

Patología Benigna del Cuello Uterino *

REVISIÓN DE UN AÑO EN LOS HOSPITALES
SAN JOSE Y LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS.

**Doctores:

Jaime Ruiz Carrillo,
Roberto Jaramillo U.,
Jaime Ruiz Acevedo y
Jaime Pedraza Gaitán

Por honroso compromiso con la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la Facultad de Medicina del Colegio de Nuestra Señora del Rosario contribuye con el presente trabajo que representa un estudio retrospectivo de un año (1976) en los Hospitales de San José e Infantil "Lorencita Villegas de Santos" de 7.100 historias clínicas de la Consulta Externa en las cuales se investigó la Cervicopatía Benigna.

JUSTIFICACION:

Revisando las literaturas mundial y nacional a este respecto hemos visto con alguna sorpresa, que este tema no ha sido estudiado con el interés que merece por el volumen que representa la Cervicopatía Benigna en el gran panorama de la Ginecología. Los primeros trabajos que se encuentran publicados en la literatura nacional, según la magnífica recopilación hecha por Sánchez Torres, datan de 1926, cuando el Doctor Eduardo Prada presentó como tesis de grado el "Tratamiento Quirúrgico de la Endocervicitis Crónica" para optar su título de Médico y cirujano de la Universidad Nacional.

*Relato presentado al XII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología reunido en Medellín XII - 77.

**Facultad de Medicina - Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

-Trabajo presentado en el XII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología de Medellín Diciembre de 1.977.

Luego aparece en dicha recopilación el trabajo del Doctor Ricardo Pérez, de la Universidad de Cartagena, en 1934, sobre "Algunos casos de cervicitis gonocócica tratados con electrocoagulación", en 1936, el "Tratamiento de las Cervicitis Crónicas con Filhos", por el Doctor Luis F. Rodríguez de la Universidad Nacional (Tesis de grado).

Desde entonces se han publicado cerca de 20 trabajos sobre el mismo tema, pero no se ha analizado el Cérvix Benigno de una manera universal, ni se han fijado normas para el diagnóstico, seguimiento y relación con su posible futura malignidad; tampoco conocemos investigaciones que conjuguen de manera clara y precisa la signo-sintomatología clínica, las características del medio vaginal, etc., con la lesión del cuello y su importancia.

Desde Fluhmann hacia acá ningún autor ha profundizado en el estudio del cérvix benigno y nada se ha agregado a la completa revisión hecha en su obra. No pretendemos en este somero análisis presentar resultados excepcionales, pero, nos conformamos con la idea de que nuestra contribución sea útil para despertar el inmenso interés que a nuestro juicio tiene esta materia, que al parecer ha sido relegada a un segundo plano ante otras de innegable importancia, como las campañas de control demográfico, el diagnóstico precoz del cancer, etc., cuya acción masiva ha determinado que se pase por alto el estudio de esta patología.

PROPOSITO:

El propósito principal de nuestro estudio ha sido el de lograr un mayor conocimiento del problema, en los dos grupos de población del Hospital de San José y el Hospital Infantil "Lorencita Villegas de Santos", analizados de manera particular y comparados entre sí, buscando la relación de la importancia social, económica y cultural de cada uno de estos universos, siendo la población usuaria del Hospital de San José de un nivel más bajo que la del Hospital Infantil; y del mismo modo analizar los medios que conducen al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico de esta Patología.

Las experiencias de esta investigación deberán contribuir de manera cierta a la adopción de normas unificadas que, al paso que den mejores resultados clínico-asistenciales, sean la base para estudios prospectivos; logros estos que estamos resueltos a obtener.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Estudio de la dimensión e importancia de las cervicopatías benignas en la consulta Gineco-Obstétrica de dos Hospitales Universitarios.
2. Correlación entre los datos obtenidos en cada uno de los Hospitales en cuanto a incidencia, severidad de las lesiones y posibilidad de seguimiento.
3. Correlación entre los datos obtenidos en cuanto a condiciones socio-económicas y culturales de las correspondientes zonas de influencia de los dos Hospitales.
4. Interrelación de la patología benigna del cérvix con medios y hábitos de planificación familiar.
5. Correlación de sintomatología, signología y modificaciones del medio vaginal, con lesiones reales o aparentes del cérvix frente a los estudios citológicos (4.210 C.C.V.).

CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA BENIGNA DEL CERVIX – (FLUHMANN):**1. LESIONES CONGENITAS**

- 1.1. Defectos de los conductos de Müller
- 1.2. Restos del conducto Mesonéfrico
- 1.3. Erosión congénita o pseudo-erosión

2. LESIONES TRAUMATICAS

- 2.1. Desgarros
- 2.2. Perforaciones
- 2.3. Ulceraciones traumáticas
- 2.4. Cuello incontinente
- 2.5. Cuello restante
- 2.6. Elongación del cérvix

3. ESTENOSIS Y ATRESIAS

- 3.1. Congénitas
- 3.2. Adquiridas
 - 3.2.1. Infecciones
 - 3.2.2. Traumas obstétricos
 - 3.2.3. Manipulaciones instrumentales
 - 3.2.4. Tumores
 - 3.2.5. Radiación
 - 3.2.6. Cuerpos extraños
 - 3.2.7. Atrofia senil
 - 3.2.8. Post-operatorios

4. CERVICITIS

- 4.1. Aguda inespecífica
- 4.2. Aguda específica
 - 4.2.1. Gonococo
 - 4.2.2. Tricomonas V.
 - 4.2.3. Monilias
 - 4.2.4. H. Vaginales
 - 4.2.5. Bacilo de Ducrey
 - 4.2.6. Linfogranuloma venéreo
 - 4.2.7. Condilomas acuminatus
 - 4.2.8. Sífilis; T.B.C.
 - 4.2.9. Granuloma inguinal venéreo
 - 4.2.10. Amebas

5. EROSION

- 5.1 No embarazadas
- 5.2 Embarazadas

6. NEOPLASIAS BENIGNAS

- 6.1 Papilomas
- 6.2 Pólipos
- 6.3 Miomas, fibromas, etc.
- 6.4 Endometriosis
- 6.5 T. vasculares (Hemangiomas)
- 6.6 Lipomas

1. LESIONES CONGENITAS

- 1.1 Defectos de los Conductos de Müller
 - 1.1.1 Agenesias bilateral o unilateral — se acompaña por lo general de otras malformaciones: renales, de trompas, vagina etc.
 - 1.1.2 Cérvix doble — falta de unión de los conductos de Müller
 - 1.1.3 Cérvix simple (Unicollis)
 - 1.1.4 Cérvix tabicado

Clínica: Son casos poco frecuentes pero suelen acompañarse de hematocolpos, hematometra y dan lógicamente complicaciones obstétricas, infertilidad, dismenorrea, etc.

Tratamiento: Quirúrgico según el caso.

1.2 Restos del conducto Mesonéfrico:

Restos del Conducto de Gartner que son más frecuentes de encontrar en el ligamento ancho, en las paredes uterinas, en la vagina y hasta en el himen, pero que estudios de Meyer, Huffman y otros autores encuentran con una incidencia hasta del 20o/o en las paredes laterales del cérvix consideran que pueden ser más frecuentes si se estudian más adecuadamente las piezas quirúrgicas.

1.3 Erosión congénita:

Se aplica este término a las zonas de epitelio cilíndrico que se extienden desde el conducto cervical hasta la Portio pasando sobre el orificio externo.

En vista de que no hay pérdida del epitelio superficial, muchos autores prefieren el término "Seudo-Erosión". Esta lesión fué descrita desde 1880 por Fischel.

2. LESIONES TRAUMATICAS

2.1 Desgarros:

Generalmente son de causa obstétrica, pero no se diagnostican en muchas ocasiones sino de manera tardía, razón por la cual se recomienda revisar el el cuello inmediatamente después del parto, de manera rutinaria. En la primera mitad del embarazo o aún en útero no grávido se puede producir el desgarro por dilataciones instrumentales o manuales mal ejecutadas. Pueden ser unilaterales, bilaterales o estrellados y llegan a veces a interesar hasta el orificio interno.

2.2 Perforaciones:

Se producen especialmente durante las maniobras instrumentales, los abortos provocados, las dilataciones previas a raspado, etc.

