



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO



11217

64
2e

TITULO :

DISPLASIAS CERVICALES Y MANEJO EN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL. DR.FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.I.S.S.S.T.E. D.F.

AUTOR.

**DR.OLEGARIO RODRIGUEZ MORALES
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

ASESOR.

**DR.ROBERTO RODRIGUEZ MALDONADO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

COASESOR.

**DR.MAURICIO RAUL GUTIERREZ CASTAÑEDA.
COORDINADOR DEL CURSO Y PERINATOLOGO DEL SERVICIO.**

**DR.RAFael RODRIGUEZ LEDESMA.
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

FECHA: OCTUBRE DE 1999.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

28/10/99



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.

I. S. S. S. I. E.
SUBDIRECCION GENERAL DE MEDICA
H.G. DR. FERNANDO C. GONZ. GTZ.

DIC. 14 1999

COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. EMILIO MONTES NUÑEZ.
COORDINADOR DE JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

DR. ROBERTO RODRIGUEZ MALDONADO.
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y ASESOR DE TESIS.

DR. MAURICIO RAUL GUTIERREZ CASTAÑEDA.
COORDINADOR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y COASESOR DE TESIS.

DR. RAFAEL RODRIGUEZ LEDESMA.
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Servs. Escolares

★ JUL 7 2000 ★

Unidad de Servicios Escolares
PPL de Grado

DISPLASIAS CERVICALES Y MANEJO EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" I.S.S.S.T.E. D. F.

RESUMEN.

Se realizó estudio retrospectivo con el objetivo de conocer el manejo de las displasias cervicales en pacientes del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutierrez." I.S.S.S.T.E en los últimos 4 años.

Las pacientes con displasias cervicales, como lo menciona la literatura, tienen factores de riesgo, las mujeres mexicanas presentan los mismos riesgos que las mujeres del primer mundo, la detección de displasias se hace en etapas más tempranas, los cofactores que contribuyen son: el inicio de vida sexual activa antes de los 20 años 70.04%, múltiples compañeros sexuales 2 o más 54.32%, asociado a infección por VPH 53.17%.

Revisamos los expedientes con el diagnóstico de Displasia Cervical en total 274. Se depuraron 102. Se incluyeron 172 que cumplieron con las variables a valorar, éstas son: edad, menarca, inicio de vida sexual activa, compañeros sexuales, frecuencia de citología, tipo de displasia, tipo de manejo y año de registro.

Se identificó el grupo de edad más afectado, mujeres mayores de 41 años 60.04%, 54 pacientes con displasia severa, 78 con displasia moderada y 41 con displasia leve. El 53.17% fue positivo a VPH y el mismo grupo se realiza su Papanicolau cada 3 años, con el antecedente de reportar 2 o más compañeros sexuales. El 61.27% fue referido a unidad de tercer nivel, 67 pacientes fueron atendidas; 16 manejadas con Fluororacilo al 5% y 51 manejadas Quirúrgicamente con Histerectomía Total Abdominal.

Los costos de los tratamientos que se proporcionan en las clínicas de displasias institucionales son bajo; comparativamente con otros métodos terapéuticos como son la Histerectomía. Que tiene un costo en promedio de 12 a 14 mil pesos. Procedimiento intervencionista que en la actualidad se lleva a cabo en muchas instituciones que se puede suplir por un procedimiento moderno de cirugía ambulatoria a un costo de un 10% que además de minimizar los recursos, disminuye los riesgos para la paciente.

SUMMARY.

One carries out retrospective study with the objective of knowing the handling of the cervical dysplasia in patient of the General Hospital "Dr. Fernando Quiroz Gutierrez" I.S.S.S.T.E in the last 4 years.

The patients with dysplasia cervicales, as mention it the literatura, to have factors of risk the Mexican women they present the same risks that the women of the first world, the dysplasia detection is made in stages but early, the cofactores that contribute are: the beginning of active sexual life before the 20 years 70.04%, multiples sexual partners 2 or but 54.32%, asociado to infection for VPH 53.17%

We revise the files with the Diagnostico of cervical dysplasia in total 274. 102 were purified. 172 were included that completed with the variables to value, these they are: Age, menarca Age, beginning of active sexual life, sexual partners, cytology frequency, dysplasia type handling ,type and year of registration.

You identifies the age group but affected women bigger than 41 years 60.04%, 54 patients with severe dysplasia, 78 with moderate dysplasia and 41 with light dysplasia.

53.17% went positive to VPH and the same group is carried out its Papanicolau every 3 years, with the antecedent of reporting 2 or but sexual partners. 61.27% was referred to unit of third level, 67 patients were assisted. 16 managed with Fluororacilo at 5%, and 51 managed Surgically with Abdominal Total Hysterectomy.

The costs of the treatments that are provided in the clinics of institutional dysplasia are low comparatively with other therapeutic methods as they are the Hysterectomy. that he she has a cost on the average from 12 to 14 thousand pesos. Procedure Surgically that at the present time is taken to end in many institutions that you can replace for a modern procedure of ambulatory surgery at a cost of 10% that besides minimizing the resources ,disminuyen the risks for the patient.

INTRODUCCION:

El Cáncer Cervicouterino (CaCu), es un problema importante de salud pública, es la segunda neoplasia más frecuente entre las mujeres en el mundo entero, es característico de países en desarrollo, debido a factores como la multiparidad, inicio de vida sexual antes de los 20 años, uso prolongado de anticonceptivos, tabaquismo, enfermedades venéreas principalmente las causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH) (1, 3, 4, 6, 7, 12 y 13). Durante 1990, el número calculado de nuevos carcinomas cervicouterinos fue de 13, 500 casos durante el período de 1984 a 1986. En México no se ha logrado tener un impacto favorable en el control (15 y 16). En 1994 ocupó el tercer lugar como causa de muerte por tumores malignos con un total de 4365 defunciones anuales, reportando una tasa de 4.7 por cada 100,000 habitantes, con una tasa de 9.4 por cada 100,000 mujeres, la edad promedio de las mujeres mexicanas con CaCu es de 48 años y el 74% se presenta entre el grupo de los 25 a 64 años (3, 4, 15, 16). Es el cáncer responsable de 4030 defunciones registradas en México durante el período de 1985 a 1994 estimándose aproximadamente 20 de cada 1000 defunciones en el grupo de mujeres. La variante histológica más frecuente es el carcinoma de células escamosas (91.5%), seguido por el adenocarcinoma con un 3.7% (3, 11, 13 y 15). Las tasas de mortalidad se incrementan a medida que se aumenta la edad, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es 5 veces mayor para el grupo de 40 a 49 años y se eleva hasta 10 veces en mujeres mayores de 80 años(1, 3, 4, 8, 15 y 16).

