



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
I. S. S. S. T. E.

LA BIOPSIA POR SACABOCADO EN EL  
DIAGNOSTICO DE LA NEOPLASIA  
INTRAEPITELIAL CERVICAL

TESIS DE POSGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A  
DR. BLAS SERNA HOLANDA

ASESOR DE TESIS:  
DRA. MARTHA LILIA GONZALEZ ABARCA



México





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Portada .....	1
Firmas autorizadas .....	2
Dedicatoria .....	3
El axioma del Estudiante .....	4
El Índice .....	5
Introducción .....	6
Hipótesis .....	10
Problema .....	11
Objetivos .....	11
Justificación .....	11
Material y métodos .....	12
Cuadro 1 Neoplasia intraepitelial según edad .....	13
Cuadro 2 Neoplasia intraepitelial según paridad .....	14
Cuadro 3 Neoplasia intraepitelial según IVSA .....	15
Cuadro 4 Medidas diagnósticas de la neoplasia intraepi_	
telial cervical .....	16
Cuadro 5 Medidas terapéuticas en la neoplasia intrepi_	
telial cervical .....	17
Cuadro 6 La cirugía en la neoplasia intraepitelial .....	18
Análisis de resultados .....	19
Conclusiones .....	20
Resumen .....	21
Agradecimientos .....	22
Bibliografía .....	23

## I N T R O D U C C I O N

### CONCEPTO

La neoplasia intraepitelial cervical es una serie ininterrumpida de cambio celulares que tienen su origen - en el epitelio escamoso de la zona de transformación (1,2). Dicho de otro modo, es la hiperplasia atípica del epite - lio cervicouterino (3,4).

### ETIOLOGIA

Numerosos estudio han evidenciado la estrecha - asociación que existe entre el papilomavirus y la neopla - sia intraepitelial cervical, demostrándose por hibridación molecular la integración del DNA viral en varios sitios - del genoma calular dando lugar a los eventos de la tras - formación maligna de las células (5,6,7,8,).

La asociación de papilomavirus y la neoplasia intra - epitelial cervical es muy alta: 80 a 90%. Los papilomavi - rus tipos 16 y 18 son los que más frecuentemente se han - encontrado asociados a la neoplasia intraepitelial cervi - cal ( 10,11,12,13,14).

También hay evidencias de la cavidad oral y faringe tanto en el hombre como en la mujer , y el pene como re - servorio de papilomavirus que tienen un reconocido poten - cial oncogénico y son sexualmente transmitidos ( 15, 16, - 17, 18, 19, 20, .21,22).

### CLASIFICACION (23)

NIC I ; corresponde a displasia leve.

NIC II: equivale a displasia moderada.

NIC III: abarca a displasia severa y carci - noma in situ.

### HISTORIA NATURAL

La NIC I progresa al siguiente estadio en 50 a 60% --- de los casos durante un periodo de diez años, mientras que la NIC III progresa a cáncer invasor en 80 a 90% de las -- pacientes. Considerando el evento completo de la progresión de Nic I a cáncer invasor ocurrirá en el 50% de la pobla\_ ción estudiada en un lapso de diez años. La neoplasia in\_ traepitelial cervical es un proceso continuo y progresivo. Aún conociendo el comportamiento previo de una lesión es - imposible predecir un comportamiento futuro( 25,26,27,28,- 29,30,31).

### CITOLOGIA

El frotis de material cervical, en manos expertas, es una prueba sensible que orienta hacia la presencia de ---- anomalías intraepiteliales. Sirve para la detección -- oportuna de personas de alto riesgo en grandes grupos de - población y si se hace en forma adecuada, puede aminorar - en forma substancial la morbilidad y la mortalidad por cán\_ cer cervicouterino. Se recomienda la práctica anual del -- frotis en todas las mujeres con vida sexual activa (32,33).

### COLPOSCOPIA

El colposcopio es un microscopio binocular que permite examinar el epitelio y la trama vascular subepitelial con ampliificaciones que varían de x6 a x40. La técnica de su - empleo puede ser rápida y fácil en el departamento de con\_ sulta externa, y los principios básicos deben ser del do\_ minio del Ginecologo experto. La función del colposcopio - en su totalidad es clínica (34,35).

### BIOPSIA

Nunca se insistirá demasiado en que el estudio histopatológico constituye el elemento definitivo en el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, y que la biopsia es el recurso más fácil (24).

