importantes, como los intestinos, vejiga, ureteres y grandes vasos con trayecto pélvico.

El cáncer de etapas avanzadas se acompaña del problema de un alto porcentaje de casos con diseminación en ganglios linfáticos aórticos, el tratamiento de estos con radioterapia se acompaña en algunos estudios clínicos con aumento de los índices de complicaciones sin incremento proporcional en los de curación. En última instancia, el tratamiento de este grupo de

pacientes suele requerir la adición de una modalidad general, como quimioterapia o inmunoterapia. A pesar de que se dispone de agentes quimioterapéuticos desde hace muchos años, han sido objeto de pruebas mínimas en el tratamiento del carcinoma cervical. Su administración a pacientes con estos cánceres que reciben tratamiento inicial con operación extensa, acompañada o no de radioterapia, es difícil a causa de la disminución de la vascularidad pélvica, insuficiencia renal por afección de los ureteres y trastornos de la médula ósea por el tratamiento previo. Un problema adicional es la cicatrización pélvica, que no permite evaluar adecuadamente la enfermedad y la respuesta terapéutica. En estudios clínicos recientes con el cisplatino (Cis-Diamindicloroplatino) se comprobó que el medicamento tiene actividad contra el carcinoma de células planas del cérvix y podría ser benéfico en mujeres con enfermedad avanzada. Se ha informado de índices de respuesta al cisplatino de hasta 50% en algunos estudios clínicos.

En caso de enfermedad central que no responde a radioterapia, la exenteración pélvica puede hacer posible la curación de pacientes con enfermedad local de carácter tan masivo que amenace con la compresión Ureteral, Uremia, y a la vez que quede limitada a la pelvis sin metástasis. Las pacientes deben de ser idóneas para la curación porque la operación no se justifica con fines paliativos, dadas la morbilidad e incapacitación que la acompañan. Puede esperarse que casi 50% de las pacientes debidamente seleccionadas no tengan recurrencias de la enfermedad.

PRONOSTICO DEL CANCER CERVICAL:

Es muy favorable en mujeres con neoplasias, al grado de poder esperar un índice de curación del 100% de las lesiones en etapa 0. Aunque es menos esperanzador conforme avanza el Cáncer, el tratamiento médico moderno origina los índices de curación siguientes:

85, 50 a 60, 30 y 5 a 10% con las etapas I- IV, respectivamente. Es evidente que cuanto más pronto se diagnostiquen y traten las lesiones, tanto mayores serán las probabilidades de curación.

RECURRENCIA Y CAUSAS DE MUERTE POR CANCER CERVICAL:

Del total de recurrencias del cáncer cervical, 90% ocurren, 90% ocurren en los dos años siguientes al tratamiento. Los sitios más frecuentes son la Pelvis, Ganglios Periaorticos, Hígado y Pulmones. Después del tratamiento la vigilancia debe incluir exámenes periódicos de la pelvis (incluido el frotis de Papanicolaou), abdomen y tórax.

El Cáncer Cervical produce muerte por Uremia, infección o Hemorragia, La Uremia deriva de compresión Ureteral por la neoplasia y tejido fibroso, lo cual produce Hidronefrosis y Pielonefritis. Esta es la causa mas frecuente de muerte, no solo en pacientes con Cáncer Cervical no tratado (60%), sino también en las tratadas (50%). La infección puede ser un absceso pélvico local, o diseminarse al peritoneo o torrente sanguíneo: en este último con muerte por choque a causa de Endotoxinas Bacterianas. La infección origina casi (40%) de los fallecimientos. Muchas de estas enfermas también sufren inanición grave: La hemorragia incontrolable produce el deceso en 2 a 7% de los casos.

Mortality from cervical carcinoma in México. Acta citológica. Vol. 40 May-Jun 1996

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1988 se propuso el sistema BETHESEDA como sustituto de la clasificación del papanicolaou (National Cancer Institute Workshop 1989).

Sistema que vino a estandarizar la nomenclatura de la citología cervical, aumentando notablemente el numero de pruebas de papanicolaou clasificadas como mínimamente anormales.

Las citologías con anormalidad mínima incluyen:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado. ASCUS termino que se define como a favor de proceso reactivo.
- Lesiones intraepiteliales de bajo grado. Lesiones que incluyen un alargamiento nuclear con halo perinuclear que pueden ocurrir en epitelio normal o infección cervical presente.
- Lesiones atípicas de células glandulares.

Recientemente la prevalencia de adenocarcinoma insitu se ha incrementado en mujeres jóvenes; motivo por el cual la presencia de un frotis con células endocervicales displasicas en el cual no se aprecian claramente los cambios escamosos debe ser valorado adecuadamente por un citopatologo experto para confirmar el diagnostico.

Así mismo el termino de NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC I II y GRADO III O CARCINOMA INVASIVO), se refiere a las anomalías nucleares encontradas.

El inicio de vida sexual en edades tempranas, la falta de información en la población adolescente sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual en especial el virus del papiloma humano, considerado actualmente como agente casual o causal del cáncer Cervico uterino, la multiparidad, la promiscuidad, múltiples compañeros sexuales y la falta de conciencia sobre el control citológico anual son factores de riesgo encontrados en pacientes con cáncer Cervico uterino.

En algunos países incluyendo México, el desarrollo de programas de control y detección oportuna del Cáncer Cervico-Uterino, continua siendo inapropiado y una proporción significativa de mujeres con vida sexual activa continúan sin hacerlo con los riesgos para su vida y los correspondientes desequilibrios para la familia.

La mortalidad del Cáncer de Cérvix depende del momento del diagnóstico, mujeres diagnosticadas en etapas tempranas a través de su citología tienen mayor supervivencia que las diagnosticadas al desarrollo de los síntomas.

