

PRESENTACIÓN DE CASO

RESULTADOS DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA CÉRVICOUTERINA DE BAJO GRADO

Dr. Mario Gutiérrez Machado ¹, Dr. Williams Eduardo Alemán Zepeda ², Dr. Juan Antonio Suárez González ³
Lic. Milay Hurtado Ruíz ⁴.

RESUMEN

Introducción: A las lesiones precursoras causadas por el Virus del papiloma humano usualmente les toma de 10 a 20 años para desarrollar un cáncer invasivo, la mayoría de los cánceres cervicales pueden prevenirse con la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas. **Objetivo:** describir los resultados de la atención a estas pacientes. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en 210 mujeres con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial escamosa cérvicouterina de bajo grado en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara en el año 2009. **Resultados:** La mayoría eran mayores de 25 años de edad, el 84,76% iniciaron su vida sexual antes de los 20 años, tenían más de 20 años de vida sexual y declararon dos o tres parejas sexuales. Solamente el 17,5% usaban métodos anticonceptivos que ofrecieran protección contra una infección de transmisión sexual y el 70,3% habían parido una o dos veces. El mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales 49,5% y se encontraron imágenes anormales en 37,6%, se decidió realizar biopsia del cuello uterino a 74 de las pacientes 35,4% y se juzgó oportuno realizar seguimiento citocolposcópico por dos años en 184 mujeres 87,6%. La mayoría de las citologías evolutivas a los seis meses realizadas en las pacientes con seguimiento citocolposcópico fueron normales. **Conclusiones:** Con una correcta evaluación citocolposcópica, unida al análisis adecuado de las características epidemiológicas de las mujeres con lesión inicial citológica de LIEBG, resultan en una adecuada opción de seguimiento y control para estas mujeres.

Palabras claves: Cáncer cérvico uterino/ colposcopia/ epidemiología.

Results of the attention to patient with lesion intraepithelial scaly cervicouterina of low degree.

ABSTRACT

Introduction: To the lesions precursors usually caused by the Virus of the human papiloma them taking of 10 to 20 years to develop a cancer invasivo, most of the cervical cancers can be prevented with the precocious detection and the treatment of the lesions precancerosas. **Objective:** to describe the results from the attention to these patient **Method:** There was carried out a prospective, longitudinal and descriptive study in 210 women with diagnosis citológico of lesion intraepithelial scaly cervicouterina of low degree in the Hospital Educational Ginecobstétrico Mariana Grajales of Santa Clara, Villa Clara in the year 2009. **Results:** Most was bigger than 25 years of age, 84,76% began its sexual life before the 20 years, they had more than 20 years of sexual life and two or three sexual couples declared. Only the 17,5% used birth-control methods that you/they offered protection against an infection of sexual transmission and 70,3% they had given birth to an or twice. The biggest number in the discoveries colposcópicas was normal 49,5% and they were abnormal images in 37,6%, he/she decided to carry out biopsy from the uterine neck to 74 of the patients 35,4% and it was judged opportune to carry out pursuit citocolposcópico for two years in 184 women 87,6%. most of the evolutionary cytologies to the six months carried out in the patients with pursuit citocolposcópico was normal. **Conclusions:** With a correct evaluation citocolposcópica, together to the appropriate analysis of the epidemic characteristics of the women with lesion initial citológica of LIEBG, they are in an appropriate pursuit option and control for these women.

Key words: Cancer uterine cérvico / colposcopia / epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La causa fundamental del cáncer cervical es la infección con uno o más de los tipos de alto riesgo del VPH, un virus común que se transmite sexualmente. La mayoría de las nuevas infecciones por el VPH resuelven espontáneamente, pero si persiste, la infección puede llevar al desarrollo de precáncer, que si no se trata, puede conducir al cáncer. Como a las lesiones precursoras causadas por el VPH usualmente les toma de 10 a 20 años para desarrollar un cáncer invasivo,

^{1,2,3,4}. Filiación: Universidad Médica de Villa Clara. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales" Santa Clara, Villa Clara.

la mayoría de los cánceres cervicales pueden prevenirse con la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas¹.

En realidad, ahora parece que el precursor directo del cáncer cérvicouterino es la neoplasia intraepitelial de alto grado, que puede progresar durante un período de hasta 10 años. La mayoría de las lesiones de bajo grado experimentan una regresión o no progresan, especialmente los casos incidentales en las mujeres más jóvenes (de 34 años de edad o menos). La regresión en los casos prevalentes es menos probable.²

En el Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" se comenzó a utilizar en enero de 2008 la clasificación del sistema de Bethesda para el diagnóstico citológico y se creó la sesión de consulta para las pacientes con LIEBG, con resultados en su trabajo, por lo que se presentan algunos de estos en el año 2009 en esta investigación.

