

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

Autor Dr. David Calderón Oblitas Co-autor Dr. Cosme Cabello Vargas*

R E S U M E N

Exponemos en el presente trabajo, el Manejo de la Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), en el Servicio de Oncología Ginecológica del Centro Médico Naval "CMST", en los últimos 5 años y sus resultados.

El esquema seguido implica: Detecciones; se evaluaron 28.373% extendidos para citología (Papanicolaou), encontrándose 291 Anormales (PAP).

Para llegar al Diagnóstico de NIC, y precisar su Grado, estas 291 pacientes fueron sometidas a la siguiente secuencia: Examen Clínico, Tratamiento Antiinflamatorio, Colposcopia, Pap. Repetido, Biopsia Dirigida (Ex-Dr.), Curetaje Endocervical (CEC), Reevaluaciones, Conización (en los casos de Colposcopia no Satisfactoria), Diagnóstico Definitivo Histológico: NIC I, II, III = 208; Ca invasivo 45 Falso, Pap. Positivo = 13. Incidencia de NIC = 68%.

Se trataron con Electrotocauterización Dirigida: 55 pacientes (24.52%) con 92.16% de curaciones controladas más de 3 años. Con conización se trataron 77 (37.07), obteniendo una curación en 97.1%.

Con Histerectomía se trataron 80 (38.46%) obteniéndose un 100% de curaciones. Los resultados son comparables a los obtenidos en los mejores Centros Hospitalarios.

Este trabajo también nos ha servido para precisar la buena correlación y eficacia diagnóstica de nuestra técnica de Colposcopia - Ex-Dirigida, comparada con la obtenida por Cono (75.8%), mejor que la correlación citológica (Pap) - Cono 70%. Siendo los resultados mejores cuando se practican Colposcopia - Ex-Dr., CEC y PAP. Evitando un 74.6% de Conos con fines diagnósticos.

Demostramos que la Electrocauterización dirigida consigue tan buenos resultados como la Criocirugía en pacientes con NIC I, II, por lo tanto son recomendables especialmente para pacientes jóvenes con interés en gestaciones futuras. La conización en casos seleccionados de NIC II, III.

La histerectomía en pacientes con NIC III, y en otras con menor grado de NIC si tienen patología asociada.

Concluimos recomendando se establezcan esquemas parecidos para el Manejo de la Neoplasia Cervical Intraepitelial, en todos los Centros Hospitalarios del país. Aprovechar la labor de detección que se realiza en unidades móviles, para igualmente realizar el tratamiento de estas lesiones iniciales del Ca. de C uterino, con Electrocauterización Dirigida, y otras pacientes Criocirugía. Ambos procedimientos sencillos y practicables en forma ambulatoria. Se evitaría la triste realidad que hoy confrontamos a nivel nacional, el alto porcentaje de pacientes en estadios avanzados.

INTRODUCCION

La incidencia de Cáncer de cuello uterino a nivel nacional es cada vez mayor, y de éstas pacientes el 89% llegan al INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) en estadios avanzados, lo que permite considerar el Cáncer de Cuello Uterino como un Problema de Salud.

En tanto no se conozca la etiología de esta enfermedad, para reducir los estadios avanzados y la consiguiente mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, estamos obligados a detectar esta enfermedad en sus estadios iniciales y ofrecerlas a éstas pacientes las mejores alternativas de tratamiento.

El presente trabajo, tiene como objetivo: mostrar los resultados de un Plan de Trabajo, establecido hace 5 años, en el Servicio de Oncología Ginecológica del Centro Médico Naval, precisando la secuencia que seguimos en cada paciente hasta llegar al Diagnóstico Definitivo de NIC, las alternativas de tratamiento y del seguimiento respectivo.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de 291 pacientes con Papanicolaou Anormal que concurrieron al Servicio de Oncología Ginecológica para Detección de Cáncer de Cuello Uterino. Algunas son remitidas, en Interconsulta de los Consultorios de Ginecología, para una mejor evaluación, en razón de tratarse de cuellos uterinos con alguna anormalidad macroscópica, no obstante tener un Papanicolaou negativo.

Todas las pacientes tienen: Historia Clínica con N° de Registro: Anamnesis, Examen Clínico completo, Preferencial Ginecológico y una Ficha especial para anotar la Evaluación Colposcópica.