2.3 Ulceraciones traumáticas:

Son las que se encuentran en los úteros prolapsados, o con el uso indebido de pesarios, pueden traer como consecuencia hemorragias, infecciones, etc. y pueden producir infertilidad cuando son muy altas y llegan a interesar el orificio interno; se suelen acompañar de flujo, a veces mal olor y si la lesión es muy profunda puede llegar a producir atresias parciales o totales.

Las lesiones que se diagnostican en el momento de producirse, deben repararse de inmediato y las antiguas, en ocasiones no necesitan ningún tratamiento.

2.4 Cuello incontinente:

Este es un tema muy conocido por lo cual no es del caso referirse a él en esta Monografía.

2.5 Cuello restante:

No ofrece particularidades especiales ni distintas del cérvix previo a la Histerectomía subtotal. Actualmente, salvo en casos excepcionales, siempre se practica histerectomía total, por lo que esta patología se presenta pocas veces en la consulta. De todas maneras, cuando el cuello restante de patología, esta se trata de la misma manera que la del órgano íntegro.

2.6 Elongación del cérvix:

No se trata de una hipertrofia cervical y se presenta en los prolapsos. Aparte de la incomodidad que experimenta la paciente puede ocasionar erosiones, hemorragias y distocias.

3. ESTENOSIS Y ATRESIAS

Se denomina así la tendencia a la obstrucción parcial o completa del canal cervical. No es este un problema muy frecuente, pero cuando se presenta trae complicaciones serias como hematomas, piometras, etc.

3.1 Congénitas:

Estas están representadas por las malformaciones congénitas que interesan el canal cervical y lo obstruyen parcial o totalmente, tales como el "orificio puntiforme".

3.2 Adquiridas

- 3.2.1 Por infecciones. La gonococia, la T.B.C. y la sepsis puerperal o post-aborto pueden traer como consecuencia una estenosis.

- 3.2.2 Por causas obstétricas — Los fórceps, los partos espontáneos traumáticos, etc. pueden dar lugar a estenosis secundarias.

- 3.2.3 Por manipulaciones instrumentales las sondas, las curetas, etc. manejadas imprudentemente o con mala técnica pueden traer desgarros y estenosis subsecuentes.

- 3.2.4 Tumores benignos o malignos

- 3.2.5 El uso de sondas de Radium, el cobalto, etc. producen atrofia y estenosis.

- 3.2.6 Cuerpos extraños como pesarios de tallo, compresas olvidadas por mucho tiempo, etc. pueden ser factores etiológicos.

- 3.2.7 La atrofia senil puede dar lugar a obstrucciones por adherencias y atrofia de la mucosa.

- 3.2.8 Post—operatorios: Dá lugar a estenosis la mala vigilancia en el post—operatorio de cirugías tales como: amputaciones, conizaciones, traqueorraxias, etc. aunque se haya usado una técnica adecuada.

Todas estas lesiones pueden dar diferentes síntomas según la edad y severidad del proceso, pero especialmente pueden dar dismenorrea, hematometra, hematosalpinx y peritonitis consecuentes, endometriosis, leucorreas purulentas y esterilidad. El mejor tratamiento de estas lesiones es el profiláctico, pero cuando ya están establecidas, se deberá tratar la estenosis con dilataciones periódicas y cuando esto no es practicable se podrá llegar hasta la histerectomía total.

4. CERVICITIS

Este problema, muy frecuente en la consulta Ginecológica, se puede definir como una inflamación aguda o crónica del cérvix, resultante de una infección directa o secundaria proveniente del útero,

de la vagina, la triconomas, las H. vaginales, las monilias; o no específicos como estafilococo, etc.

El síntoma principal es la secreción vaginal patológica purulenta, que tiene aspecto especial según el agente causal (espumoso, de leche cortada, etc.) El cérvix se encuentra enrojecido, edematoso y al examen se aprecia cómo el flujo sale a través del orificio externo, que a veces se encuentra erosionado.

El diagnóstico etiológico se hace mediante el frotis de la secreción cervicovaginal; la biopsia está contraindicada en el período agudo.

El tratamiento está basado en la administración de drogas sistémicas o locales (óvulos, cremas, etc.).

La cervicitis crónica sigue a la fase aguda, es producida por lo general por gérmenes inespecíficos y se observa como resultado de una erosión, un desgarrado, ectropión o eversión de la mucosa cervical.