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que tiene un tratamiento aceptable en la etapa presintomática, en la enfermedad temprana, el tejido es rojizo elevado en exocervix que puede ser desde epitelio glandular normal; hasta cáncer invasivo. Los cánceres cervicales se detectan tardíamente, hasta que causan expansión del cervix, incluso se observa normal, pero al palpar se encuentra un cervix firme y agrandado.

En la enfermedad avanzada, la mayoría de las pacientes, el hallazgo invariable es una masa tumoral sangrante, que ha reemplazado y cubierto el cervix y se extiende más allá de los límites de éste, el ganglio supraclavicular izquierdo palpable es una de las más frecuentes manifestaciones de enfermedad extrapélvica por lo que es llamado ganglio centinela (3, 4, 9, 10, 14, y 16). Si se detecta con oportunidad se afectan su curso y pronóstico.

El estudio citológico de Papanicolau es un método indiscutible para el diagnóstico temprano, para la detección de cáncer cervicouterino, se debe asegurar una buena calidad de la muestra, básicamente visualizando células del endocervix y ectocervix que pertenecen a la zona de transición epitelial, sitio donde se origina la gran mayoría de los tumores del cuello uterino (1, 2, 4, 5, 11, 15 y 16). Este cáncer se inicia con las lesiones denominadas displasias, las cuales pueden pasar totalmente inadvertidas y no presentar ninguna sintomatología, su diagnóstico se realiza mediante estudio citológico cervicovaginal, colposcopia y biopsia (4, 5 y 11).

Diversos tipos de Virus Papiloma Humano (VPH) producen displasias a nivel cervical, principalmente los tipos 16, 18, 45 y 56 son considerados de alto riesgo y que pueden progresar a carcinoma invasor hasta en un 50%.

Los tipos 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 51, 52, 57 y 58 son considerados de riesgo intermedio y poseen un potencial de invasión del 5% cuando se diagnostican en lesiones cervicales. El VPH causa invasión al ocasionar una disminución en la actividad de los linfocitos asesinos. Se piensa que el VPH modifica el antígeno superficial del linfocito para reconocer como normal a las células infectadas y a su vez el no reconocer estas células infectadas por los

linfocitos, y así es como se explica la extensión y las agresivas lesiones en estas pacientes han sido implicadas en el desarrollo de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y posiblemente del cáncer invasivo, así como de otros cánceres genitales femeninos, como la infección por papilomavirus puede ser subclínica y multifocal, la mayoría de las mujeres con lesiones vulvares también tienen infección cervical y viceversa (5, 6, 7, 11, 13, 15 y 16). Las lesiones de alto grado fueron clasificadas por la organización de Bethesda en 1988; vino a clasificar todos los diagnósticos donde los otros sistemas tenían deficiencias. Las lesiones de alto grado abarcan NIC II, III y carcinoma in situ, así como la displasia moderada y severa, y grado III Y IV de Papanicolau (14, 15 y 16). Sin importar las clasificaciones las lesiones intraepiteliales de alto grado; son importantes porque muchas literaturas refieren que tienen la potencialidad de progresar a un carcinoma invasor, pero es importante mencionar que otros autores refieren que muchas de estas lesiones revierten a la normalidad sin tratamiento (12, 13, 15 Y 16). Según Di Saia el promedio de edad en el que se hace el diagnóstico de carcinoma in situ es 10 años menos que cuando se hace el diagnóstico de carcinoma invasor, también cabe mencionar que estudios realizados por Kessler encontraron que existe un 35% de progresión a carcinoma in situ, con seguimiento con citología, colposcopia y toma de biopsia en un período de 2 años (3, 8, 10, y 14). Hoy en día la Colposcopia ha revolucionado este campo haciendo más diagnósticos certeros hasta en un 10% en casos que se habían reportado con citología normal

Fue el Dr. Richard Reid quien realiza un índice colposcópico. Tomó en cuenta; espesor, límites, color, prueba de Schiller y vascularidad de las lesiones. El consideró una puntuación de 0 a 2 referente a NIC I o infección subclínica por VPH y de 3 a 5 puntos NIC II, y de 6 a 7 puntos NIC II y III (11, 12, 15 Y 16). Se considera una lesión intraepitelial de alto grado cuando la lesión tiene el epitelio grueso, blanco, con bordes bien definidos, superficie irregular, gran relieve y que se origina a partir de la unión escamo columnar con patrón de puntillado y mosaico irregular, patrón vascular grueso y prueba de Schiller negativa (15 y 16).

Las lesiones vulvares mejoran frecuentemente con rapidez o desaparecen después del parto, quizá por la pérdida de vascularización o por disminución de la humedad excesiva o por supuesta inmunosupresión del embarazo (12, 13 y 16).

El Herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual producida en el 85% de los casos por VPH 2 y 15% por el VPH 1, es una enfermedad altamente contagiosa, el virus queda acantonado (ubicado) en los ganglios nerviosos denominados como ganglioneuronas sacras, que durante su estado latente se propaga a lo largo de las fibras nerviosas hacia la piel así como a las áreas mucosas en donde se duplican, provocando síntomas y erupciones generando infecciones latentes en otras neuronas disponibles. La frecuencia en la que se observan las lesiones por VPHS en las vías genitales inferiores ha aumentado de manera considerable en la última década. (12, 13, 14 y 15).

MATERIAL Y METODOS.

De enero de 1996 al 30 de junio de 1999, se realizo estudio retrospectivo con el objetivo de conocer el manejo de las displasias cervicales en Hospital General de segundo nivel, "Dr. Fernando Quiroz Gutierrez" I.S.S.S.T.E. D.F., utilizando los expedientes clínicos como fuente de información, se solicitó la colaboración del personal del archivo de la unidad, de médicos residentes y adscritos al servicio de ginecología y obstetricia para la realización del estudio.

Se revisaron 274 expedientes, de los cuales solamente se incluyeron para el estudio a 172 que contaron con la información requerida y se excluyeron a 102 por información incompleta o por depuración de los mismos. Dentro de las variables a estudiar se encuentran: edad, menarca, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, frecuencia de realización de citología vaginal, estudio colposcópico, tipo de displasia, frecuencia de VPH, tipo de manejo y año de tratamiento.