Se estableció que toda paciente con Papanicolaou Anormal, sería evaluada con Colposcopia Completa de Cuello, repetir el Papanicolaou, Biopsia Dirigida (Bx-Dr), Curetaje endocervical (CEC).

Si la paciente tiene marcado componente inflamatorio, este debe ser eliminado o reducido, para lo cual usamos una Crema Vaginal a base de Nifuratel-Nistatina. En otras pacientes usamos Acido Metacresolsulfónico con Formaldehído. Con los resultados de la Colposcopia, Biopsia Dirigida, Curetaje endocervical, y Papanicolaou repetido, Reevaluamos: Si la Colposcopia es satisfactoria y hay correlación, entre estos informes, establecemos el Diagnóstico Definitivo. Si la Colposcopia no es Satisfactoria, o no hay correlación entre los informes: Citología mayor que Biopsia Dirigida, o CEC Positivo, entonces recurrimos al Cono Diagnóstico para establecer el Diagnóstico Definitivo.

Colposcopia Satisfactoria: es aquella en la que logramos observar toda la Zona de Transformación.

Colposcopia No Satisfactoria: aquella en la que no se ve la zona de transformación, o no logramos observar el límite superior endocervical.

El examen colposcópico implica: una Primera Visión Directa sin preparación del cuello uterino, tomar el frotiz para Papanicolaou, examen colposcópico previa limpieza con Acido Acético al 3%, luego pintelación con Lugol, y examen con filtro verde. Así precisamos la lesión: su localización, extensión por cuadrantes, de los patrones anormales compatibles con Neoplasia Cervical Intrapitelial (NIC): Epitelio Blanco-Leucoplasia, Mosaico, Base (Punteado), Vasos anormales^{2,3}.

Biopsia Dirigida: Bajo visión colposcópica, escojemos aquel sector donde las alteraciones son más significativas, para tomar la biopsia correspondiente. Tomamos una o más biopsias. Los fragmentos de tejido biopsiados son mayores de 5 mm. Curetaje Endocervical (CEC). Raspamos el endocervix, recogiendo la primera parte sobre una lámina, y el resto en frasquito con formol.

Al finalizar el examen colposcópico, se anotan los hallazgos en la ficha correspondiente, y se remiten las muestras a Patología, para su estudio, con la información respectiva ¹ Papanicolaou Repetido ², Biopsias Dirigida (Bx-Dr.) ³, Curetaje endocervical (CEC).

Aquellas pacientes en las que se constata marcado componente inflamatorio cervico-vaginal, se les toma las muestras respectivas para identificar los agentes causantes y se les indica tratamiento con Nifuratel-Nistatina y en otras pacientes indicamos crema a base de ácido meta-

cresol-sulfónico con formalahido. Con este procedimiento eliminamos en gran parte el componente inflamatorio que puede alterar la evaluación colposcópica, y citológica (Falsos Pap.) ⁶.