El cuadro clínico está constituido por el flujo, acompañado o no de dolor, parametritis, "vejiga irritada", etc. y aún esterilidad por hostilidad del medio cervical.

El diagnóstico se funda esencialmente en lo que se encuentra en la inspección: se observa el cuello de color rojo intenso, desgarrado, con ectropión o erosión.

"El término eversión es aplicado a las zonas en las cuales la mucosa cervical está expuesta como resultado de desgarros del cérvix" mientras que "el ectropión hace referencia al prolapso de la mucosa endocervical con orificio intacto o como consecuencia de una herida" (Fluhmann).

5. EROSION

Literalmente significa pérdida de sustancia en la superficie, pero muchos autores niegan que exista pérdida de subs-

tancia y por eso prefieren que se denomine como Seudo-Erosión.

El término ha sido empleado desde hace más de 100 años y era conocido por autores como Lispanc en 1841, quien lo usaba en sentido literal: pérdida de sustancia (epitelio superficial).

La descripción de Churchill (1857) decía "cuando el cérvix inflamado se expone a la vista con el espéculo, se aprecia que su superficie ofrece un matiz rojo vivo, en lugar del color rosado normal".

El trabajo de Fischel en 1880 sobre "erosión congénita" demostró que en esta lesión la erosión se compone de epitelio cilíndrico que se extiende desde el conducto cervical sobre la Portio. Estos hallazgos han resistido la prueba del tiempo.

"Cuando en 1910 apareció el trabajo fundamental de Roberto Meyer, sus conclusiones fueron tenidas por ciertas y aceptadas por todos durante más de 50 años. Meyer afirmó que la pseudo-erosión era la resultante obligada de un proceso inflamatorio endocervical; su comprobación permitía al médico afirmar con certeza que en ese cuello había existido y persistía aún un proceso infeccioso. La pseudo-erosión era el sello de la endo-cervicitis".

Se considera que en el proceso de la pseudo-erosión se suceden cuatro períodos:

1. El moco cervical tóxico macera el epitelio ectocervical formando una erosión verdadera.
2. Proliferación del epitelio endocervical hasta recubrir la zona erosionada.
3. Proliferación del epitelio ectocervical insinuándose por debajo del epitelio endocervical ectópico.
4. El epitelio ectocervical rellena los espacios glandulares curando la pseudo-erosión.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se hace mediante el examen clínico, colposcopia, examen bacteriológico y biopsia.

TRATAMIENTO:

Varía en cada caso según numerosos autores en algunos no es necesario practicar tratamiento alguno; en otros el tratamiento sistémico (antibióticos) o el tratamiento quirúrgico son necesarios.

Las cauterizaciones tienen por objeto destruir los tejidos y estimular su eventual cicatrización y re-epitelización, la cual se presenta hacia las seis semanas. Este procedimiento resulta eficaz en la mayoría de los casos.

Cuando se fracasa, se hace necesario muchas veces llegar a la conización o a la amputación cervical (traqueloplastia).

6. NEOPLASIAS BENIGNAS

Los tumores benignos del cérvix están representados por el pólipo mucoso (resultado de hiperplasia focal de la mucosa endocervical), papilomas solitarios, condilomas acuminatus, miomas, fibromas, Endometriosis, tumores vasculares, etc.

MATERIAL Y METODOS

De las 23.886 consultas efectuadas en nuestros Hospitales, se revisaron 7.100 historias de las pacientes que concurrieron durante el año de 1976 a las consultas de Ginecología, Obstetricia y Planificación Familiar, seleccionando aquellas en las cuales por examen clínico o citopatológico se obtuvo información evidente de lesiones benignas del cuello, tomando como base del análisis, la edad, paridad, estado civil, citología cervico-vaginal, anticoncepción, diagnóstico clínico, diagnóstico citopatológico (tumoral, microbiana, inflamatoria), flujos, tratamiento efectuado, control y seguimiento.

