Carcinoma Cervical Intraepitelial.

Dr. Franco Barros P.*
Dr. Gildardo Gallego N.*

El carcinoma de cuello uterino en nuestro medio continua siendo la neoplasia más frecuente en la mujer. En 1965, según Registro Nacional de Cáncer, el diagnóstico de este carcinoma, se hacía en su forma in situ, en el 9.4 o/o y el 90.6 o/o restante en su forma invasora[3]. En el Hospital Universitario San Vicente de Paul, el porcentaje de detección del Ca. in situ de cervix también ha mejorado desde un 2.3 o/o en 1958[1], hasta cifras del 48 o/o incluyendo las displasias en 1973[5].

Entre los factores que se pueden mencionar como contribuyentes al aumento del diagnóstico del Ca. in situ, vale la pena señalar la introducción de la citología vaginal rutinaria en la práctica ginecológica, las campañas de prevención y diagnóstico precoz del cáncer, programa de protección materno-infantil y los programas de planificación familiar.

Sería ideal que el diagnóstico de esta neoplasia se hiciera en su forma más precoz en el 100 o/o de los casos, pero esto en la práctica, no se lograría; sin embargo, debemos tratar de acercarnos lo más posible a esa cifra. La gran ventaja del diagnóstico temprano es que el tratamiento es menos agresivo y los resultados son más satisfactorios o sea que la curación de estos casos adecuadamente tratados van a ser del 100 o/o. Además al tratar las pacientes con carcinoma in situ, se disminuye la incidencia de Ca. invasor, disminuyendo así la rata de mortalidad debida a éste[13]. El diagnóstico se hace en primera instancia por la citología, la cual debe ser complementada con el exámen ginecológico, la biopsia dirigida y en algunas ocasiones la conización.

* Profesor Asociado I de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia.
* Profesor Asistente II de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia.
Trabajo presentado al XIII Congreso de Obstetricia y Ginecología - Bogotá 1979.

OBJETIVOS:

Nos proponemos en el siguiente trabajo:

1. Determinar la incidencia por grupos de edad.

2. Correlacionar el Ca. In situ con la edad de iniciación de las relaciones sexuales.

3. Conocer la relación del Ca. In situ con la edad del primer embarazo.

4. Estudiar el porcentaje de seguimiento, durante cinco años.

5. Evaluar los métodos terapéuticos y sus resultados.

6. Correlacionar los métodos diagnósticos con los informes histopatológicos.

7. Medir el porcentaje de pacientes embarazadas con Ca. In situ de Cervix.

8. Conocer el porcentaje de embarazos post-tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

El universo lo constituyen 145 historias clínicas de pacientes con diagnósticos histopatológicos inicial de Ca. In situ del cuello uterino; éstas historias corresponden a los casos de Ca. In situ estudiados entre mayo de 1970 y Abril de 1973 en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. El instrumento es la historia clínica, de donde se tomaron los datos necesarios para lograr los objetivos, para el procesamiento se utilizó la tabulación manual.

ANALISIS DE LOS DATOS

(Cuadro No. 1) Ver Anexo

El cuadro No. 1 muestra que en las

historias revisadas, no se encontró ningún caso por debajo de los 20 años de edad. Los grupos en los cuales se presentó la mayor incidencia fueron los comprendidos entre los 25 y 49 años. Estos datos son similares a los encontrados en otros trabajos nacionales[4]. Por encima de los 60 años de edad la incidencia es muy baja: 2.1 o/o. El 46.1 o/o correspondió a los grupos que están entre los 30 y 39 años.

(Cuadro No. 2) Ver anexo

Se observa que el 29 o/o tuvo el primer embarazo antes de los 17 años y que el 71 o/o lo tuvo antes de los 21 años. El 20 o/o tuvo su primer embarazo entre los 21 y 24 años de dad y el 9 o/o por encima de los 25 años. En 14 casos este dato no estaba consignado en la historia clínica. Como es de esperarse este dato está en relación con la edad del primer coito.

(Cuadro No. 4) Ver anexo

En este cuadro se parecia que la mayor proporción, 70.4 o/o, corresponde al grupo de más de 6 hijos. En las nulíparas es muy raro, correspondió solo al 0.7 o/o, como se ha observado en trabajos anteriores[2]. Según algunos autores[8], cuando se hace un ajuste en cuanto a la correlación entre la multiparidad y la edad temprana del matrimonio, se observa que la paridad es importante, solo porque refleja el comienzo de la actividad sexual en una edad temprana.