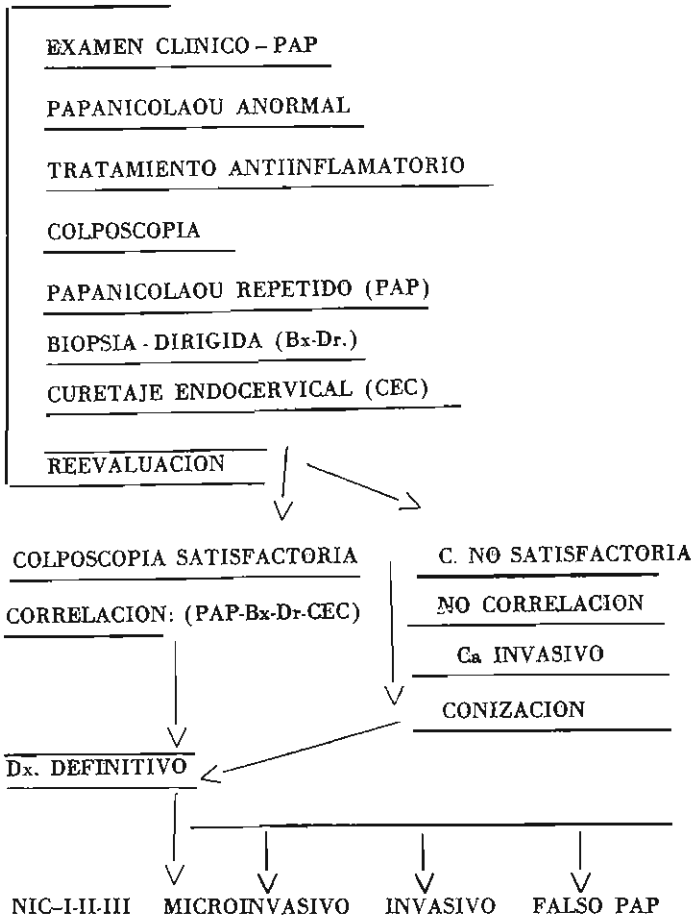
Con los informes de la Evaluación Colposcópica, de la Biopsia Dirigida (Bx-Dr.) del Curetaje endocervical (CEC), y el Papanicolaou Repetido y tomando adecuadamente, reevaluamos cada caso: Si la colposcopia ha sido satisfactoria, y hay correlación entre BS-Dr., CEC, y Pap., llegamos al Examen Ginecológico, Pap., Colposcopia, CEC y Bx-Dr. si fuera necesario.

RESULTADOS

CUADRO 1

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)
EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

DIAGNOSTICO



CUADRO 2

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)
EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

<u>Papanicolaou</u>	<u>En 5 años</u>
1985	5,627
1986	5,425
1987	5,465
1988	5,732
1989	6,124
TOTAL 28,373	
PAP-Anormales	291
Incidencia	1.01%

El Cuadro N° 2 nos indica que entre los años 1985 - 1989, se ha practicado 28,373 exámenes de Papanicolau, en las pacientes que concurren al Servicio de Oncología Ginecológica del Centro Médico Naval. De ellas 291 presentaron PAP Anormal, es decir una incidencia de 1.01%.

El Cuadro N° 3 nos muestra que de 291 pacientes con Papanicolaou, se diagnosticaron 208 casos de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), (68%). Carcinoma Invasivos 45, (19%), y en 38, (13%) (Falsos Pap. Positivos). Se practicaron: 227, (78%) Colposcopias Satisfactorias, y 64, (22%) Colposcopias No Satisfactorias.

CUADRO 3

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)
EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

Diagnóstico	Nro. de	
	Pacientes	%
EVALUACION DE 291 PAP = ANORMALES		
NIC I	53	15
NIC II	97	33
NIC III	58	20
Invasivos	45	19
Falso PAP Positivo	38	13
TOTAL	291	100
TOTAL NIC	208	68
Colposcop./Satisf.	227	78
Colposcop. No Satisf.	64	22
Cono Diagnóstico	74	25.4
Se evita Cono-Dx.	217	74.6
CEC - Positivo en		
pacientes con NIC	10	20.8
Pacientes con Ca. Inv.	45	45

Fue necesario practicar conización para establecer Dx. Definitivo de NIC en 74, (25%). Evitándose el Cono Dx. en 217, (74.6%).

De los Curetajes Endocervicales (CEC), en 208 pacientes con NIC, han sido positivos en 10 (20.8%).

Diagnóstico Definitivo.

Si la colposcopia no es satisfactoria, o la Bx-Dr. nos indica CA Microinvasivo, o si no hay correlación aceptable entre Pap-Bx-Dr., y CEC., entonces recomendamos practicar Conización, para establecer el Diagnóstico Definitivo.

El tratamiento se decide en forma individual en cada paciente, teniendo en cuenta; el grado de NIC (I-II-III), la edad de la paciente, su interés en su porvenir obstétrico, y la patolo-

gía concomitante. Como norma general preferimos tratamiento Conservador en mujeres jóvenes nulíparas, o uníparas, y tratamiento más radical en mayores de 35 años, múltiparas o con otra patología agregada.

Las alternativas de Tratamiento: Electro-Cauterización Dirigida, Criocirugía Conización, Histerectomía. Los resultados del tratamiento con Criocirugía, ya han sido presentados en eventos científicos anteriores⁵, por lo tanto el interés actual está en comparar con las electrocauterización dirigida.