La biopsia dirigida por colposcopia se ha utilizado ampliamente, siendo diez veces más exacta que la biopsia al azar, con una seguridad diagnóstica de 99.7% (2).

En todas las categorías patológicas es esencial el estudio histológico antes del tratamiento (36).

La biopsia por sacabocados es adecuada cuando la imagen colposcópica corresponde a la neoplasia intraepitelial o para confirmar un carcinoma establecido (24).

### CONIZACION

El cono diagnóstico tiene como objetivo primario descartar invasión, solo después de descartar histológicamente la ausencia de la misma mediante bordes quirúrgicos libres, se puede considerar el cono como terapéutico (26).

### CRIOTERAPIA

Consiste en el congelamiento del cervix mediante dióxido de carbono u óxido nitroso. La crioterapia es sencilla, barata, rápida y no necesita anestesia (37).

### ELECTROFULGURACION

Es la destrucción física del tejido mediante la aplicación de calor (37).

### LASERTERAPIA

Consiste en un calentamiento tisular rápido que produce vaporización instantánea mediante la aplicación de la radiación electromagnética. La hemostasia es instantánea, -

la cicatrización inmediata, puede hacerse en la consulta externa, la aceptación es buena y tiene un índice de curación de 95 a 98%. La técnica tiene ventajas considerables pero es muy costosa ( 38, 39)

#### HISTERECTOMIA

La histerectomía como método sistemático para tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical, rara vez está indicada, pero es una terapéutica efectiva aunque agresiva teniéndose otros métodos conservadores más sencillos y efectivos. El tratamiento de la neoplasia intraepitelial ha de ser personalizado e individualizado para que la medida terapéutica sea efectiva y adecuada (34).

#### CERVICOGRAFIA

La cervicografía es un proceso fotográfico en serie del cervix que actualmente se encuentra en investigación para el escrutinio de la neoplasia intraepitelial (41).

H I P O T E S I S

LA BIOPSIA POR SACABOCADO ES EL -  
PROCEDIMIENTO MAS SENCILLO, PRAC\_  
TICO Y FIDEDIGNO PARA EL DIAGNOS\_  
TICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITE\_  
LIAL CERVICAL.



## PROBLEMA

¿ Por qué no realizar la correlación CITOLOGICA - COLPOSCOPICA - HISTOLOGICA de la neoplasia intraepitelial cervical en nuestro Hospital ?.

## OBJETIVOS

- Conocer la concordancia citológica - histológica de la neoplasia intraepitelial en nuestra Unidad.
- Saber la distribución de frecuencias por edad y pa\_ ridad de la neoplasia intraepitelial.
- Conocer las medidas diagnósticas y terapéuticas -- aplicadas a nuestras pacientes.

## JUSTIFICACION

- Justificar la adquisición de un colposcopio y --- equipo de criocirugía para el Servicio de Consulta Exter\_ na de Ginecología del Hospital Dr. Fernando Quiroz Gtz. - del ISSSTE.

## MATERIAL Y METODOS

Se consultaron las libretas del Archivo de Citología del Hospital " Dr. Fernando Quiroz Gtz. del ISSSTE de Enero de 1986 a Diciembre de 1987 y, teniendo como base el reporte citológico de displasia leve, displasia moderada y, sospechoso positivo IV se clasificaron como neoplasia intraepitelial cervical tipo I, II, III respectivamente. Cabe hacer incapié que el concepto de neoplasia intraepitelial implica un criterio histológico. Sólo se incluyeron las pacientes que tenían expediente clínico integrado en el Archivo clínico del Hospital " Dr. Fernando Quiroz Gtz. " y, se le hubiesen hecho dos o más citologías cervicales. Las variables estudiadas fueron edad de inicio de las relaciones sexuales, edad en que se detectaron citologías anormales, paridad, toma de biopsia cervical y las modalidades terapéuticas aplicadas que se describen en el desarrollo del trabajo. Todos los datos fueron captados del expediente clínico y tabulados mediante paloteo, El análisis estadístico se realizó en base a porcentajes, ya que se trata de un estudio retrospectivo descriptivo.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL SEGUN EDAD  
 HOSPITAL " DR. FERNANDO QUIROZ GTZ " ISSSTE.  
 1986 - 1987

EDAD	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
20 - 29	10 (8%)	8 (9%)	1 (5%)	1 (9%)
30 - 39	30 (24%)	20(21%)	4 (18%)	6 (55%)
40 - 49	26 (20%)	20(21%)	4 (18%)	2 (18%)
50 - 59	34 (27%)	25(27%)	7 (32%)	2 (18%)
60 - 69	21 (16%)	15(16%)	6 (27%)	0
70 +	6 (5%)	6 (6%)	0	0
TOTAL	127 (100%)	94(100%)	22 (100%)	11(100%)

CUADRO I

Fuente: Archivo Clínico.