(Cuadro No. 6 (Ver Anexo

Este confirma la gran utilidad de este método en el diagnóstico del carcinoma in situ del cuello uterino, como se ha observado en otros trabajos[1,14]. La citología fue encontrada como positiva en el 88.1 o/o y como sospechosa en el 11.9 o/o, además se resalta la importancia de complementar el estudio en caso de citologías III. No se observa ninguna citología negativa, porque los casos fueron seleccionados en base a citologías sospechosas o positivas. En 10 casos este dato no estaba consignado en la historia clínica.

(Cuadro No. 6) Ver Anexo.

Las biopsias se toman en forma múltiple, previa prueba de Schiller. No se ha podido contar con colposcopia para tomar la biopsia verdaderamente dirigida, como lo ha demostrado Stafl[31], encontrando lesión colposcópica focal en 129 casos de 145 pacientes con carcinoma. Además de localizar la lesión, la colposcopia permite valorar su extensión y ayuda a determinar la conducta a seguir[16,30]. En el cuadro se observa que el diagnóstico de Ca. In situ se hizo en el 87.5 o/o, displasia severa en el 10o/o, displasia moderada en el 1.3o/o, displasia ligera y biopsia negativa en el 0.6 o/o en las dos últimas.

(Cuadro No.) Ver Anexo

En este cuadro se observa que el diagnóstico histopatológico de Ca. In situ se confirmó en el 77.8 o/o. Si se suman las displasias severas con los casos de Ca. in situ tenemos un total de 81.5. Se encontró Ca. microinvasor en 3 casos, 11.1 o/o y Ca. invasor en un caso 3.7 o/o. Estas cifras difieren de los otros autores[4-6] que encontraron 89.8 o/o y 91o/o de lesiones diagnósticadas como Ca, In situ y displasia severa respectivamente, en la pieza quirúrgica de los conos, habiendo dirigido la toma de la biopsia por colposcopia; en cambio es semejante a la de otros autores[33] que confirmaron al Ca. In situ en el 77o/o de las pacientes, cuando la biopsia no fue dirigida por colposcopia. En ningún caso el cono fue negativo. El caso en el cual se informó Ca. invasor se hizo el tratamiento correspondiente a estos estadios.

(Cuadro No. 8) Ver Anexo

Al analizar los resultados de las patologías de las piezas quirúrgicas de las histerectomías, tenemos en cuenta las que se practicaron de primera intención, es decir, sin conización previa. Se observa que el diagnóstico final en las piezas de de las histerectomías fue de Ca. In situ en el 66.2 o/o, displasia severa en el 7.2 o/o, displasia moderada en el 4.4 o/o, microinvasor en el

12.5 o/o. Sumando las displasias severas con los carcinomas in situ tenemos 73.4 o/o cifra un poco inferior a la encontrada en los conos. Se encontró invasor en el 5.3 o/o. Si a estas cifras se agregan las de los conos tenemos un total de 139 especímenes quirúrgicos, en los cuales se informó Ca. invasor en 7 casos, lo cual corresponde al 5.03 o/o. Esta cifra es superior a 1.59o/o encontrata en otros trabajos nacionales4 en los cuales se tomó la biopsia dirigida por colposcopia. Es posible que uno de los factores por el cual el porcentaje de falla en pasar por alto el Ca. invasores mayor en las piezas de las histerectomías que en las conizaciones sea porque las pacientes sometidas a histerectomías, son en general de mayor edad que las sometidas a conización. Los casos en los cuales se encontró Ca. invasor en la pieza de la histerectomía recibieron tratamiento complementario con radioterapia.