Todas las pacientes se siguen en controles cada 4 meses en el primer año, cada 6 meses en el segundo, y cada año en los siguientes.

El Cuadro N° 4, indica la edad de 291 pacientes con Papanicolaou Anormal, y se aprecia que el 55% son mujeres en etapa reproductiva, algunas muy jóvenes.

CUADRO 4

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)
EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

EDAD Y SINTOMAS

Años	Nro. de Pacientes	%
18 - 29	87	30
30 - 39	73	25
40 - 49	53	18
50 - 59	58	20
60 a más	20	7
TOTAL	291	100
Con Síntomas	223	76.6
Sin Síntomas	68	23.4
TOTAL	291	100
Leucorrea	133	59.8
Sang. Vag.	45	20.1
Otros	45	20.1
TOTAL	223	100

También indica que de 291 pacientes, 68 (23.4%), son asintomáticas y 223 (76.6%), con algún síntoma; Leucorrea 59.8%, Sangrado vaginal 20.1%, otros síntomas 20%.

El Cuadro N° 5; nos indica el tratamiento que han tenido 208 pacientes con diagnóstico de NIC-I-II-III. Han recibido electrocauterización dirigida 51 pacientes (24.51%), conización 77 (37.03%), Histerectomía 80 (38.46%).

CUADRO 5

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)
EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DEL PERU

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (3 años o más)

Grado de NIC	Electro-Caut. Dirigida		Conización		Histerectomía	
	Nº Pac.	Recur.	Nº Pac.	Recur.	Nº Pac.	Recur.
NIC I	40	1/40	10	0/10	3	0/3
NIC II	10	3/10	47	1/47	40	0/40
NIC III	1	0/1	20	1/20	37	0/37
TOTAL	51	4/51 (24.51%)	77	2/77 (37.03%)	80	0/80 (38.46%)
% de Recur.	7.84%		2.9 %		0	
% de Curación	92.16%		97.1 %		100%	

También nos muestra el seguimiento de estas pacientes, en un tiempo mínimo de 3 años, lo que nos permite establecer el porcentaje de recurrencias con electrocauterización dirigida 7.84%, conización 2.9%, Histerectomía 0%.

DISCUSION

La incidencia de Papanicolaou Anormal en nuestro medio Naval, es de 1.01% muy inferior a la que registran la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer y otros Centros Hospitalarios del país.¹⁸

La explicación puede estar en el mejor nivel socio-económico, de la población que concurra a nuestro hospital.

El Papanicolaou sigue y seguirá siendo un buen procedimiento de detección del cáncer de cuello uterino, en las grandes masas de población. En otras épocas todo Papanicolaou III, implicaba una conización para precisar diagnóstico, con la introducción de la colposcopia se ha modificado esta rutina, evitándose conizaciones innecesarias.

Con el esquema de trabajo, establecido, evaluamos 291 Papanicolaou anormales, llegando a precisar que nuestra incidencia de neoplasia cervical intraepitelial es de 68%, carcinomas invasivos 19%, falsos positivos 13%, que sólo tenían cervicitis. De los Carcinomas Invasivos 10% correspondían a Microinvasivos y 9% a francamente invasivos. Es decir que en el Centro Médico Naval se diagnostica el Cáncer del cuello uterino en etapa pre-clínica en un 78%. Estos porcentajes contrastan con los del INEN, donde el 80% son pacientes que llegan con enfermedad avanzada^{4,18}. En cambio son muy parecidos a los registrados en Centros Hospitalarios de países con mayor desarrollo^{1,2,3,12}.

Se practicaron 227 Colposcopias Satisfactorias, (78%) y 64 (22%) de Cáncer no satisfactorias, figurando entre estas últimas de preferencia mujeres en edad mayor con lesiones que se extendían hasta las partes altas del endocervix, haciendo difícil su extensión superior. Estas cifras se aproximan a las obtenidas en el INEN⁴.

Se practicaron 74 conos con fines diagnósticos (25%), evitándose la Conización rutinaria de todo Pap. Anormal de otras épocas, en las que todo PAP III se seguía de Conización. Es pues importante remarcar que se evitan el 74.6% de los Conos Diagnósticos, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de estas pacientes son jóvenes con interés en su porvenir obstétrico, y a quienes una Conización puede conducir a un estenosis, o incompetencia de cervix, y otra morbilidad. Además debemos tener en cuenta el aspecto económico, que hoy más que nunca es importante, ya que requiere de hospitalización, anestesia, etc.