RESULTADOS

Se revisaron 127 expedientes cuyas citológicas estaban anormales de las cuales la mayor parte ( 94 de 127, 74% ) fueron clasificadas citológicamente como neoplasia intraepitelial cervical I; 22 de 127, 17% como NIC II y 11 de 127, 9% como NIC III. Predomina, por lo tanto, la lesión leve, cuya distribución de frecuencia es uniforme a lo largo de la vida de las pacientes. Como dato relevante del cuadro I puede inferirse la alta frecuencia de la NIC III en la época de los treinta años ( 6 de 11, - 55% ); lesión que tiene un riesgo potencial de malignización.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL SEGUN PARIDAD  
 HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ - ISSSTE.  
 1986.- 1987

PARIDAD	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
0	8 (6%)	7 (8%)	1 (4%)	0
1 - 2	22 (17%)	14 (15%)	4 (18%)	4 (36%)
3 - 4	27 (21%)	22 (23%)	2 (10%)	3 (28%)
5 +	70 (55%)	51 (54%)	15 (68%)	4 (36%)
TOTAL	127 (100%)	94 (100%)	22 (100%)	11 (100%)

CUADRO 2

FUENTE: Archivo Clínico

En lo que toca a la paridad se nota su influencia para la aparición de la neoplasia intraepitelial cervical I y II ( 54 y 68%, respectivamente) en pacientes con cinco o más embarazos.No obstante, la neoplasia intraepitelial - grado III tiende a aparecer aún en pacientes con baja pa\_ridad (36%, 4 a 11 pacientes con uno y dos partos). Más - aún, la neoplasia intraepitelial grado I también se pre\_senta en pacientes nulíparas ( 7 de 94, 8%), que son las que ameritan una vigilancia estrecha y tratamiento con\_servador individualizado.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL SEGUN I.V.S.A.  
 HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ - ISSSTE.  
 1986 - 1987

I V S A	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
- 14	10 (8%)	8 (8%)	1 (5%)	1 (9%)
15 - 19	58 (46%)	44 (47%)	10 (45%)	4 (36%)
20 - 24	39 (31%)	28 (30%)	8 (36%)	3 (27%)
25 - 29	13 (10%)	8 (8%)	3 (14%)	2 (19%)
30 +	7 (5%)	6 (7%)	0	1 (9%)
TOTAL	127 (100%)	94 (100%)	22(100%)	11(100%)

CUADRO 3

FUENTE: Archivo Clínico

Analizando la edad de inicio de las relaciones sexuales, los resultados de nuestra revisión son concordantes con los encontrados por la mayoría de los autores, que la presencia de la neoplasia intraepitelial cervical es más frecuente (46%, 58 de 127) en las mujeres que inician la vida sexual activa a edades tempranas de la vida y, -- esto es válido para todos los grados de neoplasia intraepitelial. Conforme aumenta la edad de inicio de la actividad sexual disminuye la frecuencia de la neoplasia intraepitelial; esta es una relación inversamente proporcional. Sabiéndose que las mujeres que no tienen relaciones sexuales prácticamente no tienen riesgo de cáncer cervicouterino.