Como la historia natural del cáncer cérvicouterino incide directamente sobre el tamizaje, el tratamiento y las estrategias de seguimientos, los encargados de planificar los programas para prevenir esta enfermedad deben basar sus estrategias de prevención en los modelos más recientes de esta historia. Este trabajo tiene como objetivos describir los resultados en la atención a las pacientes con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado durante el año 2009 en la consulta de patología del tracto inferior de la maternidad "Mariana Grajales" de Villa Clara.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en mujeres con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial escamosa cérvicouterina de bajo grado de la consulta de patología del cuello uterino del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del 2009.

El universo correspondió a todas las pacientes (210) de los municipios Placetas, Ranchuelo, Manicaragua, Santo Domingo, Encrucijada y Cifuentes, que corresponden al área de influencia del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales", (excepto las de Santa Clara, capital provincial, que se atienden en policlínicos de la ciudad, y el resto de los municipios del área de influencia, pues se consideraba oportuno iniciar una consulta de patología de cuello uterino en el municipio de Remedios, que prestaría atención médica a las pacientes de los restantes municipios que se atienden en el hospital, a partir de 2008) cuyos informes de las citologías orgánicas, realizadas en sus respectivos consultorios médicos, reportaban anomalías compatibles con una lesión intraepitelial escamosa de cuello uterino de bajo grado. El estudio se realizó con todo el universo.

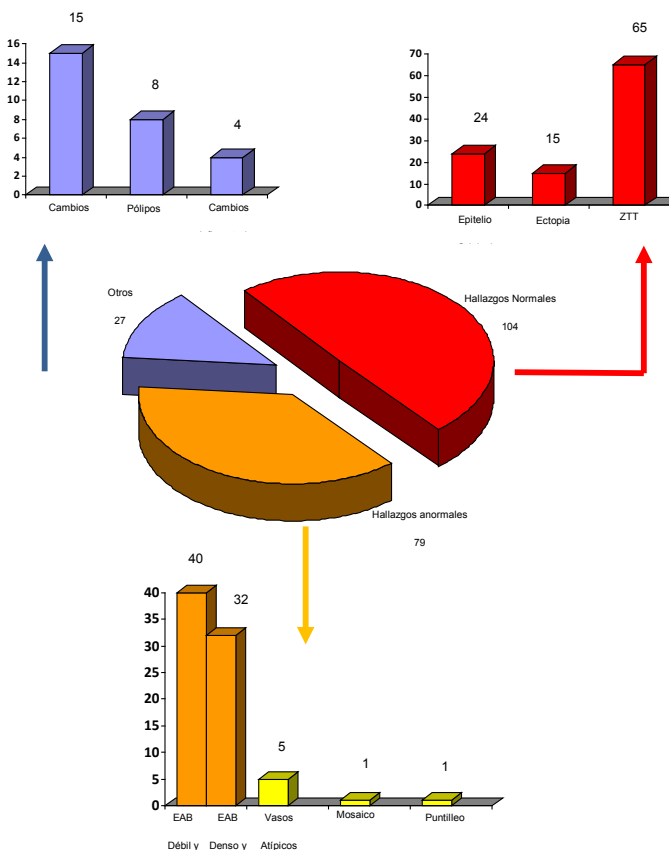
La información fue obtenida mediante un instrumento, creado al efecto, en calidad de entrevista a las pacientes (ver Anexo 4), el modelo 68-04-1 de Citodiagnóstico (ver Anexo 5), el modelo 68-09-1 de Patología de Cuello del Ministerio de

Salud Pública (ver Anexo 6) y el libro de registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Ginecobstétrico Docente "Mariana Grajales", todo lo cual se considera la fuente de información.

La información recolectada en este estudio fue registrado en un fichero de datos de SPSS 11.0 para Windows. Mediante este procesador estadístico se determinaron las frecuencias absolutas, porcentajes, valores promedios y desviaciones estándares, las cuales se presentan en tablas y gráficos que permitieron el resumen y análisis de los datos. Para establecer la significación estadística se utilizaron la prueba de t de Student, la prueba de Mann Whitney y el Chi cuadrado de Pearson. Se consideró significativo un valor menor de 0,05 y altamente significativo un valor menor de 0,01. Se empleó una computadora personal Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Microsoft Office Word 2007, y las tablas y gráficos se realizaron con Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

Como se observa en el **Gráfico No. 1**, el mayor número de los hallazgos colposcópicos fueron normales (49,5 %) y la zona de transformación típica fue el más frecuente de estos (65 para el 31 % del total de imágenes observadas), seguida del epitelio original (24 para el 11,4 %).