La clasificación que se utilizó fue la establecida por la Organización Mundial de la Salud en correlación con la Clasificación de Richard Reid:

- A) Displasia cervical leve**
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Grado I.

- B) Displasia cervical moderada.**
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Grado II.

- C) Displasia cervical severa.**
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Grado III.

RESULTADOS.

Se realizó estudio retrospectivo para conocer el manejo de las displasias cervicales en Hospital General de segundo nivel "Dr. Fernando Quiroz Gutierrez" en los últimos 4 años (fig. 1), utilizando los expedientes clínicos como fuente de información. Se revisaron 274 expedientes, de los cuales se incluyeron para el estudio a 172 que contaron con la información requerida y se excluyeron a 102 por información incompleta.

Dentro del grupo de edad que se encontró con mayor frecuencia de displasias cervicales comprende a mujeres mayores de 41 años haciendo un total de 105 pacientes y 60.04 (fig. 2), la edad de menarca en promedio oscila entre los 10 y 13 años en un 80.92% (fig. 3), el inicio de vida sexual activa se encontró que antes de los 20 años de edad en 70.34% (fig. 4), el estudio colposcópico se encontró que solamente en el 25.54% fue realizado y de este el 70% fue en medio privado (fig. 5).

Para el tipo de tratamiento se utilizaron tres alternativas, a 106 pacientes fueron referidas a unidad de tercer nivel que representa un 61.27% del grupo estudiado, 16 pacientes fueron manejadas con Fluororacilo al 5% con un promedio de 12 aplicaciones, siendo diagnosticadas con displasia leve y moderada; a estas pacientes se les solicitó colposcopia de control previo reporte de citología vaginal negativa.

Del total de pacientes estudiadas, se encontraron a 51 con tratamiento quirúrgico histerectomía total abdominal (HTA), de estas a 39 se les realizó HTA con salpingooforectomía bilateral con diagnóstico preoperatorio de displasia severa de estas, 2 portadoras de miomatosis uterina como enfermedad concomitante.

Las 6 pacientes con HTA simple con diagnóstico preoperatorio de displasia moderada y de éstas, 3 pacientes portadoras de miomatosis uterina (fig. 6 y 7).

Además del tipo de displasia detectado mediante citología vaginal (fig. 8), se encontraron infecciones agregadas, dentro de las más frecuentes son Tricomoniasis en 33 pacientes 19.07%, Moniliasis 37 pacientes 21.38% seguida de Chlamydia en 10 pacientes 5.78% dando un total de 80 pacientes con un 46.24% del grupo estudiado.

Dentro del protocolo de estudio utilizado como método preoperatorio, se realizaron 11 biopsias cervicales, 2 conos, y 17 legrados hemostáticos, dentro de los hallazgos importantes reportados se encuentran: 4 cánceres microinvasores, 2 Adenocarcinomas de endometrio, de las 6 pacientes, 2 fueron referidas a unidad de tercer nivel, el resto fue atendido en la unidad. Dentro del cuadro clínico referido por la paciente y como causa de consulta se encontraron: escurrimiento genital anormal crónico, prurito vulvar, tratamientos repetitivos, sangrado postcoito y dispareunia, así mismo se encontró un grupo positivo a VPH de 92 pacientes 53.17% (fig. 9), el número de parejas sexuales osciló entre 1 y 7 con un promedio de 2. El 46.24% un compañero sexual, 33.52% dos compañeros, y 21.18% más de tres compañeros sexuales (fig. 10), la frecuencia de citología realizadas cada tres años en un 45.08%, cada 2 años 33.52% y cada año un 21.38% respectivamente (fig. 11).

DISCUSION.

Sabemos que dentro de la terapéutica utilizada en las displasias cervicales en los diferentes grados, existen métodos conservadores que disminuyen los costos para la institución y los riesgos para la paciente. Dentro de éstos se encuentra la Crioterapia, Electrocirugía y Lasser; métodos que han demostrado su eficacia y menor número de recidivas en el tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer, pero que desafortunadamente no contamos en nuestro Hospital.

El costo de los tratamientos que se proporciona en las clínicas de displasias institucionales es muy bajo comparativamente con otros métodos terapéuticos; como la histerectomía que tiene un costo en promedio en medio privado de 12 a 14 mil pesos. En la actualidad se lleva a cabo en muchas instituciones del sector salud a pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales, procedimiento que en la actualidad se puede suplir por un procedimiento moderno de cirugía ambulatoria a un costo muy bajo, que además de minimizar los recursos, estos tratamientos no requieren hospitalización, y las pacientes se reincorporan rápidamente a su actividad y se evita el ausentismo laboral. Ha sido alarmante el hallazgo en el presente trabajo de que el 53.17% de las pacientes en estudio hayan sido clasificadas como infectadas por el VPH factor fundamental en el padecimiento en estudio, pero más alarmante fué el que no se halla corroborado el diagnóstico por falta de la colposcopia, método que ha venido a revolucionar favorablemente el porvenir de toda paciente con algún tipo de displasia cervical.

En el presente trabajo se realizaron 51 histerectomías que suman un monto aproximado de 714,000 pesos, cuando si se contara con los recursos materiales para la organización de una clínica de displasias el costo podría ser de 76,500 pesos. Reportando un ahorro aproximado del 90%, teniendo en cuenta que es un hospital de segundo nivel y con los recursos humanos bien adiestrados con que cuenta, el ahorro institucional como resultado de la implementación de las clínicas de displasia se podría destinar en un futuro a otras necesidades del mismo hospital.