En 1992 el Sistema Nacional de Salud en México otorgó atención médica a 8,960 casos nuevos de Cáncer Cervico-Uterino, lo que representó 50,856 días de estancia hospitalaria. El IMSS en 1992 realizó en la población general femenina 1,022,862 citologías, cubriendo así solo el 14% de la población. El número de muertes por Cáncer Cervico-Uterino en el área metropolitana de la ciudad de México se estimó en 9.5/100,000 mujeres.

El Cáncer Cervico-Uterino representa un problema de salud pública en México, ya que es la neoplasia más frecuente, constituyendo el 37% de todos los cánceres en la mujer; lo que significa un alto índice de mortalidad, así como un gran costo de atención. Por otra parte el Cáncer Cervico-Uterino es generalmente considerado como un trastorno de evolución lenta; sin embargo el fenómeno de progresión rápida existe (frecuentemente en pacientes con Cáncer Endometrial. A quienes se les había tomado una deficiente muestra de Papanicolaou). Los síntomas ginecológicos son extremadamente importantes para alertar al clínico sobre la necesidad de corroborar las muestras de Papanicolaou tales como: Dolor, Leucorrea, Sangrado. Ya que la Leucorrea siempre es atribuible a trastorno infeccioso, así como el Sangrado lo es a una Hemorragia Uterina Disfuncional, motivos por los cuales la Colposcopia y la Biopsia ocupan un papel importante en estos casos donde el Papanicolaou es normal.

Colposcopia y Patología del tracto genital inferior Editorial Panamericana 1992

Durante catorce años de trabajo en la Unidad de Medicina Familiar de Miravalle adscrita a la Clínica #2 del ISSSTE, con un núcleo familiar bien definido y analizando la problemática de la misma, encontré que: La afección familiar por Cáncer Cervico-Uterino era sumamente estresante, ya que además de afectar a la familia en general con la experiencia de separación y pérdida que frecuentemente preceden al comienzo clínico de la Neoplasia; sobrevienen las

alteraciones en la función psicológica y las complicaciones Sexuales en la pareja ocasionadas por cambios en los tejidos o indirectamente por cambios hormonales para valorar el impacto Sexual del Cáncer Cervico-Uterino es importante determinar la Historia Sexual Previa, Personalidad, Variables Culturales, así como; Sitio, Estadio y Tratamiento del Cáncer.

En mi experiencia como Medico Familiar de esta Unidad quiero agregar, que hace cuatro años incluía a la Familia en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer. Inicialmente mediante platicas y rotafolios informativos y posteriormente, incluyendo a la pareja en la practica del estudio. ¿ Como? : Estando presente al momento de realizar la Toma, dándole oportunidad por si mismo de apreciar la lesión; esto ultimo incremento en forma notable la cooperación tanto en el tratamiento como en las visitas posteriores. Actualmente un gran porcentaje de mi población femenina acude a su toma de Papanicolaou refiriendo vengo porque me toca y porque mi esposo me envió.



La enfermedad que se investiga debe presentar una frecuencia en la población suficiente para que su detección precoz produzca una disminución significativa en la morbimortalidad. Además debe disponerse de un tratamiento apropiado y seguro, capaz de modificar el curso de la enfermedad. La Neoplasia Cervical es una enfermedad importante, que encuadra en la mayoría de estos criterios.

Habiendo otros métodos como la Colposcopia, con el cual se mejora la metodología diagnóstica, sobretodo los falsos negativos que acompañan al Papanicolaou, este continua siendo un instrumento valioso para la detección masiva y el diagnóstico precoz del CARCINOMA CERVICO-UTERINO y aún a pesar de ser un método que por múltiples causas no puede ser perfecto como lo son:

- 1) La casualidad que en el momento de la toma exista ó no descamación de células neoplásicas ó displásicas.
- 2) La técnica de la toma.
- 3) La conservación adecuada del material.
- 4) La capacidad del técnico para la preparación del material y desde luego el conocimiento y experiencia del Médico Citólogo.

Continua siendo un procedimiento de consultorio, no penetrante, inocuo que puede repetirse fácilmente si es necesario. Nos permite el estudio de grandes áreas del mismo sitio de una sola muestra.

Por otra parte la Citología Cervico-Vaginal tiene numerosas ventajas como: La toma de la Muestra, su Tinción e Interpretación. Son procedimientos baratos y sencillos en manos de Citólogos expertos, su veracidad es casi absoluta.

Miravalle es una colonia foránea de la ciudad de Guadalajara, formando también parte del municipio de Tlaquepaque, Jalisco. Datos estadísticos del INEGI 1995; Nos informaron que cuenta con 36,659 habitantes, de los cuales 12,478 equivalen a mujeres entre los 15 y 64 años de edad, que corresponde al 34% de la población

Laboro en la Unidad de Medicina Familiar ubicada en el FOVISSSTE MIRAVALLE desde hace 13 años y hasta la fecha no existe un estudio previo en esta colonia.



OBJETIVO GENERAL.

Identificar los datos histopatológicos de la citología Cervico-Vaginal y los factores de riesgo que presentan las pacientes con cáncer Cervico uterino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la edad promedio de las pacientes.
- Determinar los grupos de edad en la que inicia la vida sexual activa.
- Determinar los rangos de paridad de las pacientes.
- Identificar los métodos anticonceptivos utilizados
- Identificar los datos clínicos ginecológicos.
- Identificar los tipos histopatológicos encontrados en las pacientes



El presente es un estudio DESCRIPTIVO ya que sus datos básicos son la morbilidad y mortalidad en relación a un diagnóstico, se está describiendo el fenómeno en espacio, tiempo y población, así como se están identificando grupos de la población con un riesgo particular y factores asociados con la enfermedad. Así mismo es un estudio TRANSVERSAL, porque se están midiendo una o varias cohortes (grupo de personas definido por sus características personales, sexo femenino, edad, inicio de vida sexual activa, etc.) al mismo tiempo y en un momento preciso.

