



11217
215
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
I.S.S.S.T.E.

CONIZACION CERVICAL EN EL
TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS
CERVICALES

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. ISMAEL TRINIDAD LOPEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DE 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A dios nuestro señor, por permitirme haber concluido un ciclo mas en mi vida profesional, a ti madre + donde quiera que estés por que gracias a ti y tus sacrificios hoy logro escalar un peldaño mas en mi carrera.

A mi padre por sus esfuerzos y sacrificios sin los cuales no hubiera hecho posible esto.

A Nora, Alberto y Gael por las horas que no pude estar con ellos pero que hoy serán recompensados.

A mis hospitales escuelas, así como a mis maestros y compañeros residentes que participaron en mi formación como especialista.

DR. ALBERTO CHÁVEZ MERLOS
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y
PROFESOR TITULAR DE CURSO.

DR. JORGE JUÁREZ VÁZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ROBERTO CRUZ PONCE.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN.



DR. HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ
ASESOR DE TESIS.

S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL



DR. DARIO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFÍA	15

RESUMEN :

EN MÉXICO COMO EN TODO EL MUNDO LA PATOLOGÍA DEL CERVIX Y SOBRE TODO LA NEOPLÁSICA Y PARA NEOPLÁSICA (DISPLASIAS) ES TAN FRECUENTE ASÍ COMO LOS TIPOS DE TRATAMIENTO QUE SE OFRECEN; DESDE CONSERVADORES HASTA MUY EXTENSOS. POR LO QUE SE REALIZO EL SIGUIENTE ESTUDIO CUYO OBJETIVO FUE CONOCER E IDENTIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LA CONIZACION CERVICAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS CERVICALES, ESTE FUE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y TRANSVERSAL.

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 25 PACIENTES SOMETIDAS A CONIZACION CERVICAL DE LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL H.G. DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO DEL ISSSTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001. Y SUS RESULTADOS SE MIDIERON EN ESCALA NOMINAL Y ORDINAL ENCONTRANDO: QUE SOLO EN 6 PACIENTES TENÍAN ANTECEDENTE DE PAPANICOLAO PREVIO AL DIAGNOSTICO DE DISPLASIA (24%) Y 19 (76%) NO. EN TODAS ELLAS SE REALIZO CONO CERVICAL Y LAS INDICACIONES FUERON: NIC III SIN ACEPTAR HTA 3 (12%), NIC II 15 (60%), NIC II CON INFERTILIDAD PRIMARIA 2 (8%), NIC II CON INFERTILIDAD SECUNDARIA 1 (4%), NIC II CON CARDIOPATÍA 1 (4%), NIC I RECIDIVANTE 1 (4%), OTRAS CAUSAS 2 (8%). DE ESTAS PACIENTES SOLO 7 AMERITARON HTA POSTERIOR AL CONO (28%) Y LAS 18 RESTANTES YA NO REQUIRIERON MAS MANEJO (72%).

POR LO QUE SE CONCLUYE QUE EL CONO CERVICAL EN EL MANEJO DE LAS DISPLASIAS CERVICALES TIENE UNA ALTA EFICACIA TERAPÉUTICA (72%) Y SECUNDARIAMENTE DIAGNOSTICA (28%) Y POR ENDE SE DISMINUYE LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE LAS PACIENTES.

A SABIENDAS QUE EN NUESTRO HOSPITAL SOLO CONTAMOS CON MEDIDAS TERAPÉUTICAS COMO ELECTROFULGURADOR (EN DESUSO) Y CONO CERVICAL EN FRIÓ Y CON BISTURÍ EN FRIÓ.

SUMMARY:

IN MEXICO, AS IN THE ENTIRE WORLD, THE PATOLOGY OF THE UTERINE CERVIX AND MAINLY THE NEOPLASICA AND PARANEOPLASICA (DISPLASIAS), IT IS AS FRECUENT AS THE TREATMENT TYPES THAT OFFER FROM CONSERVATIVES TO VERY EXTENSIVE, FOR WHAT WAS CARRIED OUT THE PRESENT STUDY WHOSE OBJETIVE WAS TO KNOW AND TO IDENTIFY THE EFFECTUVENESS OF THE OPEN, OBSERVATIONAL, RETROSPECTIVE AND TRAVERSE STUDY.

IT WAS STUDIED A TOTAL OF 25 SUBJECTED PATIENTS TO CERVICAL CONIZATION OF THE CLINIC OF DISPLASIAS OF THE GH "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO" OF THE ISSSTE FROM MEXICO CITY, OF JANUARY OF 1999 TO DECEMBER OF 2001, AND THEIR RESULTS WERE MEASURED IN NOMINAL AND ORDINAL SCALE FINDING THAT ONLY IN SIX PATIENTS THEY HAD ANTECEDENTS OF PREVIOUS PAPANICOLAUM TO THE DISPLASIA DIAGNOSIS (24%) AND 19 (76%) NOT.