(Cuadro No. 9) Ver Anexo

Se practicaron 19 histerectomías despues de la conización, encontrándose lesión residual en el 36.9 o/o, en el 63.1 o/o restante no se encontró lesión. En el 26.3 o/o la lesión residual que se encontró fue Ca. in situ, en el 5.3 o/o microinvasor y en un caso Ca. invasor. En este caso que se pasó por alto en el cono, el cual sólo había mostrado displasia moderada, los controles citológicos posteriores fueron positivos. Al revisar la historia vimos que la conización había sido realizada en zona rural por médico general. En algunos trabajos se ha informado de esta falla de la conización pasando por alto el diagnóstico de invasor, pero en un porcentaje mucho menor. J. Ferguson y P. Demick[17], en una serie de 118 conos en dos casos se pasó por alto el diagnóstico de invasor, otros autores han informado el 1 o/o y el 1.2 o/o, C. Thomas Griffithrs y col.[18]. en una serie de 144 casos en uno en el cono nose encontró Ca. invasor y en la histerectomía se encontró un pequeño foco de carcinoma invasor, alto en el canal endocervical, junto al orificio cervical interno.

En el 36.9 o/o de los especímenos de las histerectomías se encontró lesión residual, cifra que está de acuerdo con la encontrada por otros autores[14-15-19-26], que encontraron el 22,11, 35 y 39 o/o respectivamente.

A pesar de que se encontró lesión residual en el 36.9 o/o después dela conización, en las pacientes que se dejaron unicamente en este procedimiento, los controles citológicos posteriores fueron negativos. Esto se podría explicar según algunos[7-22-34]. porque los cambios inflamatorios que ocurren en el cuello por el trauma quirúrgico eliminan el o los pequeños focos atípicos. También puede influir en la explicación de esta diferencia apreciable entre el porcentaje de lesiones residuales y el escaso numero de recidivas, una alteración del balance inmunológico entre el huésped y la neoplasia[27].

Embarazo: al hacer el diagnóstico solo dos pacientes se encontraban embarazadas, lo que corresponde al 1.4 o/o. De estas una no volvió a consulta y a la otra se le hizo conización, en la cual se diagnosticó Ca. microinvasor. Aquí hay que anotar que actualmente a las embarazadas con Ca. in situ se les deja terminar su embarazo y después del parto se toma la conducta definitiva previa nueva evaluación.

Embarazos post-conización: De ocho pacientes que fueron tratadas únicamente con conización, tres tuvieron un embarazo cada una, lo cual corresponde al 37.5 o/o. De estos uno terminó en aborto espontáneo y los otros llegaron hasta el término.

Uno tuvo parto intervenido por cesárea por distocia cervical y la otra parto vaginal.

Tratamiento: Del total de las 145 pacientes iniciales, recibieron tratamiento 133, de las doce restantes: 3 no volvieron después del diagnóstico, dos se encontraban embarazadas y 7 resultaron con diag-

nóstico de invasor en el cono y en la histerectomía, es decir el 91.7 o/o recibieron tratamiento para Ca. in situ.

(Cuadro No. 10) Ver Anexo

Como se observa en el cuadro el 14.29 o/o se trató con conización más histerectomía ya que durante el comienzo de esta revisión, se utilizaba esta modalidad, de hacer primero la conización como pasó previo a la histerectomía en los casos de Ca. in situ. En el 6.01 o/o el tratamiento fue únicamente con la conización, teniendo en cuenta criterios como la edad, paridad, deseos de la paciente de tener más hijos y factibilidad para los controles posteriores. En el 79.7 o/o el tratamiento fue la histerectomía sin pasar por la conización.

El porcentaje de las conizaciones como tratamiento único del carcinoma in situ del cuello uterino es inferior al 39 o/o informado en otros trabajos[4-8], con buenos resultados.

COMPLICACIONES

Entre las pacientes a las cuales se practicó conización se presentó la siguiente complicación:
Hemorragia 2 (2.7 o/o)

En las histerectomízadas las complicaciones fueron:

Hemorragia Intraoperatoria	1
Infecciones (cúpula vaginal y pared abdominal)	9
Infecciones Uterinas	2
Fístula vésico vaginal	1

En los casos de las conizaciones las complicaciones están de acuerdo con lo informado por la mayoría de los autores, que encuentran la hemorragia como la más frecuente.

(Cuadro No. 11) Ver Anexo

El 76.6 o/o fue seguido por más de dos años, pero solo el 39.8 o/o lo fue por más de 5 años.

En nuestro medio es muy difícil hacer el seguimiento en forma verdaderamente satisfactoria, como se informa en otros centros[24], de seguimiento en series de 1121 pacientes con Ca. in situ del cérvix las cuales se han controlado por más de 5 años en el 100 o/o.