CONCLUSIONES

En México se deben realizar intervenciones para la reorganización del programa de detección oportuna de cáncer cérvicouterino, se necesita establecer un verdadero sistema de vigilancia epidemiológica que incida principalmente en las mujeres de alto riesgo de la enfermedad, así mismo, se requiere de una infraestructura accesible y de calidad, como son las clínicas de displasias, para asegurar la detección oportuna y el tratamiento de los casos de displasias y cáncer in situ. Así mismo, se requiere de una capacitación del personal para asegurar una correcta toma de la muestra de la citología vaginal y así disminuir el alto índice de falsos negativos. Es el cáncer cérvicouterino uno de los principales problemas de salud en las mujeres mexicanas, debido a que es el cáncer ginecológico más frecuente a partir de los 25 años, con predominio en el grupo cuyas edades fluctúan entre los 35 y 44 años, debido a que este se inicia con lesiones cervicales las cuales pueden pasar inadvertidas y no presentar ninguna sintomatología. Su diagnóstico se realiza mediante el estudio citológico cervicovaginal, que informa de la existencia de infecciones ginecológicas y proceso inflamatorio que son precursores importantes en la génesis del cáncer, por lo anterior, toda paciente con reporte de citología vaginal anormal sin lugar a dudas, deberá realizarse el estudio colposcópico para determinar su diagnóstico y terapéutica correcta. Bajo este contexto se justifica, la implementación de nuevas opciones de investigación sobre prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical, desde una perspectiva multidisciplinaria priorizando el desarrollo de opciones de inspección visual y diagnóstica de la neoplasia cervical, esto último se puede lograr mediante una disciplina poco compleja, dinámica y crítica como lo es la colposcopia, que requiere esencialmente la participación de personal médico bien adiestrado para que sea capaz de reconocer las anormalidades cervicales y que confirmen mediante la realización de toda una metodología de estudio la presencia de precursores reales de cáncer. En combinación con la información citológica e histológica, la colposcopia modifica las opciones de tratamiento y la extensión anatómica específica de los procedimientos, permitiendo el uso confiable de métodos terapéuticos conservadores para un elevado número de pacientes con lesiones anormales del cuello uterino, vagina, vulva, periné, pene, mucosa anal y uretra. De ahí la importancia primordial de poder contar con este servicio en todo hospital que cuente con servicio de ginecología y obstetricia y, de esta forma, se podrá evitar los tratamientos mutilantes, costosos para la Institución y con un riesgo elevado para la paciente. Se concluye que toda paciente con citología cervicovaginal anormal deberá ser evaluada en una clínica de displasias con el propósito de confirmar el resultado, implementar el diagnóstico y otorgar el tratamiento adecuado y oportuno.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Ahued J.R.: Citología Vaginal. Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 65:227.
2. - Milla V, Alvarado Z, Sánchez A et al. Colposcopia y biopsia cervical en pacientes con papanicolaou de rutina. Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 65: 235-38.
3. - Anton-Culver H, Bloss J, Bringman D et al. Comparison of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix: A population – based epidemiologic study. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166: 1507-14.
4. - Olvera R, Quiroz P, Pérez L et al. Displasia cervical y carcinoma cervicouterino: un reto para los servicios de salud. Ginecología y Obstetricia de México. 1998; 66: 232-36.
5. - Montes S, Sierra L, Mejía M et al. Eficacia del cepillo cervical en obtención de muestra endocervical en comparación con el abatelenguas. Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 65: 305-9.
- 6.- Wright T, Lorincz A, Ferris D et al. Reflex human papillomavirus deoxyribonucleic acid testing in women with abnormal Papanicolaou smears. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178: 962-6.
7. - Hatch KD, Scheider A, Abdel-Nour MW. An evaluation of human papillomavirus testing for intermediate and high – risk types as triage before colposcopy. Am J Obstet Gynecol. 1995; 172: 1150-7.
8. - Richard RM, Wright TC. Controversies in the management of low grade cervical intraepithelial neoplasia. Cáncer. 1993; 71: 1413-21.
9. - Possover M, Krause N, Scheider A et al. Valúe of laparoscopic evaluation of paraaortic and pelvic lymph nodes for treatment of cervical cáncer. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178: 806-10.
10. - Ramirez G, Sanchez V, Soto P et al. Histerectomía Radical en cáncer de cervic estadio 1 – B – 1. Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 66: 41-7.
11. - Secretaria de Salud. Prevención y control de cáncer cervicouterino. Diario Oficial. Viernes 6 Marzo 1998: 28-44.
- 12.- Cunningham G, MacDonald P, Gant N et al. Williams Obstetricia: Enfermedades Neoplasicas. Masón, S.A. 4ta. Edición. 1996: 1245-55.
13. - Scott J, DiSaia P, Hammond C et al. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth: Cánceres Cervicales. Interamericana- McGraw-Hill. 5ta. Edición. 1994: 1045-89.

14. - Hirsch H, Kaser O, Ikle F. Atlas de Cirugía Ginecología: Cirugía del cáncer de cervix. Marban. 5ta. Edición. 1997: 325-69.

15. - Trejo S, López V, Hurtado H et al. Factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado en cervix. Diplomado, Hospital Regional "Adolfo López Mateos" I.S.S.S.T.E. 1998: 1-27.

16. - Trejo S, Hurtado H, López V et al. Curso de adiestramiento en colposcopia, criocirugía, laserterapia y radiocirugía. Diplomado, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". I.S.S.S.T.E. 1999.

14. - Hirsch H, Kaser O, Ikle F. Atlas de Cirugía Ginecología: Cirugía del cáncer de cervix. Marban. 5ta. Edición. 1997: 325-69.

15. - Trejo S, López V, Hurtado H et al. Factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado en cervix. Diplomado, Hospital Regional "Adolfo López Mateos" I.S.S.S.T.E. 1998: 1-27.

16. - Trejo S, Hurtado H, López V et al. Curso de adiestramiento en colposcopia, criocirugía, laserterapia y radiocirugia. Diplomado, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". I.S.S.S.T.E. 1999.

RECONOCIMIENTOS:

Agradezco a Dios, porque sin él no hubiera podido concluir una etapa tan importante en mi vida, para dedicarme a conocer un poco más acerca de la bendita mujer que tiene el don de dar vida.