IN ALL THEY WERE CARRIED OUT CERVICAL CONE AND THE INDICATIONS WERE NIC III WITHOUT ACCEPTING HTA 3 (12%) NIC II 15 (60%), NIC II WITH PRIMARY INFERIORITY 2 (8%), NIC II WITH SECONDARY INFERTILITY 1 (4%), NIC II WITH CARDIOPATHY 1 (4%), NIC I RECIDIVANTE 1 (4%), OTHER CAUSES 2 (8%); OF THESE PATIENTS ONLY SEVEN DESERVED LATER THA TO THE CONE (28%) AND THE 18 REMAINING THEY NO LONGER REQUIERED MORE HANDLING (72%), FOR WHAT YOU CONCLUDES THAT THE CERVICAL CONE IN THE HANDLING OF THE CERVICAL DISPLASIAS HAS A HIGH THERAPEUTIC EFFECTIVENESS (72%) AND SECUNDARILY 28% IS DIAGNOSED, AND THEREFOR IT DIMINISHES THE INTRAHOSPITALARIAN STAY OF THE PATIENTS.

KNOWING THAT WE ONLY COUNT WITH THERAPEUTIC ELECROFULGURATOR MEASURES IN OUR HOSPITAL (IN DISUSE AND CERVICAL CONE IN COLD AND WITH SCALPEL IN COLD).

INTRODUCCIÓN :

I. PROBLEMA :

EVALUAR LA EFICACIA DEL CONO CERVICAL EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DISPLASÍAS CERVICALES.

II. ANTECEDENTES :

EN MÉXICO COMO EN TODO EL MUNDO LA PATOLOGÍA DEL CERVIX UTERINO Y SOBRE TODO LA NEOPLÁSICA Y PARANEOPLASICA (DISPLASÍAS) ES TAN FRECUENTE ASÍ COMO LA DIVERSIDAD DE SUS TRATAMIENTOS DESDE CONSERVADORES HASTA MUY EXTENSOS.

LA CONIZACIÓN FUE INTRODUCIDA POR MILLER Y TODD EN 1938 (1). EN UN ARTICULO PUBLICADO EN SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS CON EL TITULO CONIZATION OF THE CERVIX EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS DE CUELLO UTERINO MEDIANTE ELECTROCIRUGÍA (2). MAS ADELANTE EL BISTURÍ ELÉCTRICO FUE SUBSTITUIDO POR EL BISTURÍ EN FRIÓ ANGULADO PARA OBIAR LA NECROSIS DEL TEJIDO QUE DEBER SER SOMETIDO A EXAMEN HISTOLÓGICO (3).

LA CONIZACION CONSISTE EN LA EXTIRPACIÓN DE UN CONO DE TEJIDO DE ÁPICE TRUNCADO, CUYA CIRCUNFERENCIA DE BASE PASA POR AFUERA DE LA ZONA YODONEGATIVA CON LA SOLUCIÓN DE LUGOL Y CUYAS PAREDES COMPRENDEN EL CANAL CERVICAL EN BUENA PARTE DE SU ALTURA (4), LA ALTURA DEL CONO ES DIFERENTE SEGÚN SE TRATE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL O NO EN EL PRIMER CASO EN QUE LA UNIÓN ESCAMOCILINDRICA SE EN ENCUENTRA PRÓXIMA AL ORIFICIO EXTERNO NO ES NECESARIO PROFUNDIZAR MUCHO. EL CONO EN LAS MUJERES MENOPAUSICAS, EN LAS QUE LA UNIÓN ESCAMOCILINDRICA ES ALTA EL CONO DEBE SER PROFUNDIZADO CASI HASTA EL ORIFICIO INTERNO (2.5-3 CM) (5,6).

LA CONIZACION ES UNA TÉCNICA DIAGNOSTICA Y CURATIVA SE UTILIZA CUANDO HAY RAZONES ESPECIALES PARA CONSERVAR EL ÚTERO (PACIENTES JÓVENES Y CON TEMOR A PERDER EL ÚTERO O DESEO DE PROCREAR) Y CUANDO NO EXISTEN AFECCIONES CONCOMITANTES (MIOMAS UTERINOS, QUISTES OVARIOS, ETC.) QUE HACEN PREFERIBLE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR (HISTERECTOMÍA TOTAL SIMPLE, (7,8,9).

TÉCNICA CLÁSICA :

CON ANESTESIA GENERAL SE VISUALIZA EL CUELLO UTERINO CON VALVAS Y SE COLOREA LA PORTIO CON SOLUCIÓN YODOYODURADA, DE ESTA MANERA SE DELIMITA LA ZONA YODONEGATIVA QUE SE VA A CONIZAR, SE PASA UN PUNTO DE SUTURA EN TODO EL ESPESOR EN EL LABIO ANTERIOR Y POSTERIOR DE LA CERVÍX PARA PODER EJERCER TRACCIÓN SOBRE ESTE, SE EFECTÚA LA LIGADURA PREVENTIVA DE LOS RAMOS CERVICALES DESCENDENTES DE LA ARTERIA UTERINA CON UN PUNTO DE CATGUT CROMICO A CADA LADO, SE INFILTRA EL CERVÍX CON

20 ML DE UNA SOLUCIÓN DE XILOCAINA AL 1% CON EPINEFRINA, PARA EVITAR LA HEMORRAGIA CON UN DILATADOR DE HEGAR SE DETERMINA LA DIRECCIÓN DEL CANAL CERVICAL Y LA DISTANCIA ENTRE EL ORIFICIO INTERNO Y EL EXTERNO.