Entre las causas de las dificultades que tenemos para el seguimiento están la situación económica de las pacientes y lo distante de sus sitios de residencia ya que muchas viven en zona rural.

En las 120 pacientes con diagnóstico definitivo de Ca. in situ y en 17 en las cuales fue de microinvasor, durante el tiempo de seguimiento los controles fueron negativos.

COMENTARIOS

En este trabajo se encontró que el pico de incidencia del carcinoma in situ está entre los 30 y los 39 años de edad, cifra que está de acuerdo con la de otros autores[25] correspondió casi a la mitad de las pacientes con un 46.1 o/o sin embargo, el cáncer de cuello uterino puede presentarse en cualquier edad y aún cuando aquí no se comprobó ningún caso por debajo de los 20 años, el número de casos por debajo de esta edad ha ido aumentando.

La edad del primer coito es uno de los factores más importantes en la aparición de este tumor. Aquí observamos que el 56 o/o había iniciado las relaciones sexuales antes de los 17 años, o sea un poco más de la mitad y el 85.4 o/o o sea más de las 3/4 partes de las pacientes las habían iniciado antes de los 21 años, la edad del primer embarazo está en relación con la edad de iniciación de las relaciones sexuales.

La citología vaginal continual siendo un excelente método de pesquisa o detección de pacientes con Ca. in situ del cuello uterino[1-4]. En las neoplasias cervicales intraepieliales la citología nos informa que la paciente es portadora de dicha lesión, pero el examen ginecológico con la simple

inspección ésta no se localiza.

La prueba de Schiller aún cuando es de gran ayuda para dirigir el sitio de la toma de la biopsia tiene algunas causas de falsos positivos y además no permite valorar de manera precisa la extensión de la lesión.

En este trabajo encontramos que el porcentaje de falla, para diagnosticar lesiones invasoras con la biopsia (dirigidas únicamente con Schiller, ya que no se cuenta con colposcopia, fue de 5.1%).

Esta cifra es semejante a la informada por Silver Woodruf[29] quienes comprobaron que en el 5.9 % se encontró Ca. invasora en el cono, que había pasado por alto en la biopsia. T. Griffiths y col [18] tomando biopsias de cuello repetidas y haciendo curetaje endocervical, encontraron que solo se pasó por alto el diagnóstico de Ca. invasor en un sólo caso, además observaron que a medida que se tomaban más series de biopsia aumentaba la seguridad diagnóstica. Otros autores como S. Anderson y E. Linton[9] encontraron que en 130 casos en los cuales la biopsia había informado cervicitis, displasia o Ca. in situ en la conización en 15 (11.3 %) se encontró Ca. invasor, esta cifra es mayor a la informada en nuestro trabajo. Además encontraron lesión residual en la pieza de las histerectomías post-cono en el 27 %, siendo Ca. invasor en el 1 % o sea que en el cono se pasó por alto el diagnóstico de invasor en el 1 %.

Antes de que en algunos centros se impusiera el uso del colposcopio de manera rutinaria, para la exploración ginecológica, ya se insistía[9-18-29] en que para la biopsia se considerara adecuado el material para estudio debía incluir la unión escamocolumnar, pero como ocurre con la colposcopia, en muchas mujeres, postmenopáusicas la unión escamocolumnar asciende en el cana endocervical, y al no ser completamente visible dicha unión, la colposcopia se considera insatisfactoria. Si no se visualiza colposcopicamente la unión escamocolumnar, no se puede evaluar toda la zona de transformación y está demostrado que el carcinoma de cuello uterino se origina generalmente en dicha zona.

Para disminuir esos porcentajes de fallas del 5.9 %[29] y el 11.3 %[9], se debe pensar en utilizar un método que permita una mejor dirección para elegir el sitio de donde se debe tomar la biopsia. Este método es indiscutiblemente la colposcopia, ya que permite evaluar la lesión, no solo en su extensión, sino en su morfología haciendo posible tomar muestras con un alto grado de seguridad[30] de los cambios histopatológicos más avanzados. Además con este método también se disminuye la frecuencia de la conización diagnóstica. En un trabajo anterior[4] en el cual se utilizó el porcentaje de falla para pasar por alto el Ca. invasor fue solo de 1.5 %.

El 79.7 % de las pacientes tratadas fueron sometidas a histerectomía como tratamiento primario, el 14.2 % se sometió a conización más histerectomías y el 6.01 % se trató con conización.