MEDIDAS DIAGNOSTICAS EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL  
 HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ - ISSSTE  
 1986 - 1987

TECNICA	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
CITOLOGIA	127	94	22	11
BIOPSIA	27	9	9	9
CONIZACION	1	0	0	1
COLPOSCOPIA	1	1	0	0

CUADRO 4

FUENTE: Archivo Clínico

En este cuadro se evidencia la carencia del equipo --  
 óptimo para el diagnóstico integral de la neoplasia in\_---  
 traepitelial cervical como lo es la colposcopia. Es re\_---  
 levante y usual la citología ( 127 de 127,100% ) como ----  
 método de escrutinio de la neoplasia intraepitelial. Ca\_--  
 be hacer notar en este cuadro lo poco frecuente que reali\_--  
 zamos la biopsia por sacabocados para confirmar el diag\_--  
 nóstico de la neoplasia intraepitelial ya que sólo fue ---  
 realizada en 21% de todas las pacientes ( 27 de 127 ) ----  
 con citología anormal. Aquí hubo una correlación cito\_----  
 lógica - histológica en 6 de 9 pacientes con NIC I, en ---  
 4 de 9 pacientes con NIC II y en 8 de 9 pacientes con ----  
 NIC III que da lugar a una correlación citológica - his\_--  
 tológica global de 18 en 27 pacientes, 67%.

El único estudio colposcópico realizado fue subro\_---  
 gado y, la conización se practica poco frecuentemente ya -  
 que tiene indicaciones precisas. Por lo tanto, la corre\_ -  
 lación citológica - colposcópica - histológica se reali\_ -  
 zó sólo en 1 de 127 pacientes.

MEDIDAS TERAPEUTICAS EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL  
 HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ - ISSSTE,  
 1986 - 1987

MEDIDAS	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
OBSERVACION	97	78	15	4
CAUTERIZACION	1	1	0	0
CRIOTERAPIA	0	0	0	0
HISTERECTOMIA	29	15	7	7
TOTAL	127	94	22	11

CUADRO 5

FUENTE: Archivo Clínico

Dado que las pacientes con neoplasias intraepitelial cervical tipo I ocupan el mayor porcentaje ( 74 %, 94 de 127) y debido a su potencial reversibilidad espontánea, la mayoría de las pacientes (76%, 97 de 127) se mantuvieron en observación y tratamiento médico de las infecciones asociadas ( tricomoniasis, moniliasis, etc). Sólo una paciente fue sometida a cauterización superficial que es diferente a la electrofulguración profunda. Ninguna paciente fue sometida a crioterapia ni laserterapia porque no disponemos de dichos recursos en nuestro hospital de especialidades. No obstante, 29 pacientes fueron sometidas a cirugía; 12 (9% del total) fueron operados por motivo de la neoplasia intraepitelial.

LA CIRUGIA EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL  
 HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ - ISSSTE.  
 1986 - 1987

DX. PREOPERATORIO	TOTAL	NIC I	NIC II	NIC III
DISPLASIA PERSISTENTE	9	3	5	1
MIOMATOSIS UTERINA	8	6	1	1
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3	2	1	0
CARCINOMA IN SITU	3	0	0	3
CANCER CERVICOUTERINO	2	1	0	1
CANCER DE ENDOMETRIO	1	1	0	0
ADENOMIOSIS	1	0	0	1
PROLAPSO UTERINO	1	1	0	0
TUMORACION DE OVARIO	1	1	0	0
TOTAL	29	15	7	7

CUADRO 6

FUENTE : Archivo Clínico

En esta revisión de expedientes de 127 pacientes con citologías anormales, 29 fueron sometidas a histerectomía; 17 de las 29 pacientes (59%) fueron sometidas a cirugía -- por otras patologías ginecológicas a las que se asoció la neoplasia intraepitelial y, lo relevante es que 12 pacientes ( 9 con displasia y 3 con carcinoma in situ) fueron -- intervenidas por motivo de la neoplasia intraepitelial cervical.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En esta revisión clínica destaca la importancia de la frecuencia de la neoplasia intraepitelial grado III en década de los treinta años de la mujer y, tocante a la paridad es más frecuente en pacientes multíparas. Así mismo, cuanto más temprano es el inicio de las relaciones sexuales mayor es el riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial cervical.

La biopsia por sacabocados se realiza poco frecuentemente para confirmar el diagnóstico de neoplasia intraepitelial: 21% en una serie de 127 paciente con citologías anormales. De las 27 pacientes, sometidas a biopsia hubo una correlación citológica - histológica en 18 (67%). Estos resultados practicamente confirman nuestra hipótesis. Sin embargo, la muestra es demasiado pequeña para que tenga un significancia estadística relevante.