CON BISTURÍ DE AYRE SE PRACTICA UNA INCISIÓN PROFUNDA CIRCULAR EN LA PARTE EXTERNA DE LA ZONA YODONEGATIVA QUE COMPRENDE TODA LA UNIÓN ESCAMOCILINDRICA Y SE CONTINUA LA SECCIÓN EN CUÑA. ROTANDO EL BISTURÍ 360° EN PROFUNDIDAD HASTA UNA ALTURA VARIABLE SEGÚN LA DEFINICIÓN DADA POR LA MICROCOLPOHISTEROSCOPIA.

O SI NO SE CUENTA CON ESTE RECURSO, SE DETERMINA LA ALTURA EN UN MÁXIMO DE 2.5 CM. COMPLETADA LA INCISIÓN SE CORTA CON BISTURÍ O CON TIJERAS CURVAS EL ÁPICE DEL CONO EN EL CANAL CERVICAL. SE EFECTÚA LA PLASTIA DE LOS BORDES CRUENTOS CON DOS PUNTOS DE SUTURA CON LA TÉCNICA DE STURMDORF. UNO ANTERIOR Y OTRO POSTERIOR CON DOS PUNTOS LATERALES EN TODO EL ESPESOR CON CATGUT CROMICO EN LOS BORDES DE LA ZONA CONIZADA. SE ASEGURA LA HEMOSTASIA Y SE DILATA EL CANAL CERVICAL CON LAS BUJÍAS DE HEGAAR HASTA EL NUMERO 8 PARA PREVENIR ESTENOSIS CERVICALES CICATRÍZALES. SE INTRODUCE EN EL CANAL CERVICAL UNA ESPONJA HEMOSTÁTICA ENROLLADA EN CIGARRILLO UN APOSITO EN LA VAGINA Y SE DA POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, LAS PACIENTES ABANDONAN EL LECHO EL PRIMER DÍA Y SE DAN DE ALTA AL SEGUNDO. (10,11,12,13).

LA CONIZACION PRESENTA UNA TERAPEUTICA ADECUADA SI EL EXAMEN PATOLÓGICO COMPRENDE TODA LA UNION ESCAMO COLUMNAR, EL APICE ESTA LIBRE DE TUMOR Y LOS BORDES QUIRÚRGICOS SON DE TEJIDO SANO. LA PRESENCIA DE NEOPLASIA EN LOS BORDES O EN EL ÁPICE DEL CONO OBLIGA AL TRATAMIENTO CON CIRUGÍA MAYOR (HISTERECTOMÍA TOTAL SIMPLE) ASÍ COMO LA PRESENCIA EN UNA ZONA DEL CONO DE NEOPLASIA INVASORA DESCONOCIDA, OBLIGA A LA CIRUGÍA RADICAL. EN LAS MUJERES MENOPAUSICA DADA LA SALIENCIA DE LA UNIÓN ESCAMO COLUMNAR, EL CONO A MENUDO NO ES CORRECTO, EL PORCENTAJE DE PACIENTES EN EDAD FÉRTIL QUE TIENEN UN CONO CORRECTO Y EN QUIENES LA CONIZACION ES EL TRATAMIENTO ADECUADO ALCANZA CERCA DEL 90%. (14).

LA PACIENTE SOMETIDA A CONIZACION POR NIC DE ALTO GRADO DEBE SER CONTROLADA CADA 6 MESES, MEDIANTE EXAMEN CITOLOGICO Y COLPOSCOPICO DURANTE 2 AÑOS Y DESPUÉS ANUALMENTE. LA CONIZACION ES SEGÚN SU DEFINICIÓN HISTÓRICA, UNA INTERVENCIÓN SIMPLE EXENTA DE PELIGROS CON UNA CUOTA BAJA DE COMPLICACIONES PRECOSES, CICATRIZACION RÁPIDA, CONSEVA INTEGRAL LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA DE LA MUJER. LA COMPLICACIÓN MAS COMÚN ES LA HEMORRAGIA. QUE SE PRODUCEN DURANTE LA INTERVENCIÓN, O EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO O EN EL OCTAVO DÍA POSTOPERATORIO (15).

III. JUSTIFICACIÓN:

ASÍ MISMO JUSTIFICADO EL CONO CERVICAL YA QUE TENEMOS EN NUESTRO SERVICIO DE DISPLASÍAS POCAS ACCIONES TERAPEUTICAS (SOLO ELECTROFULGURADOR).

EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO FUE CONOCER LA EFICACIA DE LA CONIZACION CERVICAL EN EL MANEJO DE LAS DISPLASIAS CERVICALES, ASÍ COMO LA POSIBILIDAD DE OFRECERLE AL PACIENTE UN TRATAMIENTO MAS CONSERVADOR DE ACUERDO A SUS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES. Y POR ENDE DISMINUYEN LOS DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA, YA QUE PUEDEN SER MANEJADAS COMO PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA Y AMBULATORIOS. Y ASÍ DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DE LA PACIENTE A LOS RIESGOS QUE SIGNIFICA UN PROCEDIMIENTO MAYOR Y ANESTÉSICO MAS PROLONGADO Y SECUNDARIAMENTE DISMINUIRLE EL COSTO AL INSTITUTO.