El tipo de familia aquí analizada fue en 500 mujeres 450 con familia nuclear constituida por padres e hijos, 17 familia extensa donde además de padres e hijos viven uno o dos abuelos y las 33 restantes familia extensa compuesta ya que habitan hasta dos matrimonios y familiares en la misma casa.

El universo de estudio fueron 500 mujeres con sus respectivas familias, y en todas ellas se realizó muestreo.

Nota: La contestación de encuestas y la toma de muestras fue con el conocimiento y autorización del paciente y su respectiva familia.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio transversal y descriptivo.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó a partir del 1ero. De Febrero de 1996 al 1ero. de Febrero de 1997, mediante un formato especial de encuestas por medio de las cuales se evaluó el grado de conocimiento acerca de los beneficios del papanicolaou, por parte de la mujer y su pareja. Se estudiaron 500 pacientes con su respectiva historia clínica y su toma de citología, las cuales fueron procesadas y analizadas por el Doctor Juan De La Cruz Ramírez Jaime, Médico adscrito al Departamento de Histopatología del Hospital Valentín Gómez Farías del ISSSTE, y el Doctor Aristeo Martín Díaz de la Clínica No. 89 de Jalisco.

◆ POBLACION

Mujeres derechohabientes y no derechohabientes del ISSSTE que oscilen entre los 15 y los 65 años de edad, que viven en la Colonia Miravalle.

◆ TIEMPO DE ESTUDIO

De febrero de 1996 a febrero 1997

◆ TIPO DE MUESTRA

Citología exfoliativa a todas las mujeres estudiadas.

Colposcopia al 20% de las mismas para corroborar el diagnóstico.

Llenado de las hojas de encuesta por todas ellas y únicamente el 40% de las parejas.

♦ **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

500 mujeres.

♦ **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Mujeres de 15 a 65 años que vivan en la Colonia Miravalle y con vida sexual activa.

♦ **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes histerectomizadas.

♦ **CRITERIOS DE ELIMINACION**

Pacientes que no cumplan con el adecuado llenado de sus hojas de encuesta y/o a sus citas para tomas de papanicolaou.

♦ **VARIABLES A RECOLECTAR**

Las variables recolectadas en un formato especial fueron:

1. Datos personales como: nombre, domicilio, teléfono y estado civil (estas por control en caso de anomalía citológica).
- 2.- Edad
- 3.- Menarca
- 4.- Características de su ciclo menstrual
- 5.- Inicio de vida sexual activa
- 6.- Número de compañeros sexuales.
- 7.- Fecha de la última menstruación
- 8.- Gestas
- 9.- Paras
- 10.- Abortos
- 11.- Cesáreas
- 12.- Método anticonceptivo actual o reciente

13.- SINTOMAS como:

- Leucorrea
- Dispareunia
- Sangrado al coito
- Dolor abdominal
- Metrorragias
- Flujo sanguíneo

14.- DATOS DE LA EXPLORACION FISICA

Valoración de las características generales del cuello uterino.

- Datos de ausencia o presencia de infección local
- Ectropión
- Ulceración
- Pólipo
- Leucoplasia
- Tumoración

♦ METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

La concentración de datos se destino en una libreta especial, donde se vaciaron los datos de cada paciente para posteriormente proceder a la presentación de cuadros y gráficas descriptivas.

◆ **RECURSOS HUMANOS**

- _ Médico en Adiestramiento de Medicina Familiar que tomó las muestras y llevó el control posterior de las pacientes.
- _ Médicos Histopatólogos del ISSSTE Y EL IMSS respectivamente; que procesaron y analizaron cada una de las muestras.

◆ **RECURSOS MATERIALES**

- _ Espejos vaginales
- _ Guantes
- _ Isopos estériles
- _ Espátulas
- _ Fijador
- _ Mesa de exploración ginecológica
- _ Portaobjetos
- _ Tela adhesiva
- _ Sábanas para las pacientes
- _ Papelería especial con las requisiciones de patología

◆ **FINANCIAMIENTO**

Este estudio no requiere de ningún costo adicional para la Institución ya que el programa de detección oportuna del cáncer se encuentra ya establecido; Únicamente se dio más enfoque a la población de la Colonia Miravalle.

◆ **ASPECTOS ETICOS**

El presente estudio, no conlleva a ningún riesgo para la paciente, por el contrario se ofrece el beneficio para la detección oportuna del cáncer Cervico uterino.

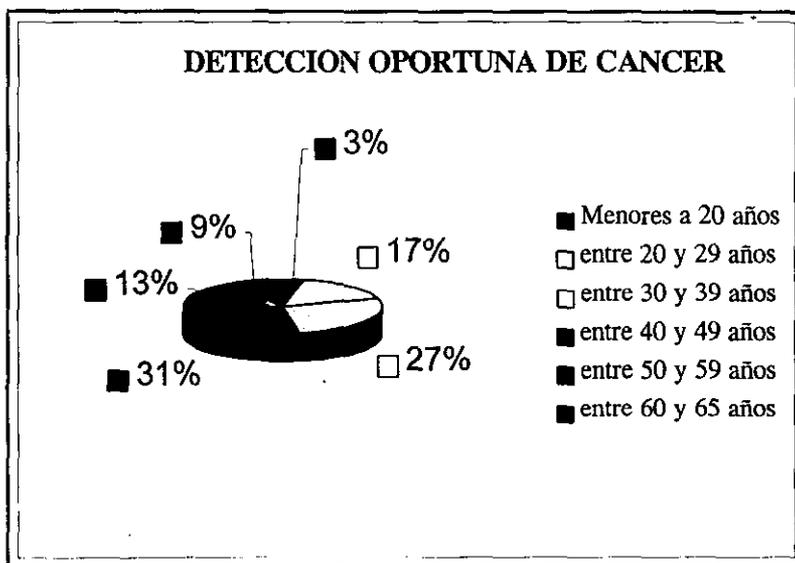


En el periodo comprendido del 1° de febrero de 1996 al 1° de febrero de 1997, se valoraron 500 pacientes, y cada una de las variables por separado, mismas que se presentan a continuación en forma de cuadros y gráficas.