Ahora bien, en nuestro hospital la histerectomía tiene un costo aproximado de 1,160,465 pesos ( presupuesto del 1º de marzo de 1988) y, la suma total de las doce histerectomías realizadas en dos años por motivo de la neoplasia intraepitelial cervical asciende a 13,925,580 pesos. Todo esto es casi equivalente a los 16,013,077 pesos que cuesta un colposcopio y un equipo completo de citocirugía (Frigitronics, S.A. San Borja No. 1361, Col. Vertiz Narvarte, 03600 México D.F. Tel. 575-92-77) que serviría para tratar a las pacientes con neoplasia intraepitelial III, así como a la neoplasia intraepitelial cervical tipos II y I, incluyendo las lesiones condilomatosas del cervix, vagina y vulva, tratándose no sólo docenas sino cientos de pacientes con la ventaja adicional de que se realiza en la consulta externa, es rápida, bien tolerada y aceptada por las pacientes, no amerita anestesia ni hospitalización y con un índice de curación reportado en un 85 a 95% (42,43,44,45,46,47,48,49,50). Por lo tanto, considera

mos ventajosa la adquisición del colposcopio y la criocirugía para la consulta externa de Ginecología en nuestro Hospital.

### C O N C L U S I O N E S

La citología cervical continúa siendo un método sensible y específico para la detección oportuna de la neoplasia intraepitelial cervical.

La biopsia por sacabocado es un procedimiento sencillo, práctico y fidedigno para el estudio histopatológico de la neoplasia intraepitelial. Es indicativo realizarla en todas las pacientes con citologías anormales.

Si en este hospital no se dispone de un colposcopio es conveniente y recomendable integrar un servicio de -- colposcopia para el óptimo diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical.

En nuestro medio la histerectomía sigue siendo una medida terapéutica útil para la neoplasia intraepitelial aunque costosa pudiéndose disponer de un equipo de criocirugía que proporcionalmente y a futuro es más económica, es cómoda, es rápida, es sencilla y es efectiva para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial.

R E S U M E N

La neoplasia intraepitelial cervical ha sido sometida a un profundo análisis científico últimamente. Se ha encontrado íntimamente asociado con los papilomavirus como factor etiológico. Se disponen de métodos sensibles y específicos para su detección y diagnósticos oportunos -- como lo es la citología cervical, la colposcopia y la --- biopsia dirigida cuya correlación citológica - colposcópica - histológica es ideal, conveniente y recomendable. Existen medidas terapéuticas conservadoras efectivas como la crioterapia, la electrofulguración y el laser. Además, la histerectomía es un recurso útil para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial sobre todo cuando se asocia a patología ginecológica que amerita cirugía. Por -- ahora está siendo sometida a investigación científica, la cervicografía como un método adicional de escrutinio de la neoplasia intraepitelial cervical.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, por todo lo que han hecho por mí, GRACIAS.

A mis maestros: Dr. Miguel Zirate, Dr. Romualdo Ber--  
vera, Dr. Leocadio Ponce, Dr. Aciel Gaitan, Dr. Rafael Ro\_  
dríguez, Dr. Enrique Herrera, Dr. Abelardo Valdez, Dr. Mau\_  
ricio Gutiérrez, Dr. Luis Costa, Dr. García Luna, por sus -  
enseñanzas, GRACIAS.

A la Dra. Martha Lilia González y la Dra. Ma. Lourdes  
Scheffler, por su asesoría, GRACIAS.

Al Dr. Jaime Soto y el Dr. Felipe Huerta, distinguidos  
maestros, GRACIAS.

A la Dra. Diana Contreras, por su ayuda, GRACIAS.

A mis compañeros: Dr. Roberto De Anda, Dr. Hilario So\_  
riano, Dra. Xiomara Romero, Dra. Betsy Morales, Dra. Gloria  
De la Parra, Dr. Miguel Velázquez, Dra. Teresita Jacob, Dr.  
Carlos Salgado, Dr. Ricardo Najera, Dr. Edgar H. Mena, por  
su lealtad y amistad, GRACIAS.

A Araceli Andrade. Eva Palacios e Isabel Gómez, por--  
sus finas atenciones, GRACIAS.

A la Dra. Mariza Avila le agradezco muchísimo el dise\_  
ño tipográfico de este trabajo.