Estas cifras difieren de las de otros trabajos[24.4], en donde el porcentaje de pacientes tratadas con conización fue mucho mayor. En la decisión del tratamiento se tiene en cuenta factores como la edad, paridad, deseo de tener más hijos, confiabilidad de los controles post-tratamiento y la presencia de patología pérvica asociada, (leiomiomatosis uterina, prolapso, etc.) que indiquen la histerectomía.

Según algunos autores[30-24-23] la colposcopia es de gran utilidad en la selección para tratamiento conservador de la neoplasia cervical intraepitelial y hay trabajos en donde se ha informado resultados igualmente buenos con la conización como con la histerectomía[23-24-30];20 se considera que la conización puede ser un tratamiento seguro y definitivo si toda la lesión es visible colposcopicamente, y si el exámen histológico demuestra que los bordes del cono están libres de tumor. Aproximadamente menos del 3 % de pacientes con neoplasia cervical intraepitelial[30], ésta se

extiende a los fondos de sacos vaginales, en estos casos la conización lógicamente no sería el tratamiento adecuado, se requeriría más bien una histerectomía con resección de un reborde vaginal.

En Noruega el grupo de Kolsted[24] trató en una serie de 1.121 pacientes con Ca. in situ 795 con conización y conhisterectomia 238. En el grupo de las conizaciones 19 (2.3%) tuvieron recurrencia de Ca. in situ y 7 (0.9%) desarrollaron Ca. invasor más tarde, mientras que las sometidas a histerectomia lo desarrollaron en 3 (1.2%) y 5 (2.1%) respectivamente. Estas lesiones recurrentes se desarrollaron de 5 a 25 años después del tratamiento inicial, demostrando que no obstante la modalidad terapéutica, las pacientes con historia de Ca. in situ de cervix uterino son de algún riesgo para desarrollar enfermedad recurrente.

En esta serie no se informa ningún caso tratado con criocauterización o electrocoagulación aún cuando algunos autores 16-21-28 informan resultados más o menos aceptables con esto métodos, su mejor indicación sería en pacientes muy jóvenes deseosos de tener hijos, cuando la lesión colposcopica es pequeña y no se extiende al canal endocervical, y la paciente es confiable para el seguimiento. Las lesiones residuales después dela conización se comprobaron en el 36.9% cifra que está más o menos de acuerdo con la de otros autores [14-16-19-26]. En un trabajo anterior[4], se encontró que los casos con citologias positivos post-conización coincidian con aquellos en los cuales los bordes de resección no estaban libres de tumor (el vértice del cono) sin embargo en 8 casos en los cuales el vértice del cono era positivo los controles citológicos posteriores fueron negativos en 5. Ven Nagell y Col.[33] encontraron lesión residual en la pieza de la histerectomia después de la conización en el 30%, pero la recurrencia se presentó en el 7% de las pacientes sometidas a conización sin histerectomia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Del estudio de costos 145 casos vistos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de mayo de 1970 a Abril de 1973 se puede concluir: los grupos de edad de mayor incidencia son los comprendidos entre los 25 y 49 años, presentándose en este estudio a partir de los 20 años, pero pudiendo encontrarse desde antes de esta edad. La edad temprana de la iniciación de las relaciones sexuales parece jugar un papel importante en la génesis de ésta neoplasia ya que se encontró que el 56% la habían iniciado antes de los 17 años y el 85.4% lo habían hecho antes de los 21 años.

El 11.9% decitologías sospechosas pone de manifiesto una vez más la importancia de continuar estudiando las pacientes con este hallazgo. El porcentaje de falla del 5.03% para diagnosticar Ca. invasor, al pasarlo por alto en la biopsia y encontrarlo en la pieza quirúrgica del cono o de la histectomia, nos pone de presente la necesidad de fomentar el uso de un método más refinado como la colposcopia para reducir este porcentaje de error en el tejido estudiado, ya que sería poco práctico volver a hacer conización a todas las pacientes con diagnóstico de Ca. de in situ en la biopsia.