ASÍ TAMBIÉN CONOCER EL PORCENTAJE DE ESTAS PACIENTES QUE AMERITAN UNA SEGUNDA INTERVENCIÓN, DEBIDO A UN REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE LESIÓN DE ALTO GRADO Y TERMINAR EN UN TRATAMIENTO MAS AMPLIO (HISTERECTOMÍA).

MATERIAL Y MÉTODOS:

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES DE 25 PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL HG DR. DARIO FERNÁNDEZ DEL ISSSTE, QUE FUERON SOMETIDAS A CONIZACION CERVICAL DE ENERO DE 1999, A DICIEMBRE DEL 2001.

LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN FUERON:

PACIENTES DEL SERVICIO DE DISPLASIAS, CON DISPLASIAS DE BAJO GRADO.

NIC I RECIDIVANTE POSTELECTROFULGURACION
(DESPUÉS DE 1 AÑO).

NIC II CON DESEOS DE EMBARAZO.

NIC II Y III CON TEMOR A PERDER EL UTERO.

NIC II Y III JÓVENES DUDOSAS O CON TEMOR A LA CIRUGÍA.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN FUERON:

PACIENTES DEL SERVICIO DE DISPLASIAS CON DISPLASIAS DE BAJO GRADO Y QUE FUERON TRATADAS POR OTRO MÉTODO CONSERVADOR.

PACIENTES CON DIFICULTADES TÉCNICAS (CERVIX HIPOTROFICO O COPULIZADO, ETC.).

LOS CRITERIOS DE ELIMINACIÓN FUERON:

PACIENTES CON DISPLASIAS CERVICALES LAS CUALES FUERON PROGRAMADAS PARA CONIZACION CERVICAL Y QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO.

SE OBTUVIERON DATOS DE LOS EXPEDIENTES, DATOS TALES COMO, ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS, EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL, NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES, SI SE REALIZO PAPANICOLAO PREVIO A LA DISPLASIA, ANTECEDENTES PREVIOS DE DISPLASIAS Y TIPO Y MANEJO QUE SE LE DIO SI SE LE DIO O NO TRATAMIENTO A LA PAREJA. SI SE REALIZO COPOLSCOPIA Y BIOPSIA PREVIO AL CONO, Y CUAL FUE EL RESULTADO DE LA BIOPSIA, CUAL FUE LA INDICACIÓN DEL CONO CERVICAL, QUE TIPO DE ANESTESIA SE UTILIZO, SI PRESENTO O NO COMPLICACIONES, ASÍ COMO EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO DEL CONO Y SI AMERITO O NO HISTERECTOMÍA Y MOTIVO DE LA MISMA, ASÍ COMO DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA. LOS DATOS FUERON ANALIZADOS ESTADÍSTICAMENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

SE ANALIZARON 25 EXPEDIENTES DE LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL HG DARIO FERNÁNDEZ FIERRO DEL ISSSTE, QUE FUERON SOMETIDAS A CONIZACION CERVICAL EN UN PERIODO DE TIEMPO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001, ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS: SE REPARTIERON EN 4 GRUPOS DE EDADES DE 15 A 25 SOLO UN PACIENTE (4%), DE 26 A 35, 3 PACIENTES (12%), DE 36 A 45, 5 PACIENTES (20%), Y MAS DE 45 AÑOS 16 PACIENTES (63%).

EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES DE GESTACIONES: ERAN NULIGESTAS SOLO 1 PACIENTE (4%), CON UNA SOLA GESTA 6 PACIENTES (24%) Y MAS DE UNA GESTA 18 PACIENTES (72%), DE ELLAS CON ANTECEDENTES DE PARTOS 19 PACIENTES (79.1%), CON ANTECEDENTES DE CESAREAS 6 (25%) Y CON ANTECEDENTES DE ABORTOS 11 (45.8%).

LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: MENOS DE 15 AÑOS NINGUNA, 15 AÑOS 2 (8%), DE 16 AÑOS 2 (8%), 17 AÑOS 7 (28%), 18 AÑOS 4 (16%), 19 AÑOS 4 (16%), 20 AÑOS 1 (4%), Y MAS DE 20 AÑOS 5 (20%).

EN CUANTO AL NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: 1 = 10 PACIENTES (40%), 2 = 14 (56%), 3 = 1 (4%) Y MAS DE 3 = 0.

ANTECEDENTES DE MÉTODOS DE CONTROL DE FERTILIDAD 8 (32%) SI TENÍAN Y 17 NO (68%), DE ESTAS 3 CON HORMONALES ORALES (27.5%), CON DIU 4 (50%) Y OTB 5 (62.5%).

DE ESTAS 25 PACIENTES SOLO 6 TENÍAN UN PAPANICOLAO PREVIO A LA DISPLASIA, (24%), Y 19 NO (76%). DE ESTAS 6 TENÍAN ANTECEDENTES DE DISPLASIA 3 SI (50%), Y 3 NO (50%). DE LAS 3 CON DISPLASIA. LOS TIPOS: NIC I 1 (33.3%), NIC II 3 (33.3%) Y NIC III 1 (33.3%). EL MANEJO QUE SE LE DIO: OBSERVACIÓN 1 (33.3%); EL CROFULGURACION 1 (33.3%) Y OTRO MANEJO 1 (33.3%).