RESULTADOS

Con base en los resultados de 4.210 citologías cervico-vaginales procesadas en

1976 entre las 7.100 historias clínicas de la consulta externa de Gineco-Obstetricia y Planificación Familiar de los Hospitales de San José e Infantil y en relación con los parámetros enunciados obtuvimos los siguientes resultados:

Citologías Cervico-Vaginales según Edad y Paridad:

	Hospital San José	Hospital Infantil
Citología 1	42.61o/o	15.51o/o
Citología 2	55.58o/o	83.67o/o
Citología 3	1.35o/o	0.70o/o
Citología 4	0.45o/o	0.09o/o

Del análisis de éste cuadro vale la pena hacer notar:

- No hay diferencia entre los dos universos en relación con la suma de las citologías 1 y 2, pero son de anotar los escasos diagnósticos A 1 del Hospital Infantil, quizá por gran rigor en el diagnóstico del citólogo.
- Las citologías 3 y 4 muestran una diferencia estadísticamente significativa que a nuestro juicio es altamente representativa del tipo de pacientes de cada uno de nuestros Hospitales, máxime si tenemos en cuenta lo dicho en el párrafo anterior.
- La relación de edad, paridad—citología, demuestra sorpresivamente que de las 8 citologías A IV, 4 están entre los 20 y 29 años, 3 entre los 30 a 39 años y una solamente entre las pacientes de 40 años y más. Estos mismos datos citológicos los encontramos entre las multiparas de 3 o más partos y sólo en un caso (Hospital Infantil) entre las del grupo de 1 a 2 embarazos.
- En cuanto hace relación con C.C.V. y anticoncepción, el 78o/o de las pacientes usan el DIU y es claramente observable que las citologías 3 y 4 están directamente relacionadas con las usuarias de éste método, sin que esto signifique ciertamente una relación de causa a efecto, pues lo que ocurre, al menos en nuestro medio, es que precisamente estas pacien-

tes son las que por su procedencia (Programa de Planificación Familiar que no presta mayor cuidado a las lesiones objetivas), son también aquellas que concurren más cumplidamente a los controles de C.C.V.

e. Flujos

Constituyen la sintomatología más frecuente según los diversos autores, pero en nuestro estudio solo encontramos 442 pacientes con flujo genital como motivo principal de consulta.

En relación con la edad, no hay diferencia importante entre los 2 Hospitales y lo mismo sucede en relación con la paridad.

En cuanto a la etiología — predomina el porcentaje de Tricomonas (54.29o/o) sobre los demás agentes. Es de anotar la muy escasa incidencia de Hemofilus vaginalis lo que interpretamos como "error humano" al no investigarla; a medida que se concientiza el personal de laboratorio a este respecto, aumentan los resultados positivos.

Aquí como en los otros cuadros podemos observar como el porcentaje de pacientes usuarias de algún método anticonceptivo solo alcanza un poco más del 50o/o de los casos (51.81o/o).

En relación con el Pap, es significativa la diferencia de Pap A2 en los 2 Hospitales, como ya se anotó antes.

En relación con el tratamiento vemos que, a diferencia de lo observado más adelante con la cervicitis y otras patologías, el 85o/o de las pacientes lo recibieron, aunque para estudiar la bondad de él sería necesario un mejor control, pues como vemos, este es deficiente debido a la no asistencia de las pacientes a la consulta.

f. Cervicitis — se hallaron 895 casos de cervicitis cuya relación según los parámetros propuestos puede observarse en cuadro correspondiente y como es obvio, la mayor incidencia corresponde (94.53o/o) a mujeres de vida sexual activa.

De las 895 pacientes con Cervicitis, solo 456 (50.94o/o) empleaban algún método anticonceptivo.

En relación con edad y paridad, el 84.39o/o corresponde a mujeres que han tenido 3 o más hijos; y no hay diferencia substancial en relación con la edad.

En cuanto a estados infecciosos, no hemos encontrado como otros autores, una asociación importante con infecciones específicas, (solo el 10.84o/o de tricomonas) y ningún caso de gonococia.

Esto nos está demostrando una enorme falla en la investigación y estudio de las cervicopatías, pues es imposible aceptar estos datos como reales ya que dentro del total de 442 casos de flujo estudiados como tales dentro del gran universo, encontramos como ya se dijo, que las tricomonas estaban presentes en el 54.29o/o de los casos, y aquí tampoco ninguna gonococia, lo cual es claramente cuestionable ante el incremento de este tipo de infección y sobre todo en el medio altamente promiscuo de la clientela del Hospital de San José.