El seguimiento por más de 2 años fué del 76.6% y por más de 5 años en el 39.8 %, siendo negativo en todos los caso. Aún cuando sea difícil es preciso tratar de mejorarlo en lo posible.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The following conclusions can be drawn from the study of these 145 cases seen at Medellín's Hospital Universitario San Vicente de Paúl from May 1970 through April 1973: The age groups with higher incidence are those between 25 and sometimes before. The early age for starting sexual relations seems to play an important roll in the genesis of this neoplasia, since it was found that 56% have started sexual relations before 17 and 85.4% before 21 years old.

The 11.9% of suspected cytologies shows once again the importance of continuing studying patients included in this group.

The 5.03% failure percentage to diagnose invading Ca., when overlooked in the biopsy and then found in the cone or hysteretomy surgical piece, shows the need of promoting the usage of more perfect methods such as the colposcopy to reduce the failure percentage in the analized tissue, since it is not pragmatic to make again a conization to all patients with Ca. in situ according to the biopsy.

The continuation was for more the two years of 76.6% and of 39.8% for more than five years, being negative in all the cases. It is necessary to try to better it, although it is a very difficult task.

CUADRO Nº 1

GRUPO POR EDADES

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAU

I.970 - I.973 F. BARROS G. GALLEGO

EDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
<20	0	0
21_24	3	2.1
25_29	16	11.5
30_34	34	23.7
35_39	33	22.7
40_44	23	15.6
45_49	18	12.4
50_54	9	6.2
55_59	6	4.0
>60	3	2.1
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 2

EDAD INICIACION RELACIONES SEXUALES
CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
I.970 – I.973 F. BARROS G. GALLEGO

EDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
<17	74	56.0
18_20	40	29.4
21_24	16	12.4
>25	3	2.2
SIN DATO	12	—
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 3

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO
CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
I.970 – I.973 F. BARROS G. GALLEGO.

EDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
<17	38	29.0
18_20	55	42.0
21_24	25	20.0
>25	13	9.0
SIN DATO	14	—
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 4

NUMERO DE EMBARAZOS

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

1.970–1.973 F. BARROS G. GALLEGO

EMBARAZOS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
0	1	0.7
1_ 3	8	5.5
4_ 6	34	23.4
> 6	102	70.4
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 5

CITOLOGIAS VAGINALES

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

CITOLOGIAS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
POSITIVAS	119	88.1
SOSPECHOSAS	16	11.9
SIN DATO	10	—
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 6

RESULTADOS DE LAS BIOPSIAS

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

BIOPSIA	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVA	1	0.6
DISPL. LIG.	0	0.0
DISPL. MOD.	1	0.6
DISPL. SEV.	14	10.0
CA IN SITU	129	88.8
TOTAL	145	100.0

CUADRO Nº 7

RESULTADO DE LAS PATOLOGIAS DE LOS CONOS

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 1.973 F. BARROS. G. GALLEGO

PATOLOGIA	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVA	0	0.0
DISPL. LIG.	0	0.0
DISPL. MOD	1	3.7
DISPL. SEV.	1	3.7
CA IN SITU	21	77.8
MICRO.	3	11.1
INVAS.	1	3.7
TOTAL	27	100.0

CUADRO Nº 8

RESULTADO DE LAS PATOLOGIAS

HISTERECTOMIA

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

PATOLOGIA	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVA	5	4.4
DISPL. LIG.	0	0.0
DISPL. MOD.	5	4.4
DISPL. SEV.	8	7.2
CA IN SITU	74	66.2
MICRO	14	12.5
INVAS.	6	5.3
TOTAL	112	100.0

CUADRO Nº 9

LESIONES RESIDUALES POSTCONO

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

LESION RESIDUAL	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVA	12	63.1
DISPLASIA	0	0.0
CA IN SITU	5	26.3
MICRO	1	5.3
INVAS.	1	5.3
TOTAL	19	100.0

CUADRO Nº 10

TRATAMIENTO

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

TRATAMIENTO	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
CONIZ_HISTEREC.	19	14.29
CONIZACION	8	6.01
HISTERECTOMIA	106	79.70

CUADRO Nº 11

SEGUIMIENTO

CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO UTERINO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
1.970 - 1.973 F. BARROS G. GALLEGO

AÑOS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
<2 AÑOS	31	23.4
>2 AÑOS	102	76.6
>5 AÑOS	53	39.8

BIBLIOGRAFIA

1. B. E., Tuberquia C.J., Diaz C. Carcinoma in situ del cuello uterino Rev. Col. de Obst. y Ginec. XXV: 95, 1974.

2. Botero U. J., Barros P.F., Carcinoma del cuello uterno en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Rev. Col. de Obst. y Ginecol. XX: 411, 1969.