DE LAS 25 PACIENTE SOMETIDAS AL PROCEDIMIENTO, SE LES DIO TRATAMIENTO A LA PAREJA SOLO A 6 (24%), Y LAS 19 RESTANTE NO (76%).

A LAS 25 SE LES REALIZO COLPOSCOPIA Y BIOPSIA (100%) CON REPORTE DE BIOPSIA: SANO 2 (8%), CON DISPLASIA 20 (80%), DE ESTAS 4 CON NIC I (20%) Y NIC II 16 (80%); Y 3 CON REPORTE DE CACU INSITU (12%).

A LAS 25 SE LES REALIZO LA CONIZACION CERVICAL, Y LAS INDICACIONES DE ESTE FUERON:

NIC III SIN ACEPTAR HTA (MIEDO, TEMOR A PERDER EL ITERO, ETC.) 3 (12%) NIC II 15 (60%). NIC II CON CARDIOPATIA: 1 (4%). NIC II, CON INFERTILIDAD PRIMARIA 2 (8%), NIC II CON INFERTILIDAD SECUNDARIA 1 (4%), NIC I RECIDIVANTE 1 (4%). DISCORDANCIA ENTRE PAPANICOLAO Y BIOPSIA O MATERIAL INSUFICIENTE EN LA BIOPSIA 2 (8%).

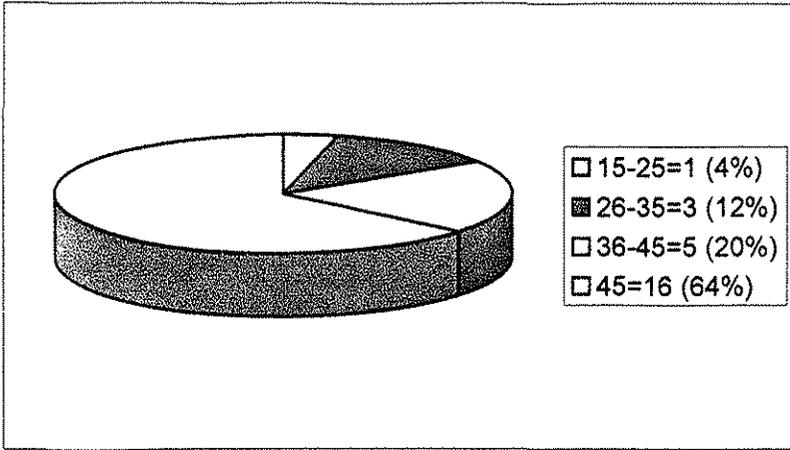
EL TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA: BLOQUEO PERIDURAL MAS INFILTRACIÓN LOCAL EN 21 PACIENTES (84%) Y ANESTESIA GENERAL EN 4 (16%).

SOLO EN 3 PACIENTES SE PRESENTARON COMPLICACIONES (12%) Y EN 22 NO (88%). DE ESTAS 3 LA COMPLICACIÓN FUE EL SANGRADO POSTOPERATORIO (100%), QUE SE RESOLVIÓ CON UN TAPON VAGINAL

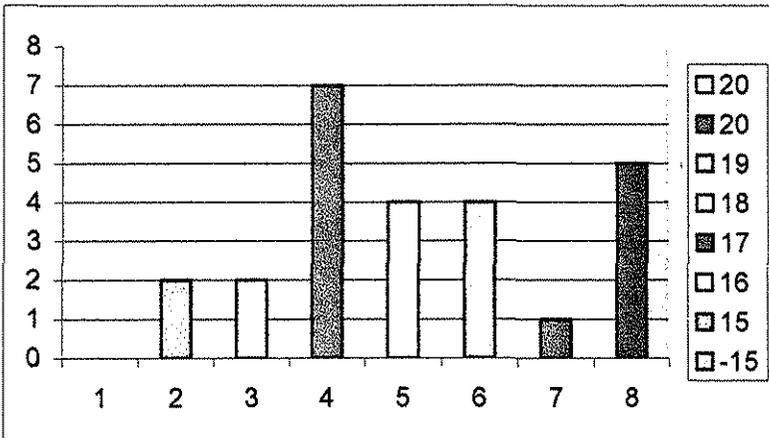
APRETADO CON GASAS, EL REPORTE HISPTOPATOLOGICO DE LA PIEZA FUE: NIC I 6 (24%), NIC III 3 (12%), SANO 4 (16%). AMERITARON HISTERECTOMÍA POSTERIOR AL CONO 7 PACIENTES SI (28%) Y 18 PACIENTES NO (72%), POR LO QUE FUE DIAGNOSTICO EN 7 PACIENTES (28%) Y TERAPÉUTICO EN 18 PACIENTES (72%).

LOS MOTIVOS DE LA HISTERECTOMÍA FUERON : NIC II CON BORDES TOMADOS : 2 (28.6%), NIC III CACU INSITU 3 (42.8%) Y NIC I RECIDIVANTE EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS Y CON PARIDA RESUELTA 2 (28.6). EN CUANTO A LOS DIAS DE ESTANCIA FUERON : DE 2 DIAS EN 22 PACIENTES (88%) Y MAS DE 2 DIAS (EN PROMEDIO 3 A 4 DIAS) 3 PACIENTES (88%) POR SANGRADO POSTOPERATORIO.