Es así mismo sorprendente nuestro hallazgo de que solamente el 69.06o/o de las pacientes con cervicitis clínica tengan un estudio citológico y que hayan recibido tratamiento solo el 65.45o/o

Tratamiento:

El tratamiento médico de elección ha sido la electro-coagulación, asociada o nó a otros tratamientos locales y sistémicos según el caso, (antibióticos, bacteriostáticos).

El tratamiento quirúrgico practicado a las pacientes ha consistido en conizaciones, traquelorrafias, etc.

Lo que llama la atención en nuestro estudio es que el 29.41o/o en el Hospital de San José y el 26.90o/o en el Hospital Infantil, de las pacientes con diagnóstico de

Cervicitis no recibió tratamiento, o lo que es más frecuente, no concurrió a ningún control, (28.93o/o del gran total).

g. Polipos y otras patologías — Los datos encontrados se recopilan en él.

Es importante anotar la escasa patología de este tipo encontrada en nuestra revisión quizá debido a la ~~confusión~~ que existe entre los términos **ectropion**, erosión, cervicitis, razón por la cual toda esta patología cervical la denominamos genéricamente "Cervicitis", cuando en realidad, según lo hemos anotado atrás se puede tratar de cualquiera de esas lesiones.

De todas maneras, es interesante el que no se hayan encontrado casos antes de los 19 años; además, como es de suponer, la mayor cantidad de patología se encuentra por encima de los 35 años y en las múltiparas.

En relación con el Pap, no encontramos en estas 75 pacientes ninguno de clase A3 o A4 y el 64o/o de ellas no practica anticoncepción.

Según las historias no hay flujo asociado, cosa bien extraña teniendo en cuenta que el 36o/o tienen como patología asociada la cervicitis.

El tratamiento quirúrgico se practica en el 63.99o/o de los casos y no vuelven a control el 51o/o. benigna dentro de la actividad diaria de los servicios, aprovechando la consulta de la especialidad y aquellas que otros programas similares ocupen (Planificación Familiar, etc).

FLUJOS		
EDAD	TOTALES	%
De 19 años	31	= 7.01
20 - 24	92	= 20.81
25 - 29	101	= 22.85
30 - 34	71	= 16.06
35 - 39	63	= 14.25
40 - 44	41	= 9.27
De 45 años	40	= 9.04
Sin dato	3	= 0.67
	<u>442</u>	

FLUJOS		
PARIDAD:	TOTALES	%
Nuliparas	13	= 2.94
1 - 2	172	= 38.91
3 - 5	149	= 33.71
- 6	103	= 23.30
Sin dato	5	= 1.13
	<u>442</u>	

CONSULTA EXTERNA		
	HOSPITAL INFANTIL	HOSPITAL SAN JOSE
GINECOLOGIA	3.388	3.338
OBSTETRICIA	7.864	2.308
PLANIFICACION FAMILIAR	2.886	4.102
	<u> </u>	<u> </u>
TOTAL	14.138	9.748 = 23.886

Se estudiaron: 7.100 historias.

C.C.V. ANTICONCEPCION						
1.581 CASOS						
PAP	DIU	ORAL	ESTERILIZACION OTROS		TOTAL	%
I	337	43	33	6	419	= 26.05
II	882	167	57	33	1.139	= 72.04
III	16	1	1	1	19	= 1.20
IV	4				4	= 0.25
TOTAL	1.239 = 78.37	211 = 13.35	91 = 5.76	40 = 2.53	1.581	= 100

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA		
TRATAMIENTO	TOTALES	%
Médico	20	= 26.66
Quirúrgico (Extirpación, respado etc.)	43	= 57.33
Médico Quirúrgico	5	= 6.66
Sin tratamiento	7	= 9.33
	<u>75</u>	

FLUJOS		
CITOLOGIAS	TOTALES	%
Pap I	62	= 14.02
Pap II	265	= 59.95
Pap III	7	= 1.58
Pap IV	0	= 0.00
Sin dato	108	= 24.43
	<u>442</u>	

FLUJOS		
ETIOLOGIA	TOTALES	%
Tricomonas	240	= 54.29
Hongos	100	= 22.62
H. V.	2	= 0.45
Otros	91	= 20.58
Mixtos	9	= 2.03
	<u>442</u>	