A Dios y Al Señor Jesucristo, por su permanente luz,  
MUCHISIMAS GRACIAS ; GRACIAS DIOS MIO POR TODO LO QUE ME  
HAS DADO;.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferenczy A. Cervical intraepithelial neoplasia. In --- Blaustein A. Pathology of the Female Genital Tract. New York, Heidelberg Berlin. Spinger-Verlag 1982.146.
2. Reagan JW, Hamonic MJ, Wentz WB. The celular pathology- of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyper- plasia of the uterine cervix. Cancer 1953.6:224-35.
3. Poulsen HE, Taylor CW, Sabin LM. Histological Typing of female genital tract tumors. International Histological Classification of tumors 1975 No. 13:56. WHO.
4. Burghardt E. Early histological diagnosis of cervix can- cer. Clin Obstet Gynecol 1976.1:323-33.
5. Macnab JCM, Walkinshaw SA, Cordiner JW, Clements JB. -- Human papillomavirus in clinically and histologically- normal tissue pf patients with genital cancer. N. England J. Med 1986. 315: 1052-8.
6. Ferenczy A, Mitao M, Noga P et Al. Latent papillomavi- rus and recurrent genital warts. N. Engl Med 1985. 315:784-8.
7. Crum CP, Ikenberg H, Richard RM, Gissman L. Human papi- llomavirus type 16 and early cervical neoplasia. N Engl J - Med 1984.310:880-3.
8. Reid BL. Causas del cáncer cervical . Ginecología y -- Obstetricia. Temas Actuales 1985.1;3-12
9. Kurman RJ, Jenson AB, Lancaster WD. Papillomavirus infec- tion of the cervix. Relationship to intraepithelial - neoplasia based on the presence of especific viral --- structural proteins. Am J. Surg Path 1983.7:39-52.
10. Baird PJ, Serology evidence for the association of pa- pillomavirus and cervical neoplasia. Lancet 1983.2:17-18.
11. Levins RU, Crum CP, Herman E et al, Cervical papillo- mavirus infection and intraepithelial neoplasia; a stu- dy of male sexual partners. Obstet Gynecol 1984, 64:16-20.

12. Kurman RJ, Shah KH, Lancaster WD, Jenson AB. Immuno-  
peroxidase localization of papillomavirus antigens in --  
cervical dysplasia and vulvar condylomas. Am J.Obstet --  
Gynecol 1981.40;931-35.
13. Morin C. Braun L. Casa - Cordero M et al.Confirmation  
of the papillomavirus etiology of condylomatus lesions of  
the cervix by the peroxidase-antiperoxidase technique.-  
Journal National Cancer Institute 1981. 66:831-35.
14. Meisels A, Pay M, Forter M et al .Human papillomavi\_  
rus of the cervix the atypical condyloma. Acts Citol --  
1981.25:7-16.
15. Barraso R. Burx J. Croissant O Orth G. High orevalen\_  
ce of papilomavirus associated penile intraepitelial neo\_  
plasia N. Englan Med 1987.317:916-23.
16. Veral V. Cancer of the cervix: A sexually trasmitted  
infection. Lancet 1974. 1:1037-40.
17. Burkley JD, Harris RWC,Dou R et al Case control study  
og the husbands of woman with dysplasia or carcinoma of  
the cervix uteri. Lancet 1981. 2: 1010-4.
18. Mc Cance D. Singer A. The imporntace of HPV-infec--  
tions in the male and female genital tract and their re\_  
lationship tocervical neoplasia. Banbury Rep 1986.21:311-9.
19. Obalek S. Jablonska S, Beaudenon S et al. Bowenoid -  
papulosis of the male and female genitalia. Risk of cer\_  
vical neoplasia. J Acada Dermatol 1986.14:433-34.
20. Sedlacek TV. cunnane M, Carpenello V. Colposcopy in -  
the diagnosis of penile condyloma. Am J. Obstet Gynecol -  
1996,154:494-6.
21. Reid R. herschman BR, Crum CP et al Genital wats and -  
cervical cancer. Am J. Ostet Gynecol 1984, 149: 293-303.