GRUPO DE EDAD



EDAD DE INCIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

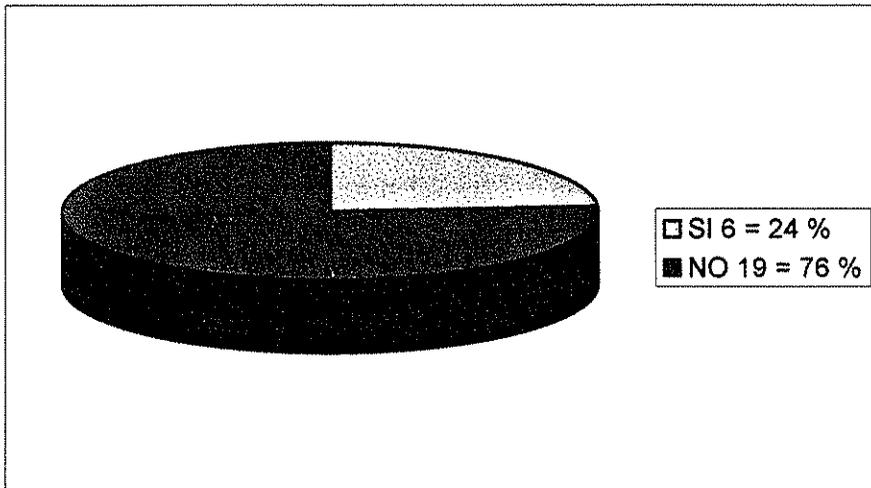


ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

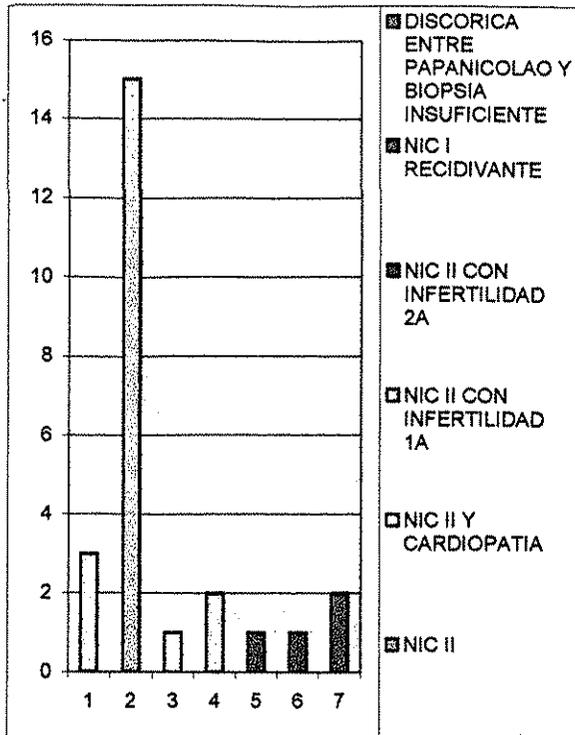
No COMPAÑEROS SEXUALES

NO COMPAÑEROS SEXUALES	NO PACIENTES	%
1	10	40
2	14	56
3	1	4
+3	0	0
TOTAL	25	100%

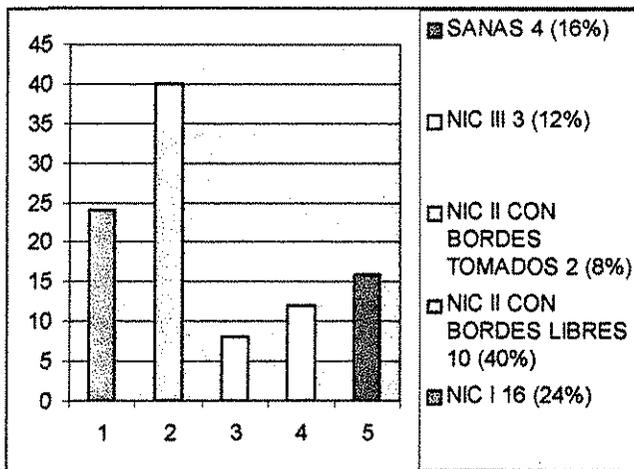
ANTECEDE DE PAPANICOLAO PREVIO A LA DISPLACIA



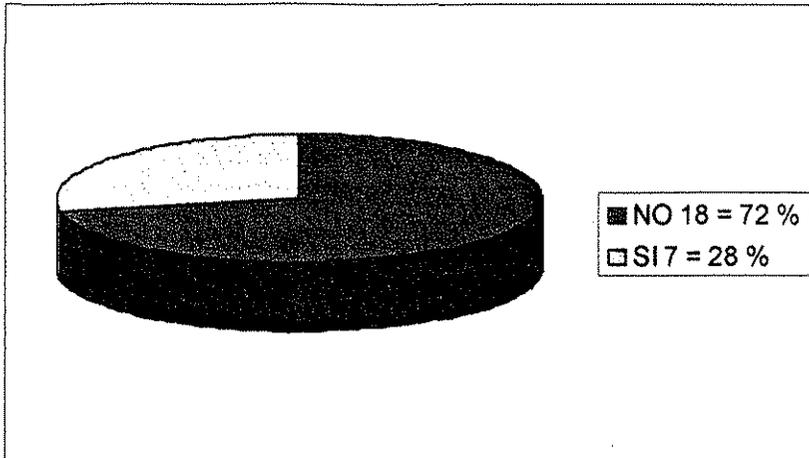
INDICACIONES DEL CONO CERVICAL



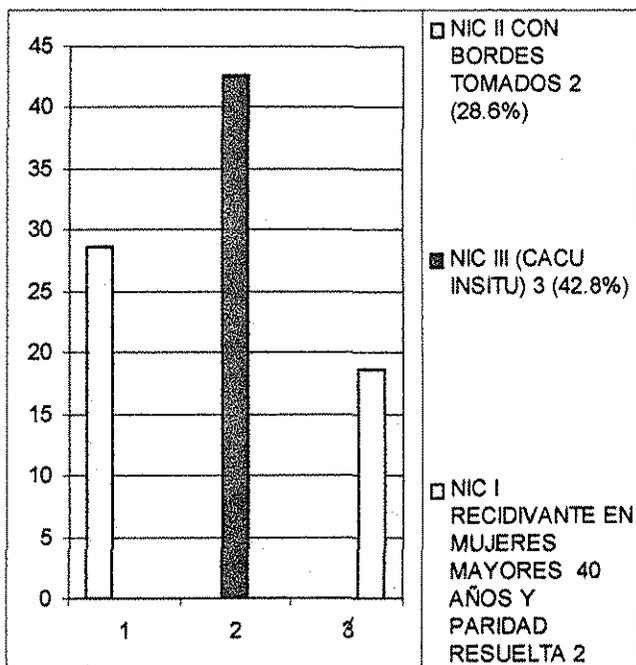
REPORTE HIOTOPATOLOGICO DEL CONO



PACIENTES QUE AMERITARON HISTERECTOMIA



MOTIVOS DE HISTERECTOMIA



CONCLUSIONES :

DE LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO SE CONCLUYE QUE LA PATOLOGÍA DEL CERVIX ES MAS FRECUENTE EN MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS (64%) ASO COMO DE AQUELLAS QUE HAN TENIDO MAS DE UNA GESTA (72%), EN CUANTO AL INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA SE PRESENTO EN QUIENES INICIARON A LOS 17 AÑOS (28%) Y DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS (29%).

SE OBSERVO MAYOR FRECUENCIA DE PATOLOGÍA EN AQUELLAS MUJERES QUE TENÍAN 2 COMPAÑEROS SEXUALES (56%), ASÍ COMO EN AQUELLAS QUE NO TENÍAN UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (68%), EN COMPARACIÓN CON LAS QUE SI CONTABAN CON ALGÚN MÉTODO (32%).

DE ESTAS MUJERES SOLO TENIAN 6 ANTECEDENTES DE PAPANICOLAO PREVIO (24%) LO CUAL DEMUESTRA QUE AUN CUANDO EXISTE ABUNDANTE PROMOCION AL MISMO VEMOS QUE AUN ALGUNAS MUJERES NO SE LO REALIZAN Y ENCONTRAMOS POR TANTO ESTADIOS AVANZADOS DE LA PATOLOGÍA CERVICAL.