ANTICONCEPCION		
DIU	194	= 43.89
Píldoras	26	= 5.88
Pomeroy	9	= 2.03
Sin	213	= 48.19
	<u>442</u>	

FLUJOS		
ESTADO CIVIL	TOTALES	%
Solteras	52	= 11.76
Casadas	315	= 71.26
U. Libres	17	= 3.84
Otros	9	= 2.03
Sin dato	49	= 11.08
	<u>442</u>	

FLUJOS		
TRATAMIENTO	TOTALES	%
Médico	379	= 85.07
Sin	63	= 14.02
	<u>442</u>	
CONTROLES	240	= 54.25
RESULTADOS		
Mejoría	149	= 33.71
Sin datos	273	= 61.76
	<u>442</u>	

CERVICITIS		
TRATAMIENTO	TOTALES	%
Médico	420	= 46.92
Quirúrgico:	132	= 14.74
Conizaciones		
Traquelect.		
Sin tratamiento	308	= 34.41
Mixto	34	= 3.79
Sin dato	1	= 0.11
	<u>895</u>	

RESULTADOS		
Mejorías	314	= 35.08
Sin cambios	18	= 2.01
Sin datos	350	= 39.10
Sin tratamiento	213	= 23.79
	<u>895</u>	
CONTROLES	537	= 60.00
PATOLOGIA ASOCIADA		
Miomas	232	= 25.92
Prolapsos, etc.		

CERVICITIS		
INFECCION CONCOMITANTE	TOTAL	%
Tricomonas	97	10.83
Hongos	26	2.90
H. V.	4	0.44
Otros	54	6.03
TOTAL	<u>181</u>	<u>20.20</u>

CERVICITIS		
EDAD	TOTAL	%
Menos de 19 años	14	1.56
De 20 a 24 años	103	11.50
De 25 a 29 años	159	17.76
De 30 a 34 años	130	14.52
De 35 a 39 años	152	16.98
De 40 a 45 años	117	13.07
Mayores de 45 años	220	24.58
TOTAL	<u>895</u>	

CERVICITIS		
ESTADO CIVIL	TOTAL	%
Solteras	49	5.47
Casadas	665	74.30
U. Libre	37	4.13
Otros	144	16.08
TOTAL	<u>895</u>	

CERVICITIS		
ANTICONCEPCION	TOTAL	%
DIU	373	41.67
Píldoras	51	5.69
Pomeroy	30	3.35
Sin planificar	439	49.05
Otros	2	0.22
TOTAL	<u>895</u>	

CERVICITIS		
PARIDAD	TOTALES	%
Nulíparas	59	= 6.59
1 - 2	225	= 25.13
3 - 5	287	= 39.64
6	324	= 44.75
	<u>895</u>	
CITOLOGIAS		
I	160	= 17.87
II	442	= 49.38
III	16	= 1.78
Sin	277	= 30.94
	<u>895</u>	

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA		
	TOTALES	%
Número de casos	75	
Polipos	44	= 58.66
Ectropión	19	= 25.33
Hipertrofia cervical	3	= 4.00
Desgarros	7	= 9.33
Incontinencia cervical	1	= 1.33
Cicatriz retractil	1	= 1.33
	<u>75</u>	

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA**FLUJO**

Sí	3	=	6.12
No	46	=	93.87
	49		

CERVICITIS

Sí	27	=	55.10
No	22	=	44.89
	49		

**PATOLOGIA CON
COMITANTE**

9	=	18.36
---	---	-------

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA

EDAD	TOTALES	%
Menos de 19 años	0	
20 - 24	10	= 13.33
25 - 29	9	= 12.00
30 - 34	9	= 12.00
35 - 39	15	= 20.00
40 - 44	13	= 17.33
Más de 45	18	= 24.00
No figura	1	= 1.33
	75	

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA

ESTADO CIVIL	TOTALES	%
Soltera	4	= 5.33
Casada	60	= 80.00
U. Libres	2	= 2.66
Viuda	3	= 4.00
Sin dato	6	= 8.00
	75	

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA

ANTICONCEPCION	TOTALES	%
Sí	27	= 36.00
No	48	= 64.00

METODOS:

DIU	17	= 22.66
Orales	10	= 13.33

CITOLOGIAS

No clasificado	30	= 40.00
Pap I	14	= 18.66
Pap II	31	= 41.33
Pap III	0	
	75	

POLIPOS Y OTRA PATOLOGIA

PARIDAD	TOTALES	%
Nulíparas	5	= 6.66
1 a 2 partos	21	= 28.00
3 a 5 partos	26	= 34.66
6 o más partos	20	= 26.66
No figura	3	= 4.00
	75	

RESUMEN

1. El Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario elaboró un estudio retrospectivo basado en 7.100 historias clínicas extractadas de la consulta externa y analizó las Cervicopatías benignas en relación directa con los datos de 4.210 citologías cervicovaginales tomadas durante el año de 1976 que se relacionan con edad, paridad y anticoncepción, en los Hospitales Universitarios de San José e Infantil "Lorencita Villegas de Santos".
2. Flujos siendo el síntoma más frecuente según los diversos autores, solo encontramos 442 pacientes con este padecimiento como causa principal de consulta. Se presenta en la edad reproductiva y no hay diferencia en relación con la incidencia en los dos Hospitales.

La causa más frecuente es la tricomoniasis y sólo el 50o/o de las pacientes practican algún método anticonceptivo.

3. Se analizan 895 historias clínicas con diagnóstico de cervicitis y 75 más de otras patologías benignas de cérvix; se concluye que esta es la cervicopatía más común en nuestro medio, en los que están de acuerdo los autores, consultados.
4. Los pólipos, el ectropión, etc. constituyen una patología muy pobremente representada en nuestro estudio; quizá merezca el futuro una mayor insistencia en su investigación.
5. El estudio establece factores socio-económicos y culturales determinantes en cierto tipo de patología en cada uno de los Hospitales.

RECOMENDACIONES:

Este estudio es altamente demostrativo de que la cervicopatía benigna merece un análisis más conciente y directo, consecuente con la magnitud de su importancia, teniendo en cuenta la relación que estos estados pueden tener con la malignidad.

Es necesario establecer normas académico-asistenciales y concientizar al personal Docente, al personal en entrenamiento tanto Médico como Para-Médico para la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de ésta

SUMMARY

1. The OB-GYN DPT of the School of Medicine of the "Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario", carried out a retrospective study based in 7.100 clinical histories from the outpatient clinic and analyzed the benignant cervix pathologies related directly to data from 4.210 cervicovaginal citologies during 1976, regarding age, parity and birth control, at the university Hospitals "San José" and "Infantil Lorencita Villegas de Santos"
2. Discharge - Although the most frequent symptom according to several authors,

we only found 442 patients completing of vaginal discharge. It usually appears during de reproductive age and there is no incidence difference between both hospitals. The most frequent cause is the trichomoniasis and only 50o/o of the patients are doing some type of birth control.

3. 895 clinical histories with a cervicitis diagnosis and 75 more with different benignant cervix pathologies were analyzed, to conclude that these cervix pathologies are very common in our environment, in total agreement with consulted authors.
4. Polyps, actropion, etc. are poorly represented in our study. May be it deserves a future research.
5. The study establishes socio-economic determinant factors as well as cultural in certain tipe of pathologies in each hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. AHUMADA J.C., SALABER J.A., AHUMADA J.L. — *Tratado elemental de Ginecología*. 4a. Edición 1962.
2. CALATRONI C. J., RUIZ V. — *Terapéutica Ginecológica*. El Ateneo 8a. Edición 1969.
3. FLUHMANN C. Frederic. — *El Cuello Uterino y sus Enfermedades*. Salvat Editores. 1a. Edición 1963.
4. JEFFCOATE Sir Norman. — *Ginecología*. Intermédica 1a. Edición en Castellano 1971.
5. KASER O. et al *Ginecología y Obstetricia*. Salvat Editores 1971.
6. PARSONS I. and SOMMERS S. *Gynecology* W. B. Saunders, Corp. 1962.
7. SANCHEZ TORRES F. — *Indice Bibliográfico Colombiano 1886 - 1969* Obstetricia y Ginecología — *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Mayo — Junio 1972. Vol. XXIII — No. 3.