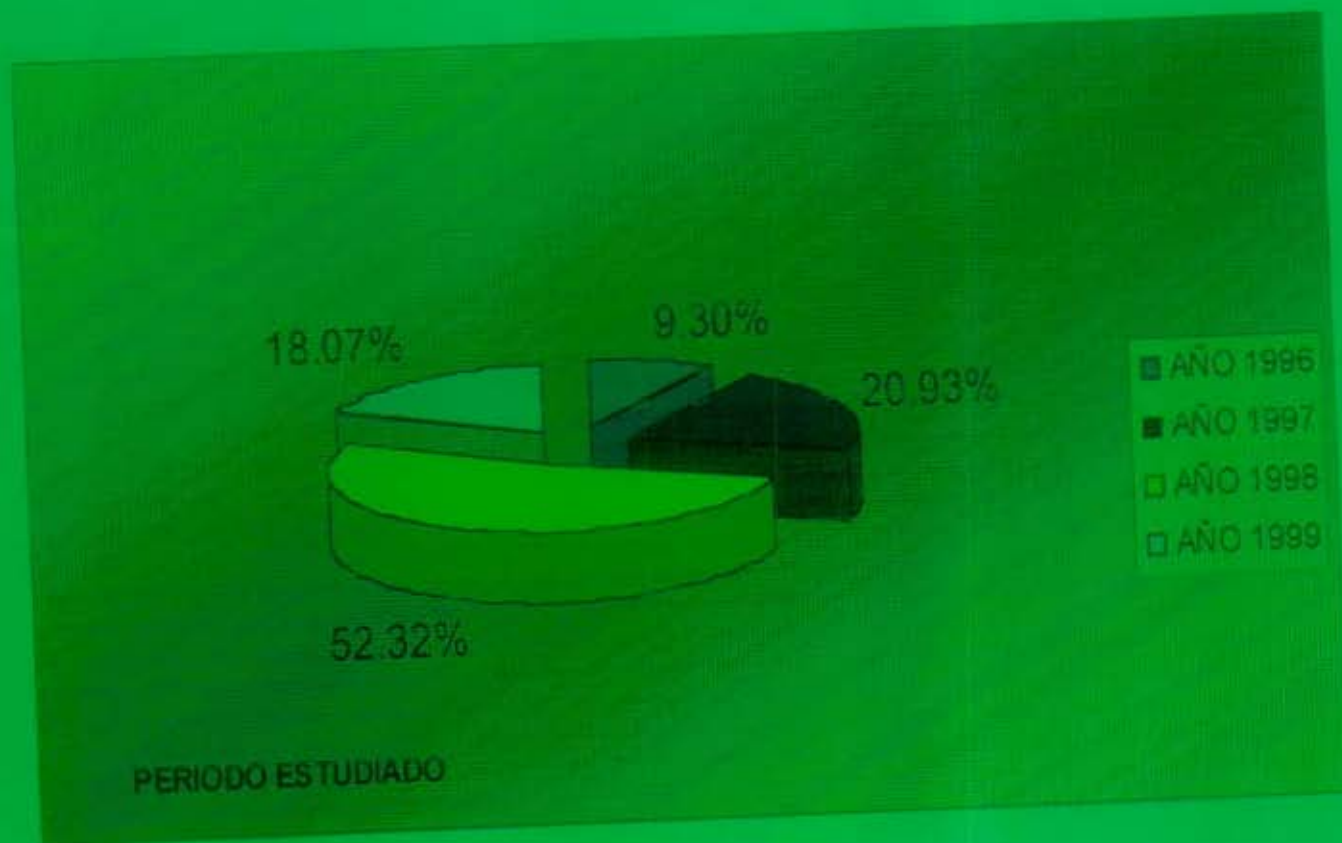
Agradezco a mi esposa Patricia Beatriz, que en todo momento ha contribuido con amor, apoyo y respeto para mi realización profesional, así mismo, agradezco a mi suegra y cuñadas por apoyo desinteresado que me han brindado.

Agradezco a mis hijos, Luis Alberto y Carlos Alejandro que aún están pequeños, son una razón mas para salir adelante.

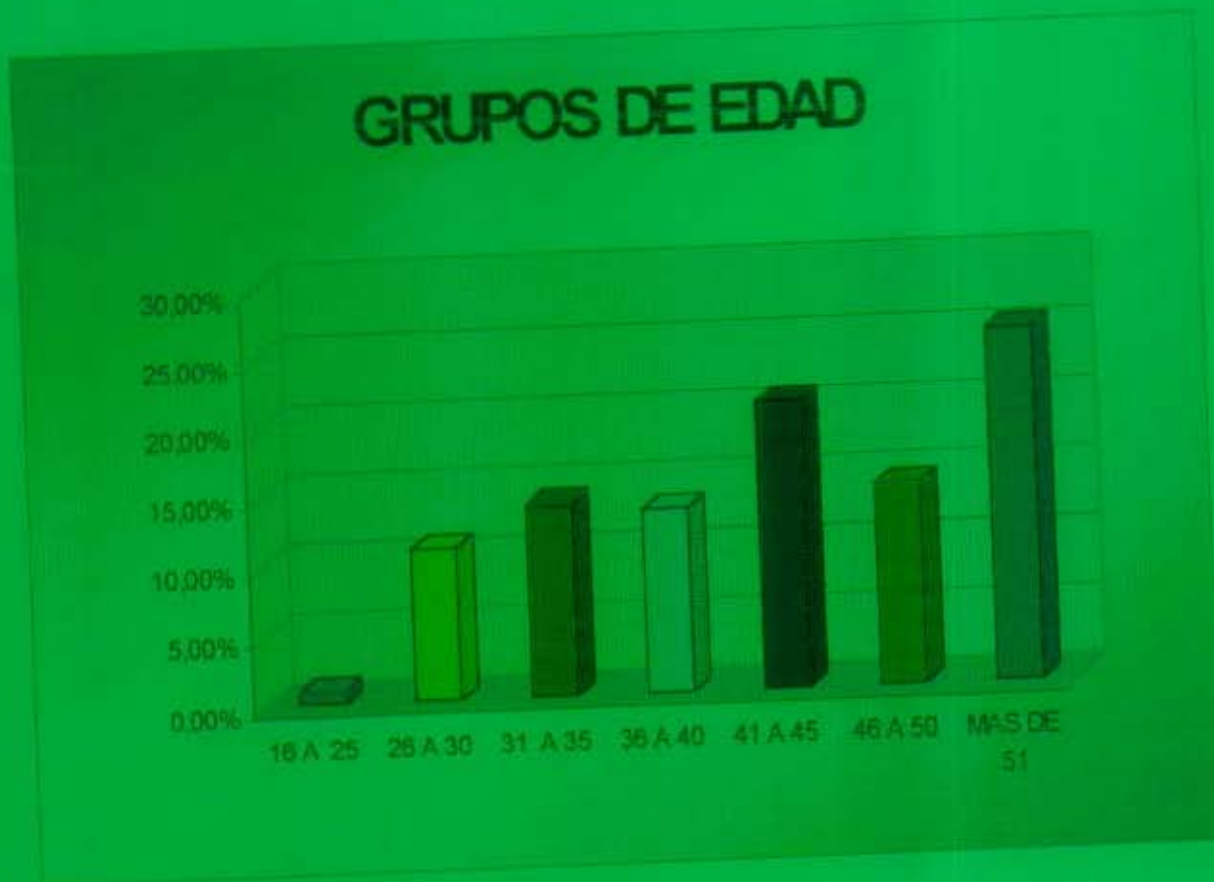
Agradezco a mi familia, a mis padres y hermanos que siempre me han apoyado, con su comprensión en forma incondicional hasta el momento.