CUADRO Y GRAFICA N° 1

Distribución por edades de 500 pacientes que acudieron a consulta para detección oportuna del cáncer.

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
Menores a 20 años	16	3%
entre 20 y 29 años	86	17%
entre 30 y 39 años	134	27%
entre 40 y 49 años	155	31%
entre 50 y 59 años	63	13%
entre 60 y 65 años	46	9%

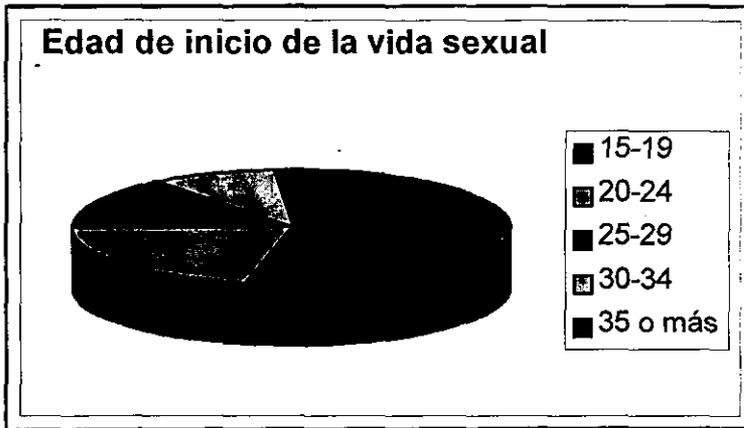


En esta gráfica observamos que sus edades oscilaron entre los 15 y 65 años, predominando los pacientes entre los 30 y 49 años, lo que equivale al 57.9 % (289 pacientes).

CUADRO Y GRÁFICA NO. 2

Edad de inicio de la vida sexual activa en 500 pacientes valoradas.

Edad	Número de Pacientes	Porcentaje
15-19	268	54%
20-24	106	21%
25-29	73	15%
30-34	46	9%
35 o más	7	1%
	500	100%

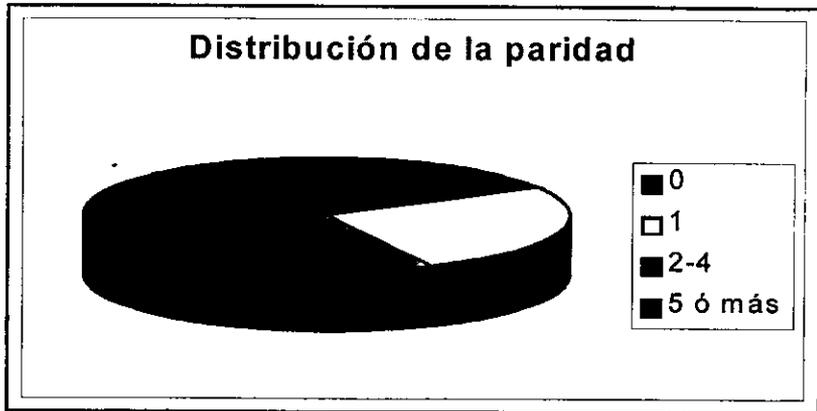


En lo que respecta al inicio de vida sexual activa, se encontró que el 53.6 % del total de las pacientes iniciaron relaciones sexuales entre los 15 y 19 años.

CUADRO Y GRÁFICA NO. 3

Distribución de la paridad en las 500 pacientes de detección oportuna del cáncer.

Paridad	Número de pacientes	Porcentaje
0	84	17%
1	130	26%
2-4	218	44%
5 ó más	68	14%
	500	100%

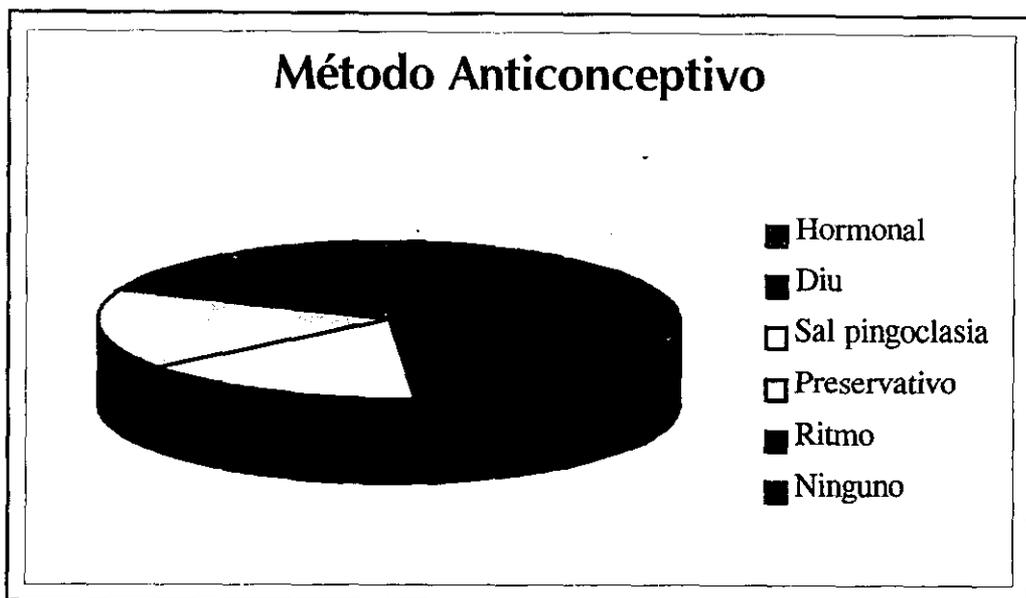


En esta gráfica se observa que el 13.6% resultaron grandes multipáras y el 43.6% tenían 2 ó más hijos.