22. Skegg DCG, Corvin PA Paul C. doll R. Importance of -- the male factor in cancer of the cervix . Lancet 1982. 2:581-3.
23. Richard RM. natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obst Gynecol 1967.10:784-84.
24. Duncan ID Problemas en la identificación clínica del cáncer cervicouterino. Ginecología y Obstetricia- Temas actuales 1985.1:85-94.
25. Anderson MC. Cuadro Histopatológico del cáncer cervicouterino. Ginecología y Obstetricia - Temas actuales 1985.1: 95-129.
26. Ricaud LR. Hernández JE, Villalobos JM. Neoplasia intraepitelial cervical. Rev. Mex Gin Obst. 1985. 52:285-304.
27. Meisels A, Morin C, Casas- Cordero M, Human papillomavirus infection of the uterine cervix . Inter J Gyn Path 1982 1:75-94.
28. Burghart E, Ostort AG. Site and origin of squamous cervical cancer; a histomorphology study. Obstet Gynecol 1976 3:357-97.
29. Burghart E. Premalignant conditions of the cervix. Clin Obstet Gynecol 1976, 3: 257-95.
30. Richard PM, Barron BA. A Folew up study of patients with cervical dysplasia. Am J. Obstet Gynecol 1969. 105: 386-93.
31. Barron BA, Cahill MU, Richard RM, A Statistical model - of the natural history of cervical neoplastic disease. The duration of carcinoma in situ. Gyneol Oncol 1978. 60: 210-14.
32. Hudson. Prevención del cáncer cervicouterino ;importancia del frotis citológico, Ginecología y Obstetricia- Temas Actuales 1985.1;39-59.
33. Meisel A. Morin C. Casas - Cordero M. Lesions of the -- uterine cervix associated with papillomavirus and theri clinical consecuneces. In Koss LG, Coleman DV. Advances in Clinical Cytology 1984. 1;6-31.



34. Jordan JA. colposcopia en el diagnóstico de cáncer cervical y lesión precancerosa. Ginecología y Obstetricia - Temas Actuales 1985. 1: 75-84.
35. Craiger DA, Roberts DK, Wells, horberlt, DV. The value of endocervical curatage in the management of the patients with abnormal cervical cytologic findings. Am J. Obstet gynecol 1987.156:625-8
36. Sharp PF, Cordiner JW. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical por medio de conización e hysterctomía Ginecología y Obstetricia -Temas Actuales 1985. 1;145-61.
37. Singer A, Walker P. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical por métodos conservadores. Ginecología y Obstetricia - Temas Actuales 1985. 1;131043.
38. Kaufman RH, Friedrich EG.El laser del dióxido de carbono en el tratamiento de las enfermedades vulvares. Clin Obst Gyneol 1985.1;273-284.
39. Saud PK, Bowen ,Ostergard Dr. Gufa sobre el empleo del rayo laser en ginecología. Mundo Medico 1987,14;65-74.
40. Ferenczy A. Comparison Cryo and carbon dioxide laser teraphy for cervical intraepithelial neoplasia.Obst Gyneol 1985. 66;793-7.
41. Trabajos presentados por Richard Reid y Michael Campion en el Segundo Simposium de Cáncer Genital Temprano realizado en el Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos (ISSSTE) del 2 al 6 de noviembre de 1987.
42. Benedet JL. Colposcopy, conization and hysterectomy practices: a current perspective. Obst Gynecol 1982. 60;539-45.
43. Charker W. Colposcopy and conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ. Obstet Gynecol 1974. 43:527-34.

44. Creasman WT Carcinoma in situ of the cervix . An anali\_ sis of 861 patients. Obst Gynecol 1972. 39:373-9.
45. Burghardt E, Treatment of cervical intraepithelial neo\_ plasia. Obst Gynecol Survey 1980. 35;539-41.
46. Coney P. Cryosurgicla treatment of cervical intraepi\_ thelial neoplasia. Obstet Gyencol Survey 1980.35; 539-41.
47. Creasman WT. Cryosurgery in the management of cervical intraepithelial neoplasia . Obstet Gynecol 1984. 63:145-9.
48. Townsend WT. Cryosurgery for cervical intraepithelial -- neoplasia. Obst Gynecol Survey 1979. 34:838-40.
49. Staff L. Colposcopic Diagnosis of cervical neoplasia, - Obstet Gyencol 1973. 41; 168-71.
50. Reid R. Greenbury M, Jenson B et al . Sexually trasmitted papillomavirus infections. The anatomy distribution and pa\_ thologic grade of neoplastic lesions associated with diffe\_ rent viral types. Am J. Obstet Gynecol 1987.156;212-22.