3. Gaitán Marquez E.: Incidencia del Cáncer en Colombia. Rev. Col, de Obstet. y Ginecol. XX: 417, 1969.

4. Jordan A. G., Barros P. F., Evaluación de los métodos diagnósitcos del carcinoma in situ del cuello uterino. Trabajo presentado en el XII Congreso Colombiano de Obst. y Ginecol. en Medellín, 1977 sin publicar.

5. Uribe D. J. Diaz C. R., Rodríguez R. L. Estudio estadístico de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes tratadas en el Hospital Universitarios San Vicente de Paúl e I S S de Medellín, Colombia, durante los años 1970-1977. Rev. Col. de ostetricia y Ginecología XXIX: 119, 1978.

6. Ahlgran M., Ingermarsson I. Conization as treatament of Carcinoma in situ of the uterina cervix Obstet. Gynecol. 46: 135, 1975.

7. Anderson B: Tratamiento de la neoplasia cervical temprana Clin. Obstet. y Ginecol 20: 837, 1977.

8. Anderson M. C. Etiología y Patología del cáncer de cuello uterino Ginecología y Obstetricia temas actuales 3: 317, 1976.

9. Anderson S. C., Linton E. B.: The diagnostic accuracy of cervical biopsy and cervical conization. Am J. Obstet. Gynacol. 99: 113, 1976.

10. Baker W. S., Hawks B. C. Am. J. Obstet. Gynecol 73: 1266 1975.

11. Bjerre B., Eliason G., Linell F.: Conization asonly treatmen of carcinoma in situ of the uterino cervix am J. Obstet. Gynecol 129: 143, 1976.

12. Boyes D. A.: The British Colombia screening program O G S 24: 1005, 1069.

14. Creasman W. T., Turlege F.: Carcinoma in situ of the cervix Obstet. Ginecol 39: 373, 1971.

15. Davereux W.P., Edwards C. L. Carcinoma in situ of the cervix Am. J. Obstet. Gynecol 98: 479, 1967.

16. Di saia P.J. Morrow C. P., Towsend D E: Synopsis of Ginecologic Oncology New York. John Wiley and Sons 1975, pg. 95.

17. Ferguson J. H., Demick P. E.: New England J. Med 262: 13, 1960.

18. Griffiths T., Austin J., Younge P.: Punch biopsy of the cervix Am. J. Obstet. Gyneco. 88: 695, 1964.

19. Hall J. E., Boyce J. E., Nelson J. H.: Carcinoma in situ of the cervix uteri. Bostet Gynecol 34: 221, 1969.

20. Jordan J. A.: Genecología y Obstetricia temas actuales 3: 295, 1976.

21. Dauffman R. N., Stroma T.: Cryosargical treatment of cervical neoplasia. Obstet. Gynecol. 42: 881, 1973.

22. Kern G: Carcinoma in situ of the cervix. Berlin Springer. Verlag 1964.

23. Kolstad P.: Carcinoma of the cervix Stage o diagnosis and Treatment Am. J. Obstet Gynecol 96: 1098, 1966.

24. Kolstad P., Elen V.: Long term follow-up of 1121 cases of carcinomain situ O G S 32: 120, 1977.

25. Mc. Gowan: Gynecologc Oncology New York. Aplleton Century croffa 1978: 202.

26. Nebal W., Shingleton H. M: Cold Knife Conization of the cervix uteri. Surg Obstet. Gynecol. 125: 780, 1967.

27. Richart R. M.: Influencia of diagnostic and therampitic procedures in the distribution of cervical intraepithelial neoplasia. Cancer 19 1635, 1966.

28. Richart R. M.: Sciarri J. J.: Treatment of cervical dysplasia by out patient electocauterization. Am. J. Obstet. Gynecol. 101: 200, 1968.

29. Silvar E., Woodruff J. D.: Evaluation of biopsy, cone and histerectomy sequince in Intraepitelial carcinoma of the cervix. Obstet. Gynecol. 27: 89, 1966.

30. Stafl: Colposcopy. Cancer 38: 432, 1976.