EN ESTAS 25 MUJERES SOLO A 6 SE LES DIO TRATAMIENTO A LA PAREJA (24%) SIN SABER EL MOTIVO DE POR QUE A LAS DEMAS NO SE REALIZO POR LO QUE LAS PONE EN RIESGO, DE A PESAR DE LA CURACIÓN TENER RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD ASI COMO LA PAREJA SER UN PORTADOR DE ALTO RIESGO, PARA OTRAS MUJERES.

A TODAS SE LES REALIZO COLPOSCOPIA Y BIOPSIA ENCONTRANDO CON MAYOR FRECUENCIA DISPLASIA MODERADA (CIN II 80%), SIENDO POR TANTO ESTA LA INDICACIÓN DE MAYOR FRECUENCIA DE CONO CERVICAL (69%) Y EN LAS OTRAS MUJERES POR OTROS MOTIVOS COMO FUE EN ALGUNAS CON NIC III Y TEMOR A LA HISTERECTOMIA Y EN 2 MUJERES CON ANTECEDENTES DE INFERTILIDAD Y CARDIOPATÍA.

LA ANESTESIA MAYOR UTILIZADA EN ESTAS PACIENTES FUE LA REGIONAL (BLOQUEO PERIDURAL) LO CUAL SE DEMUESTRA QUE ES UN PROCEDIMIENTO CON MAYOR SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES, SOLO 3 PRESENTARON COMPLICACIONES QUE FUE EL SANGRADO POSTOPERATORIO Y QUE SE RESOLVIÓ CON APLICACION DE TAPON VAGINAL

EN UN 72% DE ESTAS PACIENTES NO AMERITO MANEJO POSTERIOR AL CONO LO CUAL DEMUESTRA QUE ES UN PROCEDIMIENTO ALTAMENTE CURATIVO Y EN UN 28% TUVIERON UNA SEGUNDA INTERVENCIÓN (HTA SIMPLE) LO CUAL NOS DESMUESTRA QUE ES TAMBIEN ALTAMENTE DIAGNOSTICO, EL PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA FUE DE SOLO 2 DIAS, LO CUAL LO HACE UN PROCEDIMIENTO DE CORTA ESTANCIA DISMINUYENDO EL COSTO A LA INSTITUCIÓN.