Agradezco a mi Asesor Dr. Roberto Rodríguez Maldonado por brindarme su atención y su paciencia para concluir este trabajo. Así mismo, agradezco a mis maestros por sus enseñanzas y consejos.

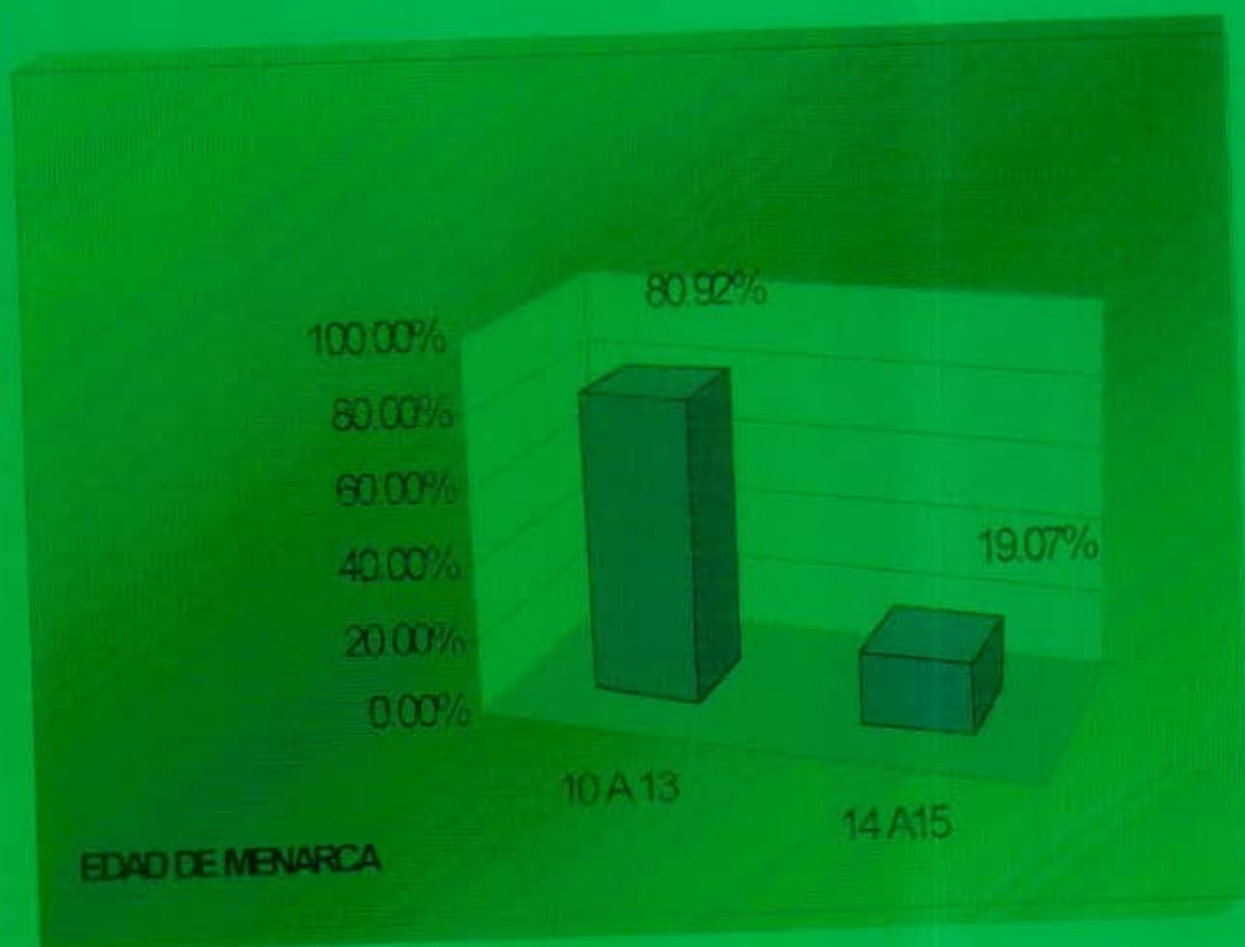
Agradezco a mis compañeros por su confianza y su apoyo.