En lo referente a la menarca el 100% de las pacientes estudiadas, tuvieron su menarca entre los 10 y 15 años. Así mismo el 90% de las pacientes tenían un solo compañero sexual. En lo que respecta al método anticonceptivo encontramos:

CUADRO Y GRAFICA N°4

Método	Número	%
Hormonal	147	29%
Diu	96	19%
Sal pingoclasia	80	16%
Preservativo	82	16%
Ritmo	47	9%
Ninguno	48	10%
	500	100%

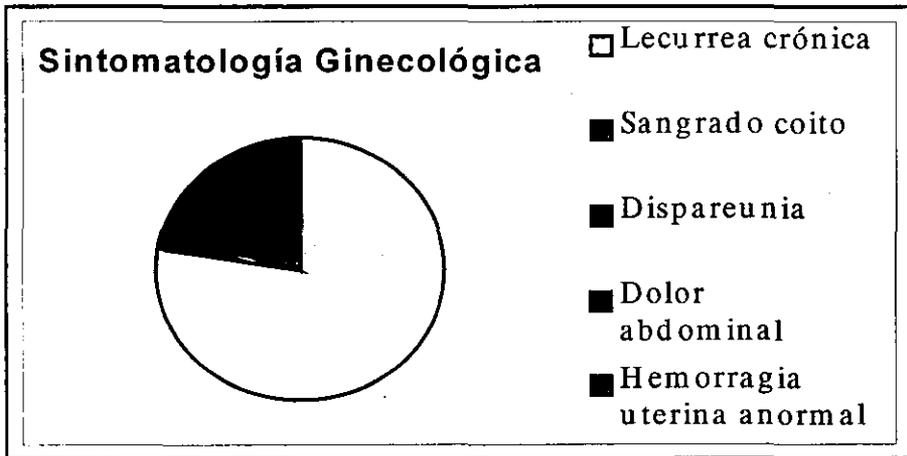


CUADRO Y GRÁFICA NO. 5

Sintomatología Ginecológica

Principalmente encontrada en las 500 pacientes valoradas.

Sintomatología	N.º de pacientes	%
Lecurrea crónica	387	77%
Sangrado al coito	10	2%
Dispareunia	32	6%
Dolor abdominal	10	2%
Hemorragia uterina anormal	61	12%
	500	100%



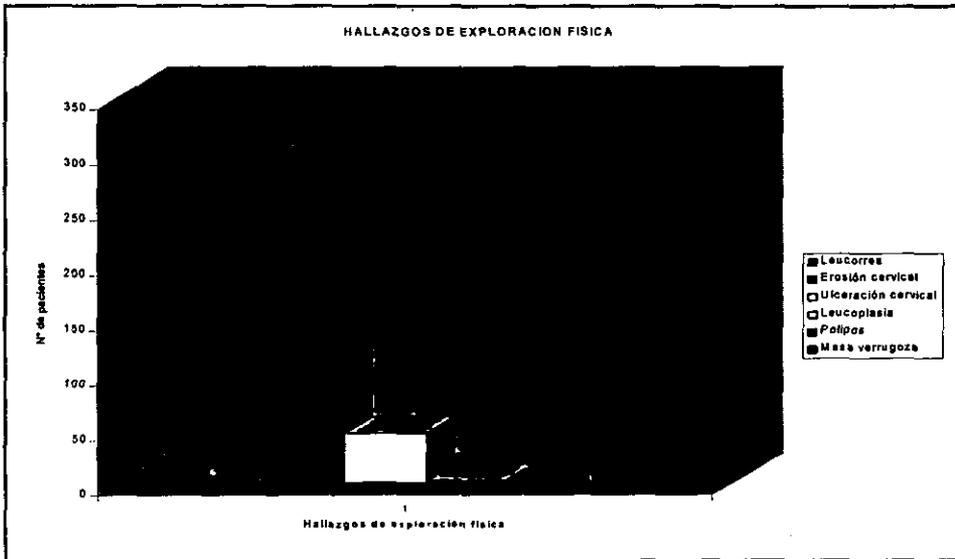
En ésta observamos que las pacientes manifestaron como síntoma principal leucorrea; así mismo este fue el dato a la explosión física más frecuente encontrado. Es importante mencionar que el 65% de las pacientes con leucorrea presentaron también una erosión cervical.

CUADRO Y GRAFICA N°6

Los datos de exploración ginecológica en las 500 pacientes valoradas fueron:

Resultado de exploración	Nº de pacientes
Leucorrea	325
Erosión cervical	289
Ulceración cervical	45
Leucoplasia	2
Polipos	3
Masa verrugosa	7

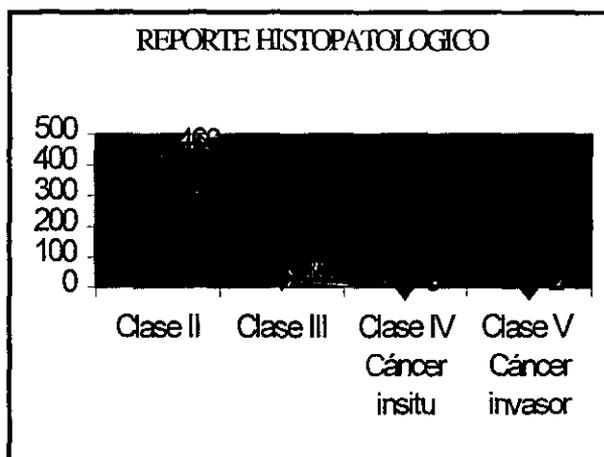
En esta gráfica encontramos que un porcentaje importante de los pacientes presentaron 1 o más hallazgos en la exploración ginecológica y de estos la asociación principal fue, leucorrea más erosión cervical.