De los curetajes endocervicales: en 208 pacientes con NIC, han sido positivos en 10 (20.

8%), y de estos la mayoría correspondían a NIC III.— De los 45 carcinomas invasivos fueron positivos en 10 (45%).— El CEC negativo con Colposcopia Satisfactoria, y correlación PAP—Bx-Dr., nos permite definir el Diagnóstico.

En cambio CEC Positivo y Colposcopia No Satisfactoria, obligan al Cono Diagnóstico.

En un trabajo anterior⁷ establecimos la correlación entre Citología y Conización, tratando de evaluar la exactitud diagnóstica por GRADOS DE NIC I, II, III, y encontramos que sólo llegaba al 56.1%, en cambio la correlación entre Biopsia dirigida bajo visión colposcópica y la conización llegaba a un 75.8%. Si sumamos todos los procedimientos evidentemente llegamos a la mayor exactitud en el diagnóstico de NIC en sus diferentes grados. Diagnosticamos 208 pacientes con NIC de ellas, correspondían a NIC I: 53 (25.48%), NIC II: 97 (46.53%), NIC III: 58 (27.90%). Advertimos el porcentaje mayor de NIC II. En algunos casos la Bx-Dr., fué de mayor grado que el informado en el Cono o Histerectomía, lo que podría estar en relación con las dificultades que tienen los Patólogos Generales en estas precisiones¹⁵.

La edad de las pacientes en el 55% se encontraba entre los 18-39 años, es decir en etapa reproductiva. De ellas algunas muy jóvenes, solteras o casadas sin hijos y tomando anticonceptivos.

En cuanto a síntomas: el 23.4% de las pacientes con PAP anormal, fueron Asintomáticas, el 76.6% referían algún síntoma, siendo los más frecuentes la Leucorrea 59.8%, el sangrado vaginal en el 20.1%, otras, dolor pélvico, etc. Lo que nos demuestra que la gran mayoría tienen algún síntoma, por el que acuden a consulta y es la rutina establecida de un buen examen ginecológico y el Papanicolaou respectivo, lo que permite detectarlas, para luego seguir la secuencia ya expuesta, comparable a las que figuran en otras publicaciones^{12,16}.

En relación con el tratamiento las alternativas que se plantean actualmente en los mejores Centros Hospitalarios del mundo son:^{12,8,17}

Electrocauterización Dirigida, Laser, Criocirugía, Conización, Histerectomía.

La tendencia moderna está dirigida a emplear tratamientos conservadores en mujeres jóvenes con interés en gestaciones futuras, y tratamientos más radicales en mujeres mayores, multíparas, y/o con otra patología ginecológica^{1,5,8,12}.

Nosotros consideramos que si los procedimientos conservadores son buenos, fáciles de practicar en forma ambulatoria, podrían contribuir en nuestro medio a solucionar el gran problema del Cáncer de Cuello Uterino: los estadios avanzados y por lo tanto la mortalidad que causa esta enfermedad. En este sentido, después de adquirir la experiencia necesaria con Criocirugía, tratamos un grupo de pacientes con NIC, confirmando la bondad de este procedimiento y sus ventajas⁵.

Investigadores de prestigio afirman que el Laser¹², y la Criocirugía obtienen resultados muy parecidos en el tratamiento de pacientes con NIC. Siendo el Laser un procedimiento que requiere de un equipo más costoso, técnica más sofisticada y mayores complicaciones.

La Electrocauterización Dirigida: permite destruir la lesión (NIC), que previamente ha sido localizada, y bien delimitada bajo visión colposcópica, y luego con Prueba Schiller como zona Yodo-Negativa. La cauterización se extiende a por lo menos 5 mm. del borde de la lesión y profundidad, debe ser suficiente como para eliminar el epitelio que cubre la zona de transformación. Con este procedimiento tratamos 51 pacientes (24.51%).