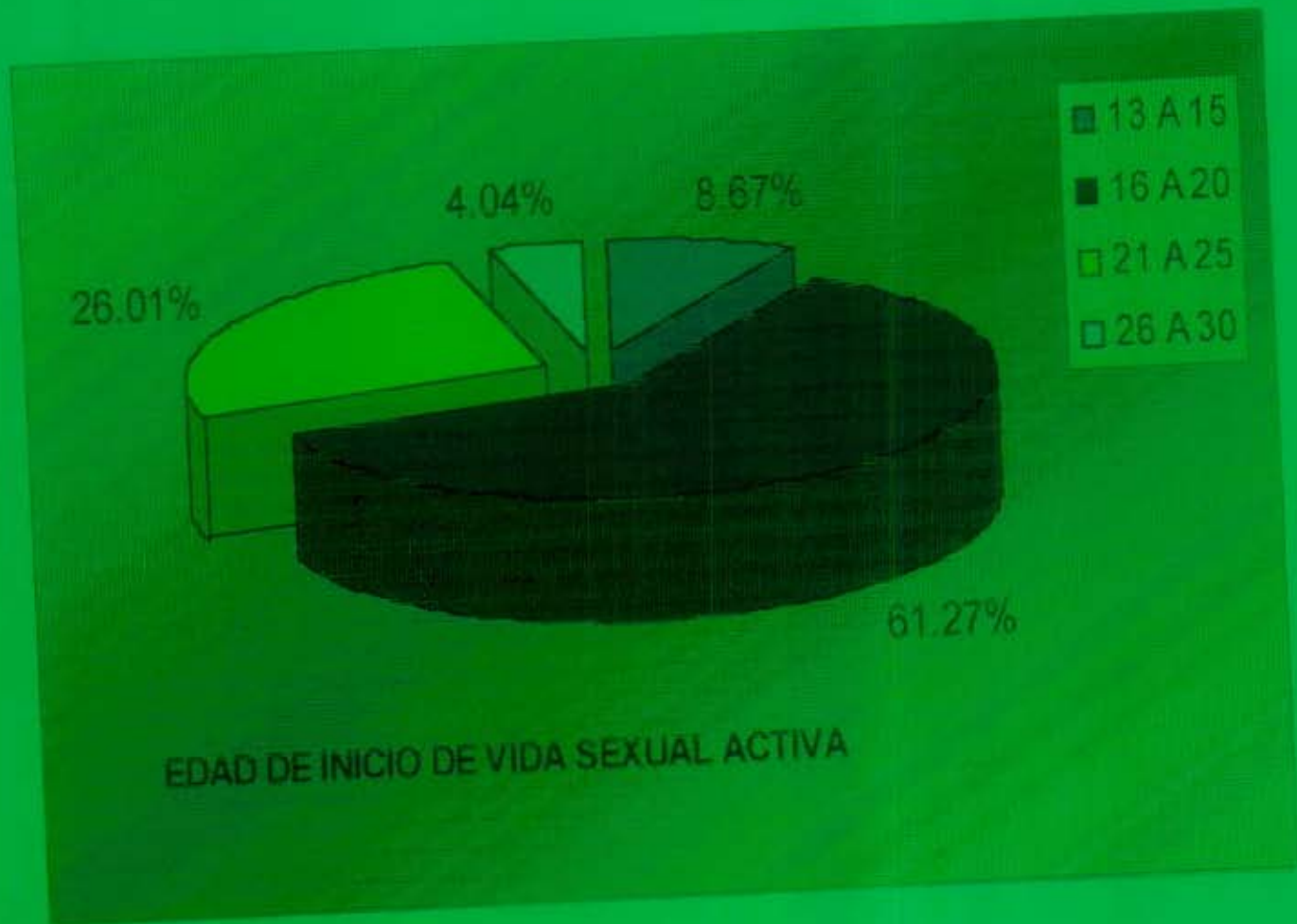
GRAFICA-1
PERIODOS ESTUDIADOS



GRAFICA 2
GRUPO DE EDAD DE LA MUESTRA



GRAFICA 3
EDAD DE MENARCA



GRAFICA 4

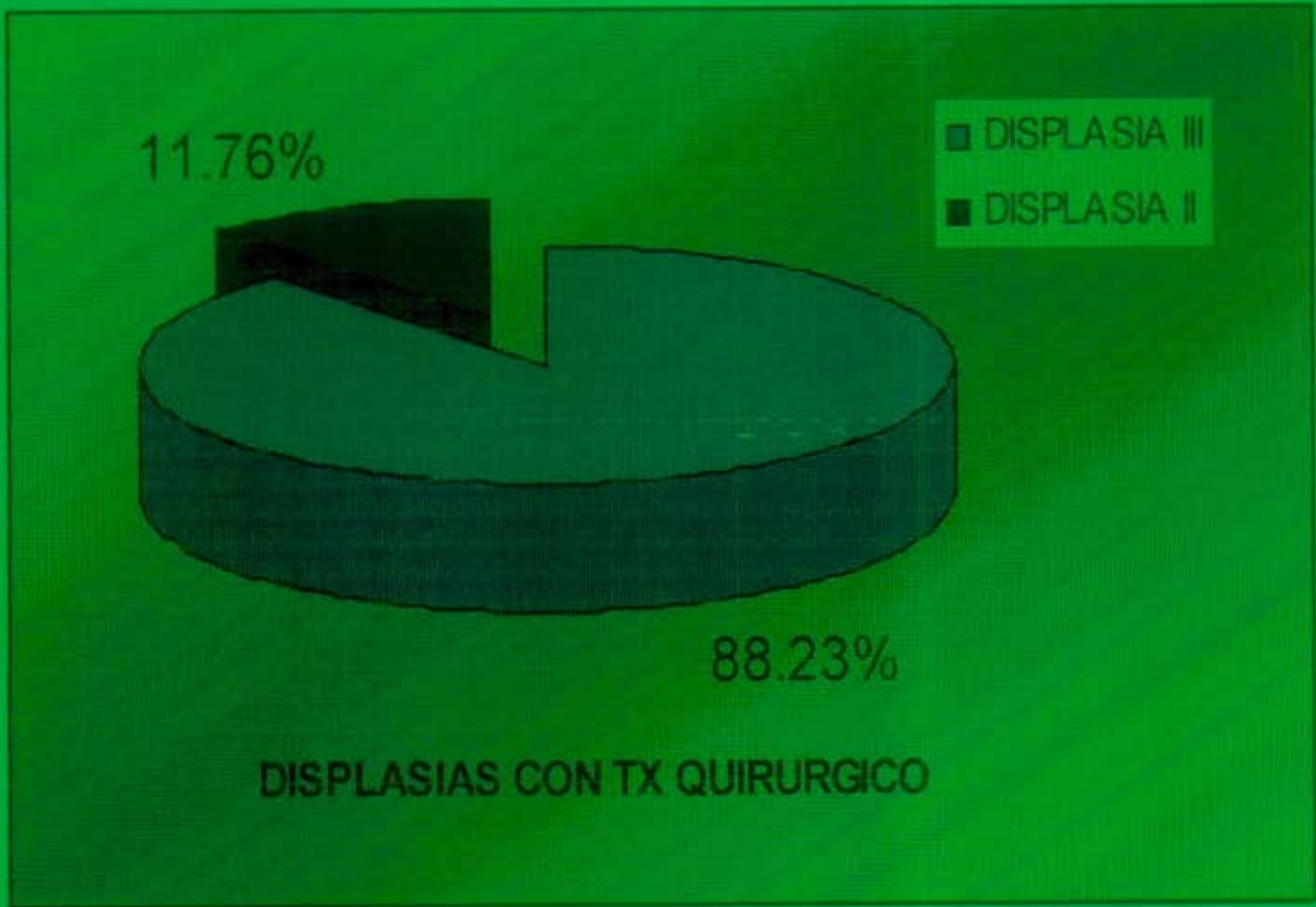


GRAFICA 5



GRAFICA 6