CUADRO Y GRAFICA N°7

De acuerdo a la clasificación de papanicolaou, los servicios de Histopatología reportaron un 92% Clase II, un 7% Clase III y un 1% entre la Clase IV y V

Clase	Pacientes
Clase II	460
Clase III	35
Clase IV y V Cáncer insitu	3
Clase IV y V Cáncer invasor	2
	500



Es importante mencionar que los pacientes clase III, 30 de ellas presentaron infección por el virus del papiloma humano. A 24 de ellas se les corroboró el diagnóstico con colposcopia, y se procedió a realizar criocirugía con su respectiva valoración citológica y colposcópica a los 2, a los 4 y a los 6 meses. Las 6 pacientes restantes decidieron buscar otras alternativas. Hasta el momento su estado clínico es satisfactorio, no se ha presentado recurrencia del virus.

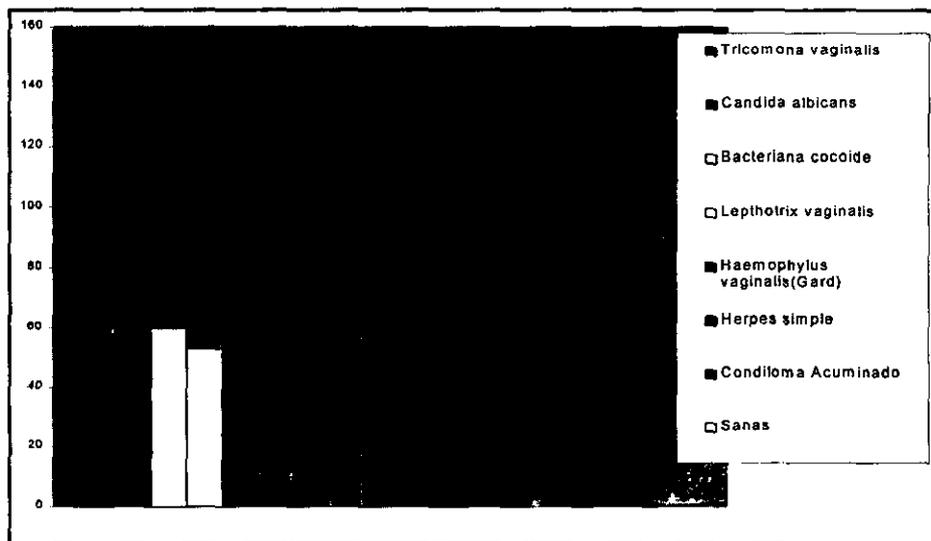
Por otra parte las pacientes en clase IV y V correspondientes 3 a carcinoma Insitu y 2 a cáncer invasor. Las 5 se enviaron a oncología del hospital Valentín Gómez Farías; A las 3 primeras se les practicó histerectomía con ooforectomía bilateral, las dos últimas una se encuentra en tratamiento con radioterapia y la segunda falleció por complicaciones renales hace seis meses.

Nota: Todas las pacientes fueron diagnosticadas mediante la citología Cervico vaginal, utilizándose la colposcopia como método coadyuvante en el diagnóstico.

CUADRO Y GRAFICA N°8

El tipo de infección y la frecuencia encontrada en la citología de estas 500 pacientes se muestra en el cuadro y gráfica siguiente:

Infección	Frecuencia	%
Tricomona vaginalis	58	12%
Candida albicans	80	16%
Bacteriana cocoide	60	12%
Lepthotrix vaginalis	53	11%
Haemophylus vaginalis(Gard)	71	14%
Herpes simple	10	2%
Condiloma Acuminado	31	6%
Sanas	137	27%
	500	100%



El 27% de las pacientes se encontraron sanas

En algunos frotis donde las células formaban grupos con aglutinación citoplásmica y marcado pleomorfismo, con núcleos prepriocíticos e irregulares, algunos con aspecto avizarrado infectados con el virus del herpes simple; Se corroboró el diagnóstico con el estudio de anticuerpos antiherpes. Anteriormente mencionando las pacientes con condiloma fueron revaloradas por colposcopia.



Los programas de detección oportuna del Cáncer, basados en la citología Cervico vaginal han sido instituidos en muchos países. Su éxito en el abatimiento de la incidencia de Cáncer Cervico uterino está relacionado con el porcentaje de pacientes que son evaluadas.

En el presente estudio se pudo determinar que la incidencia de Cáncer Cervico uterino insitu y Cáncer Cervico uterino invasor son prácticamente iguales. 3 y 2 pacientes respectivamente.

Sabemos que el cérvix esta expuesto frecuentemente a traumatismos durante la vida, por ejemplo los partos y el coito. La secreción abundante de moco de las glándulas endocervicales, aunada a la presencia de flora bacteriana y vaginal en el cérvix, crea una situación que facilita las infecciones en el 90% de las mujeres con partos hay algún signo de cervicitis crónica, si bien puede ser mínima y asintomática y en ocasiones ni siquiera evidente, la Sintomatología clínica más frecuente es la Leucorrea. Y el hallazgo principal a la exploración es la presencia de erosión cervical. En ocasiones la cervicitis crónica se acompaña de la formación de una úlcera cervical. Actualmente se considera al Carcinoma de cuello uterino como un modelo de neoplasia cuyas causas son multifactoriales. Los resultados de este estudio reflejan la correlación entre la aparición de lesiones intraepiteliales con el inicio de la vida sexual activa, así como el primer embarazo a edad temprana.