De las 51 pacientes tratadas con E. Cauterización Dirigida: NIC I = 40, NIC II = 10, NIC III = 1, esta última paciente muy joven sin hijos, y con una lesión muy localizada, que posteriormente logró gestar y tener un parto normal. Todas estas pacientes han tenido un seguimiento mínimo de 3 años, observándose un porcentaje de Recurrencias de 7.84%, por lo tanto de 92.16% de curaciones, que nos parece bueno, y comparable a los reportados por autores extranjeros¹⁰.

En nuestro medio, aparte de la exposición en un evento científico, por colegas del INEN, no hay publicaciones que nos permitan comparación con nuestros resultados.

Consideramos que los resultados obtenidos con Criocirugía y Electrocauterización dirigida son igualmente eficaces en NIC I, II, y algunos casos muy seleccionados de NIC III, si se siguen las normas establecidas en el presente trabajo. Con estos dos procedimientos practicados en forma ambulatoria, en las mismas unidades donde se realiza la labor de Detección, estamos seguros que se disminuirá la incidencia de Ca. Invasivo, y por lo tanto de mortalidad por esta enfermedad, que es elevada en nuestro país. Fueron tratadas con conización: 77 pacientes. De ellas: NIC I = 10; NIC II = 47; NIC III = 20, obteniendo un 3.9% de recurrencia y por lo tanto un 97.1% de curaciones. El tipo de Conización es el clásico con puntos de Stumdorf, resección de tejido endocervical hasta la cercanía del O.I. de cuello uterino, y base del cono que incluye exocervix de acuerdo al tamaño de la lesión. Observamos dos pacientes con estenosis de cuello post-conización, múltiparas, y otras con marcada reducción del O. Externo del Cuello Uterino, en las que la Colposcopia de seguimiento no fue satisfactoria, y el extendido citológico para Papanicolaou fue tomado con Curetaje endocervical.

La conización es una buena alternativa de tratamiento para NIC = III, y algunos casos seleccionados de NIC II (Lesiones extensas exocervicales) resultando muy radical, practicarla en forma rutinaria en NIC, I, II.

Fueron tratadas con Histerectomía: 80 pacientes, 3 con NIC I; 40 con NIC II; 37 con NIC III, obteniéndose un 100% de curación en 3 años o más de seguimiento. Las pacientes con NIC I tenían además prolapso uterino², se les practicó H. Vaginal y una Fibromioma uterino (H. T. A.).

De las pacientes con NIC II: 10 tenían patología ginecológica asociada, Fibromioma uterino, Adenomiosis, Metro-anexitis crónica, todas ellas múltiparas mayores de 35 años. Las pa-

cientes con NIC III, algunas con patología ginecológica asociada, múltiparas y mayores de 35 años.

Los resultados obtenidos con Histerectomía, son semejantes a los que figuran en la literatura ya conocida, que demuestra que la histerectomía es una buena alternativa de tratamiento para NIC III⁴⁸¹¹.

La técnica empleada es la clásica extrafascial, con manguito y orla vaginal.— Se confirma lo expuesto en diferentes trabajos, que el tratamiento de las pacientes con NIC en forma adecuada, llega al 100% de curaciones.

RESUMEN

Exponemos en el presente trabajo, el Manejo de la Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), en el Servicio de Oncología Ginecológica del Centro Médico Naval "CMST", en los últimos 5 años y sus resultados.

Para llegar al Diagnóstico de NIC, y precisar su Grado, estas 291 pacientes fueron sometidas a la siguiente secuencia: Examen Clínico, Tratamiento Antiinflamatorio, Colposcopia, Pap. Repetido, Biopsia Dirigida (Bx-Dr.), Curetaje Endocervical (CEC), Reevaluaciones, Conización (en los casos de Colposcopia no Satisfactoria), Diagnóstico Definitivo Histológico: NIC I, II, III = 208; Ca Invasivo 45 Falso, Pap. Positivo = 13. Incidencia de NIC = 68%.

Se trataron con Electrocauterización Dirigida: 55 pacientes (24.52%), con 92.16% de curaciones controladas más de 3 años. Con conización se trataron 77 (37.07%), obteniendo una curación en 97.1%.

Con Histerectomía se trataron 80 (38.46%) obteniéndose un 100% de curaciones. Los resultados son comparables a los obtenidos en los mejores Centros Hospitalarios.