TIPOS DE TRATAMIENTO

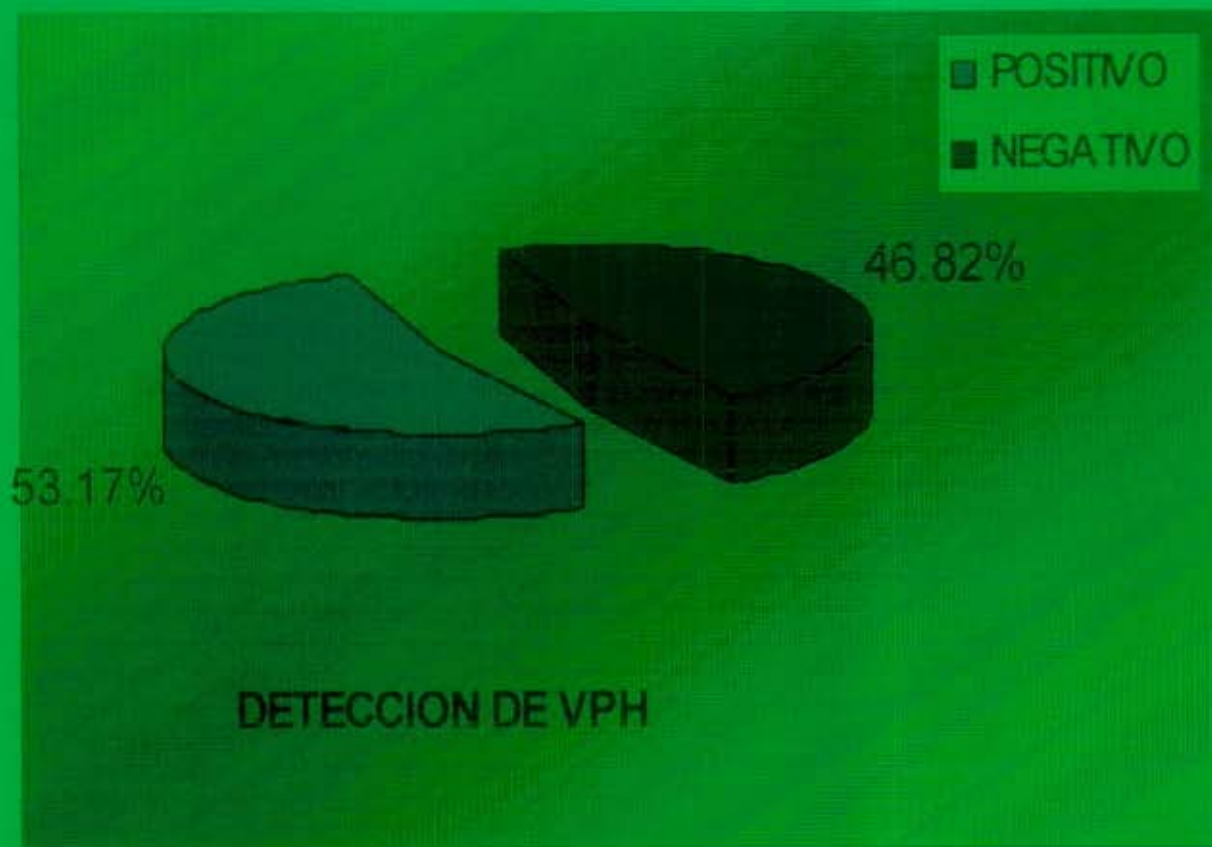
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



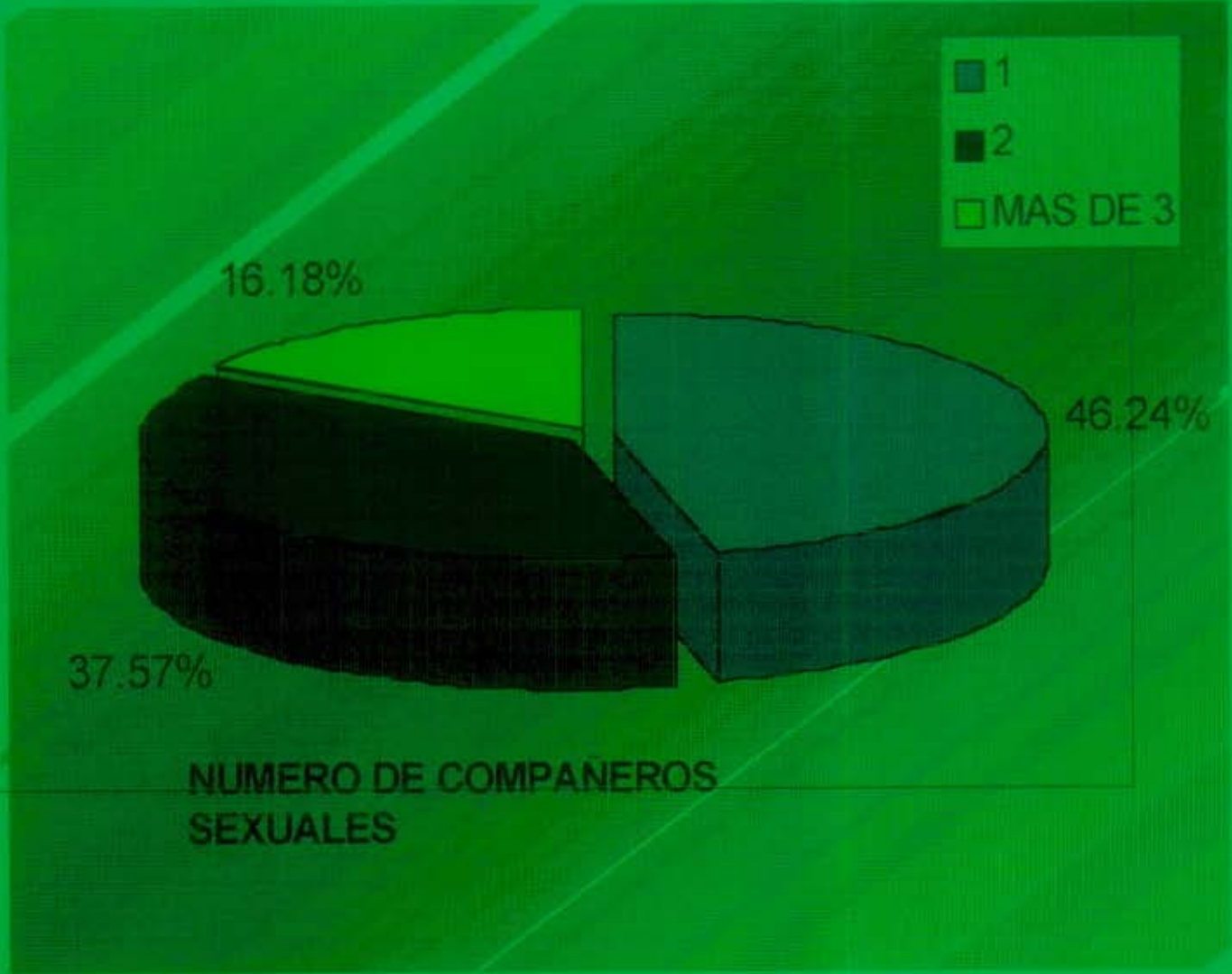
GRAFICA 7



GRAFICA 8



GRAFICA 9



GRAFICA 10