Así mismo según datos del Dr. Eduardo Cesar Lascano Ponce y Colaboradores en su estudio Mortality from cervical carcinoma in México. Acta citológica Vol.40 No 3 de May-Jun 1996 pág. 506-511, las pacientes frecuentemente son asintomáticas y los principales hallazgos son la úlcera o la erosión cervical. En este estudio se pudo corroborar que uno de los principales hallazgos fue la erosión cervical en el 57.8% de los casos.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA:

De las 500 pacientes valoradas, acudieron el 60 % de sus parejas el resto de pacientes manifestó, no le interesa, no puede, o por el momento no se encuentra.

El conocimiento en general del estudio de Citología Cervico Vaginal fue uniforme. La respuesta fue " Es un estudio para determinar si tengo Cáncer".

El apoyo brindado por las parejas fue muy satisfactorio, consideramos a la población estudiada con un nivel sociocultural medio.

Así mismo es importante recordar que algunas bacterias anaerobias como la Gardnerella Vaginalis forman parte de la flora vaginal normal, pero que al proliferar ocasionan un exudado viscoso y mal oliente. El Epitelio vaginal esta normal y los cultivos resultan inútiles, ya que el 40 % de las mujeres normales sin vaginitis tienen Gardnerella Vaginalis.

Por otra parte el 50 % de las mujeres con tricomoniasis pueden permanecer asintomáticas y muchos de los contactos masculinos de mujeres con tricomoniasis son portadores asintomáticos.

La moniliasis otra de las infecciones con alto porcentaje encontrada en este estudio, fue mas frecuente en pacientes embarazadas, diabéticas y con el uso de antibióticos de amplio espectro.

Las pacientes que resultaron con alteraciones benignas en el papanicolaou recibieron tratamiento adecuado local y sistémico según lo ameritara el caso. Las pacientes con condiloma sometidas a criocirugía evolucionaron satisfactoriamente.

Las tres pacientes con Carcinoma In situ sometidas a histerectomía más ooforectomía dilateral presentaron un Síndrome Depresivo, del cuál con terapia familiar están evolucionando satisfactoriamente. Sin embargo la paciente viva con Carcinoma Invasor continúa renuente a la Psicoterapia y a pesar de estar acudiendo a radioterapia su mecanismo de defensa ha sido la

negación al problema. Su familia directa principalmente sus 4 hijos están irritables y deprimidos. La paciente finada hace seis meses dejó cinco hijos, sin padre, de los cuales dos están casados y tres son menores de doce años. Estos últimos rolan de casa en casa ya que nadie a tomado la responsabilidad correspondiente.



1. La manera de lesiones intraepiteliales premalignas y malignas del cuello uterino, sería menor en nuestro medio si la Campaña de Detección Oportuna, ocupara un lugar real prioritario en las Instituciones de Salud.
2. Las pacientes con papanicolaou anormal deben de ser manejadas adecuada e indefinidamente.
3. Se debe de promover la prevención de enfermedades por contacto sexual; en el caso de mujeres con compañero sexual promiscuo, hacer énfasis en el uso del preservativo.
4. Las pacientes con Papanicolaou Anormal tienen alto riesgo de desarrollar Cáncer de Cérvix.
5. Dado a la edad temprana del inicio de vida sexual activa en la Colonia Miravalle se debe promover la práctica de la citología Cervico vaginal anual.
6. Hacer énfasis a la población en general que métodos como la Colposcopia no han venido substituir el Papanicolaou, si no por el contrario son procedimientos excelentes para corroborar cualquier alteración citológica.
7. La Citología Cervico Vaginal continúa siendo en mejor método para la detección masiva y el diagnóstico precoz del Carcinoma Cervico Uterino.
8. Como sugerencia personal me gustaría agregar que siendo la citología Cervico vaginal un método aceptado por la población en general, se ve afectado en muchas ocasiones por los trámites administrativos de las instituciones, me refiero en particular al traslado de las muestras del sitio donde se toma a donde serán analizadas, ocasionando por consiguiente extravíos de muestras, retraso en el diagnóstico y/o alteración de las mismas en los casos de una mala fijación, motivo por el cual sugeriría a las instituciones se practicará la citología Cervico vaginal en el mismo sitio donde será analizado o el eficiente envío de las tomas.

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



1. - Arsenio Spinillo y Colaboradores. NUCLEOLAR ORGANIZER REGIONS AND CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA WOMAN WITH IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION. (*Am J Obstet Gynecol.* Vol. 171 Número 3 Septiembre 1994, páginas 773-776.
2. - Jeffrey F. Peipert y col s. THE IMPACT OF SYMTOMS COMORBIDITY ON PROGNOSIS IN STAGE IB CERVICAL CANCER. *AM J Obstet Gynecol.* Vol. 169 Número 3 Septiembre 1993 páginas 598- 604.
- 3.- HUMAN PAPILOMA VIRUS DNA AFTER TREATMENT OF CERVICAL DISPLASIA. *Cáncer* Junio 15,1996, Vol. 77 Número 12, páginas 2538-2543.
4. - Eduardo Cesar Lazcano, Ponce y colaboradores. MORTALITY FROM CERVICAL CARCINOMA IN MEXICO. *Acta citológica.* Vol. 40 Número 3 Mayo-Junio de 1996, páginas 506-511.
- 5- THE MINIMALLY ABNORMAL PAPANICOLAOU SMEAR. *American Family Physician,* Vol.53, Número 4 Marzo de 1996, páginas 1154-1161.
- 6.- Richard M. De May, MD. CYTIPATHOLOGY OF FALSE NEGATIVES PRECEDING CERVICAL CARCINOMA; Vol. 175, Número 4 Parte 2 *AM J Obstet Gynecol.* Octubre 1996, páginas 1110-1113.
- 7- Nancy Kiviat, MD. NATURAL HISTORY OF CERVICAL NEOPLASIA: OVERVIEW AND UPDATE. Vol. 175, Número 4 Parte 2 *AM J Obstet Gynecol.* Octubre de 1996, páginas 1099-1101.