Este trabajo también nos ha servido para precisar la buena correlación y eficacia diagnóstica de nuestra técnica de Colposcopia - Bx-Dirigida comparada con la obtenida por cono (75.8%),

mejor que la correlación citológica (Pap) - cono 70%. Siendo los resultados mejores cuando se practican Colposcopia-Bx-Dr., CEC y PAP. Evitando un 74.6% de Conos con fines diagnósticos.

Demostramos que la Electrocauterización dirigida consigue tan buenos resultados como la Criocirugía en pacientes con NIC I, II, por lo tanto son recomendables especialmente para pacientes jóvenes con interés en gestaciones futuras. La conización en casos seleccionados de NIC II, III.

La histerectomía en pacientes con NIC III, y en otras con menor grado de NIC si tienen pa-

tología asociada.

Concluimos recomendando se establezcan esquemas parecidos para el Manejo de la Neoplasia Cervical Intraepitelial, en todos los Centros Hospitalarios del país. Aprovechar la labor de detección que se realiza en unidades móviles, para igualmente realizar el tratamiento de estas lesiones iniciales del Ca. de C. uterino, con Electrocauterización dirigida, y otras pacientes Criocirugía. Ambos procedimientos sencillos y practicables en forma ambulatoria. Se evitaría la triste realidad que hoy confrontamos a nivel nacional; el alto porcentaje de pacientes en estudios avanzados.

BIBLIOGRAFIA

- AKERMAN A., DEL REGATO J.: Cáncer.— Diagnósis, Treatment, and Prognosis.— 5ta. Ed. U.S.A.— 1977.
- BENEDET J. L., ANDERSON G. H., SIMPSON L.: Practica de Colposcopia, Conización, Histerectomía. Gynecol-Obst. Mayo 1981.
- BOTELLA L.: Colposcopia en Ginecología. Ed. España, 1984.
- CASTELLANO G.: Manejo de la Neoplasia Cervical Pre-Clinica. Curso Internacional Ginecol-Oncológica. Setiembre 1986.
- CALDERON D.: Criocirugía en Patología de Cuello Uterino. Academia Peruana de Cirugía. Marzo 1989.
- CALDERON O.: Nifuratel-Nistatina en el Tratamiento de la Cervicitis Crónica Post-Criocirugía. XXVII Congreso Nacional Cirugía. Lima - Perú, 1990.
- CALDERON O., CABELLO C.: Colposcopia y la Incidencia de Conizaciones en el Centro Médico Naval. Congreso de Cancerología. 1988.
- DELGADO G.: Manejo de la Neoplasia Cervical Intraepitelial. Curso Internacional de Ginecología-Oncológica. Setiembre, 1986.
- GUSBERG S. B.: Cáncer Ginecológico. Ed. Méd. Panamericana, 1971.
- MOLLYOCK F., VERNON M. B.: Cervical Function Following treatment of the intraepithelial Neoplasia by Electrocoagulation diatermy. Obst-Gynecol. 61-79, 1983.
- MCGOWAN L.: Gynecologic Oncology. Crapter 10. 1978.
- STUART G. C.: Assesment of Failure of the Cryosurgical Treatment in the Cervical Intraepithelial Neoplasia. Am. J. Obst.-Gynecol; 42-6-6580, 1982.
- STURGIS, Taylor.: Progresos de la Gineecolgia. Ed. Cient. Med. Barcelona, 1971.
- SATEF, A.: Colposcopy Diagnosis of the Cervical Neoplasia. J. Obst-Gynecolog. 41-168, 1973.
- REID D., and CHRISTIAN C. D.: Controversy, Obstet-and Gynecol. U.S.A., 1974.
- TOWSEND D. E., OSTERGARD D. R., WIROSE F. M.: Abnormal Papanicolau Smears. Evaluation by Colposcopy, and endocervical curetaje. Am. J. Obst. Gynecolog. 108, 429, 1978.
- TREDWAY D. R., TOWSEND D.: Colposcopy and Criocirurgery in Cervical I Intraepithelial Neoplasia. Am. J. Obst-Gynecol. 114, 1020, 1972.
- ZEGARRA F., BARRIGA O., Otros Col.: Curso Post-Grado de Cáncer Ginecológico. INEN, 1971.