ESTE ESTUDIO PUEDE DAR PIE A OTROS ESTUDIOS QUE SIGAN A LAS PACIENTES EN LAS CUALES FUE TERAPÉUTICO Y VER SI A FUTURO TIENEN RECIDIVA O NO, ASI COMO TAMBIEN SEGUIR INSISTIENDO EN LA REALIZACIÓN OPORTUNA DEL PAPANICOLAO PARA DETECTAR

OPORTUNAMENTE LOS ESTADOS PARENEOPLASICOS (CIN), Y OFRECER OPORTUNAMENTE TRATAMIENTOS NO TAN COMPLEJOS Y EXTENSOS SINO CONSERVADORES QUE DISMINUYEN LA EXPOSICIÓN A LOS RIESGOS DE UNA CIRUGÍA MAYOR.

EN NUESTRO HOSPITAL Y ANTE LA FALTA DE OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS LA CONIZACION EN FRIO OFRECE OTRA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO LA CUAL PUEDE SER DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA (EN LA MAYORIA DE LOS CASOS), SU FACILIDAD DE REALIZACIÓN, BREVE ESTANCIA Y MINIMAS COMPLICACIONES SIGUE HACIENDOLA UNA BUENA OFERTA DE TRATAMIENTO ANTE LA DEMANDA CRECIENTE DE DISPLASIAS Y EL ESCASO ARSENAL TERAPÉUTICO EN ESTE HOSPITAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA :

- 1.-FOLIEN M. ET AL. COLOPOSCOPY FOR THE DIAGNOSIS SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS A META-ANALYSIS OBSTET AND GYNECOLOG 1998 : 91;208-302.
- 2.-ADAM E, BERKOVA Z. DAXNEROVA Z. ICENOGLE J. REEVES WC, KAUFMAN RH PAPILO MAVIRUS DETECTION : DEMOGRAPHIC AND BEHAVIORAL CHARACTERISTICS INFLUENCING THE IDENTIFICATION OF CERVICAL DISEASE, AM J OBSTET GYBECOL 2000 FEB; 182:257-64.
- 3.-KAUFMAN RH, ADAN E. IS HUMAN PAPILOMAVIRUS TESTING OF VALUE CLINICAL PRACTICE AM OBSTET GYNECOL 1999 MAY; 180:1049-53.
- 4.-YOUNG RH, SCULLY RE. VILLOGLANDULAR PAPILLARY ADENOCARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX A CLINICOPATHOLOGICAL SEM DIAGN PATHJOL 1999; 205-227.
- 5.-HURTEAU JA. RODRIGUEZ GC, KAY HH. BENTLEY RC, CLARKE-PEARSON D. VILLOGLANDULAR ADECARCINOMA OF THE UTERINE: CASE REPORT. OBSTET GYNECOL. 1998; 85:906-908.
- 6.-ANDERSON MC HARTLEY RB CERVICAL CONITATION TREATMENT BY INTRAEPITHELI AL NEOPLASIA OBSTET GYNECOL: 55-546 1999.
- 7.-CHAMEN W. ROME RM. ELETROCOAGULATION DIATHERMY FOR CERVICAL DYSPLASI AND CARCINOMA IN SITU A 15 YEAR SURVEY. OBSTET GYNECOL 144:337.2000.
- 8.-DORSEY JH. RECURRENT CERVICAL CONITATION TREATMENT BY INTRAEPITHELI AL NEOPLASIA BUTTON. COLPOSCOPY GYNECOL CONITSATION SURG. I.221/198.
- 9.- TOWSEND DE, RICHARD RM. DIAGNOSTOC ERROS IN CONITATION GYNECOL ONCO S.259S264, 1998.
- 10.-FERENCZY A MITAO M, NAGAI N, ET AL: LATENT PAPILOMAVIRUS AND RECURRING GENITAL WATS, CONITATION AFTER. N ENGL J MED 313;784-788. 2000.
- 11.- RICHART RM BARRON BA: A FOLLOW-UP STUDY OF PATIENTS WHITH CERVICAL CONITATION AM J OBSTET GYNECOL 105; 386-393.
- 12.-. 1999ALBRECHT G RECENT ASPECTS OF CLINICAL SINGS, PATHOGENESIS AND CONITATION THERAPY. Z HAUTKR 61.457 1997.

13.-SILLMAN FH, SEDLIS A BOYCE JG: 5FU, CHEMOSURGERY FOR DIFFICULT LOWER GEBNITAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA. CONTEMP OB/GYN 27: 79, 1999.

14.-WRIGHT, C. ET AL. COLOPOSOCOPIA ACTUAL Y CONIZACION CERVICAL. CLINICAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA INTERAMERICANA, MC GRAW-HILL. MÉXICO, 1998. 145-154.

15.-YOUNHG RH, CLEMENT PB PSEUDONEOPLASTIC GLANDULAR LESION OF THE UTERINE CERVIX SEM DIAG PATHOL 1998; 8:234-249.