- 8.- Dr. Jorge Ramírez Heredia, Dr. Manuel Rojas Cañamar. VALOR DE LA CITOLOGIA CERVICO VAGINAL EN EL CANCER CERVICO UTERINO. *Cancerología*, Vol. 38, Número 4, Octubre-Diciembre de 1992, páginas 1691-1693.
- 9.- Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CARCINOGENETICOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS. *Ginecología y Obstetricia De México*, Vol. 64 Septiembre de 1996, páginas 411-417.
- 10.- Liesbeth J.M Bollen y cols. HUMAN PAPILLOMAVIRUS DNA AFTER TREATMENT OF CERVICAL DISPLASIA. *American Cancer Society*, páginas 2539-2543.
- 11.- Mark H. Stoler, M:D:. A BRIEF SYNOPSIS OF THE ROLE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN CERVICAL CARCINOGENESIS. *AM J Obstet Gynecol*; Octubre de 1996 Vol. 175, Número 4 parte 2, páginas 1091-1097.
- 12.- De La Torre D A y Cols. CORRELACION ENTRE VARIABLES GINECOBTETRICAS CON LESIONES MORFOLOGICAS POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CERVIX UTERINO. *Rev. Inst. Nacional de Cancerología (México)* 1994,páginas 76-79
- 13.- Keng Ling Chua, B:S:C , Anders Hjerpe, MD PHD. PERSISTENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HVP) INFECTIONS PRECEDING CERVICAL CARCINOMA. *Cáncer* Enero 1996, Vol. 77, Número 1, páginas 121-127.
- 14.- Peter E. Schwarts MD y Cols. RAPIDLY PROGRESIVE CERVICALCANCER. THE CONNECTICUT EXPERIENCE. *AM J Obstet Gynecol*, Octubre 1996, Vol. 175, Número 4 parte 2, páginas 1105-1109.
- 15.- Dr. M. Steven Piver. CONTROVERSIA SOBRE EL PAPANICOLAOU. *Revista El Médico General y los problemas de la mujer*. Marzo 1990, páginas 69-74.

- 16.- Shunsuhe, Nakagawa, MD y cols. TYPE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS IS RELATED TO CLINICAL FEATURES OF CERVICAL CARCINOMA. *Cáncer*, Noviembre 1996, Vol. 78, Número 9, páginas 1935-1939.
- 17.- Giuseppe De Palo, COLPOSCOPIA Y PATOLOGIA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR, 1992, Editorial Panamericana.
- 18.- Harold I. Kaplan. COMPENDIO DE PSIQUIATRIA (SALVAT) 2ª. Edición, páginas 550-551.
- 19.-Holland, MD Rowland PHP. HANDBOOK OF PSYCHOONCOLOGY (PSYCHOLOGICAL) CARE OF THE PATIENT WITH CANCER). New York Oxford, 1989.
- 20.- Danforth. TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Editorial Interamericana, sexta edición, 1994.
- 21.- Robert J. Kurman, MD y Cols. INTERIM GUIDELINES FOR MANEGEMENT OF ABNORMAL CERVICAL CITOLOGY. *Jama The journal of The American Association* Junio 1994, Vol. 271, páginas 1866-1869.
- 22.- Revista medica del IMSS Vol. 19 No. 2 1981.
- 23.- De Fabre Robles Teresa, Eustace Rosemar "EL ENFERMO CRONICO Y SU FAMILIA". Edit. Cemic.1987.

H O J A D E E N C U E S T A

1.- ¿ Sabe usted (s) como se previene el CANCER CEERVICO UTERINO?

Sí () no ()

2.- ¿ Que prueba se utiliza y como se realiza para prevenirlo?

3.- ¿ Quiénes deben practicarse este estudio?

A) la mujer b) el hombre c) ambos

4.- ¿ Que tipo de mujeres deben practicarse este estudio?

a) solteras con vida sexual activa b) viudas c) casadas d) divorciadas e) todas las anteriores

5.- ¿ A que edad se inicia la practica de este examen?

6.- ¿ Quién te puede practicar dicho estudio?

7.- ¿ Con que frecuencia debe practicarse?

8.- ¿ Usted como pareja esta de acuerdo en la practica de este estudio?

a (sí) b (no)

9.- ¿ En caso de que su pareja resultara con cáncer Cervico uterino, como la apoyaría?

10.- ¿ Al tener conocimiento del cáncer Cervico uterino y su prevención, estarían de acuerdo en colaborar en una campaña para su prevención, dentro de esta unidad.?

a (sí) b (no)

FORMA DE RECOLECCION DE DATOS:

FECHA DE LA TOMA.:

Nombre : _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Medico tratante: _____

ANTECEDENTES:

Menarca	Ciclo	Inicio de Vida Sexual Activa
Número de compañeros Sexuales	F.U.M.	GESTA
PARA ABORTOS	CESAREAS	Fecha del Ultimo Aborto
Fecha del Ultimo Parto	Fecha Ultima Cesárea	

METODO ANTICONSEPTIVO UTILIZADO:

Hormonal	DIU	Definitivo Salpingoclasia // Vasectomía
Preservativo	Otros	Ninguno

SINTOMATOLOGIA:

Leucorrea	Dolor	Metrorragias
Sangrado al Coito	Otros	

HALLAZGOS

Ulceraación	Tumoración	Erosión
Pólipo	Otras Especificar:	