•Hubo pacientes con más de un hallazgo colposcópico
 •Según clasificación de Australia 1996, vigente en el PN PCCU
 Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello

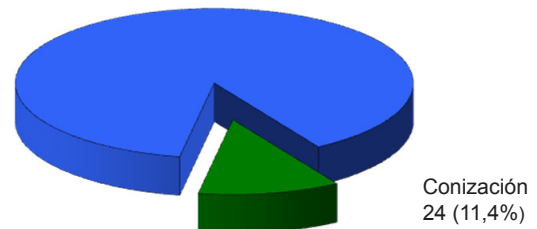
Se encontraron imágenes anormales en el 37,6 % de las pacientes; de ellas, el hallazgo más frecuente resultó el epitelio acetoblanco débil y difuso (40 para el 19,0%), seguida por el epitelio acetoblanco denso y definido (32 para el 15,2%). De los otros cambios (27 para el 12,9 %) fueron los cambios atróficos los más hallados (15 para el 7,1%) seguidos de los pólipos en 8 pacientes 3,8 % y los cambios inflamatorios en 4 pacientes 1,9 %.

Como se observa en la **Tabla No. 1**, a 74 pacientes, que representan el 35,4 % de las que asistieron a la consulta, se les realizó biopsia por ponchamiento tomando en cuenta los resultados colposcópicos. En el 13,8 % (29 pacientes) se encontró una lesión de bajo grado, dentro de las cuales fueron los signos histológicos de infección por VPH (NIC I con VPH en 11 pacientes con el 5,2 % y VPH en 10 mujeres 4,8 % ; las lesiones de alto grado, con 14 pacientes, se encontraron en 6,7% y las NIC III, que comprenden los diagnósticos de displasia severa y el CIS, representaron el 5,3 % de las pacientes (2 con NIC III 1% y 9 NIC III CIS 4,3%); hubo un caso con metaplasia inmadura y uno con atipia celular, que constituyeron el 0,5%, respectivamente. Entre otros resultados se encontraron 4 pacientes sin lesión 1,9 %; 10 endocervicitis crónica 4,8 %; 9 cervicitis crónica 4,3 %; 2 pólipos 1,0 % y resultaron no útil para diagnóstico 3 biopsias que representan el 1,4 % de la muestra.

Diagnóstico histológico	n	%	n	%
Sin lesión	4	1,9		
Lesión de bajo grado	29	13,8		
VPH			10	4,8
NIC I			8	3,8
NIC I-VPH			11	5,2
Lesión de alto grado	14	6,7		
NIC II			3	1,4
NIC III (Displasia severa)			2	1
NIC III (Carcinoma in situ)			9	4,3
Inflamatorio	19	9,1		
Cervicitis crónica			9	4,3
Endocervicitis crónica			10	4,8
Metaplasia	2	1,0		
Metaplasia inmadura			1	0,5
Metaplasia			1	0,5
Otros	3	1,5		
Pólipo			2	1,0
Atipia celular			1	0,5
No útil	3	1,4		
Sub Total con biopsia por ponchamiento	74	35,4		
No se realizó biopsia por ponchamiento	136	64,6		
Total de pacientes con LIEBG	210	100		

Como se observa en el **Gráfico No. 2**, en el 87,6 % de las pacientes (184) la conducta tomada durante el estudio fue el seguimiento citocolposcópico por dos años. En 24 pacientes, que representaron el 11,4 %, se decidió realizar conización del cuello uterino.

Seguimiento
184 (87,6%)



RESULTADOS DEL CONO	N	%	n	%
Sin lesión	1	4,1		
LIEBG	2	8,2		
NIC I + HPV			1	4,1
LIEAG	14	58,2		
NIC II			2	8,2
NIC III			6	25,0
NIC III CIS			6	25,0
Otras	7	29,1		
Total	24	100		

*2 pacientes pendientes de operación

Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello y libro de registro de biopsias

La conducta quirúrgica se decidió en las 14 pacientes cuyos diagnósticos en la biopsia por ponchamiento fue de lesión de alto grado y una paciente con el informe de atipia celular.

Como se refleja en la **Tabla No.2**, se encontraron 176 pruebas citológicas sin lesión (83,8 % de las pruebas de Papanicolaou realizadas), en 28 (13,3%) se mantenía el informe de LIEBG y solo en dos pacientes (0,9%) la citología mostraba una LIEAG.

Resultado de la primera citología evolutiva	n	%
Sin lesión	176	83,8
ASC-US	4	1,9
LIEBG	28	13,3
LIEAG	2	0,9
Total	210	100,0

Fuente: Modelo 68-09-01 de Patología de Cuello

Para esta tabla se siguió la investigación hasta junio del 2010 con el objetivo de tener los resultados del primer seguimiento citológico a los seis meses del diagnóstico.

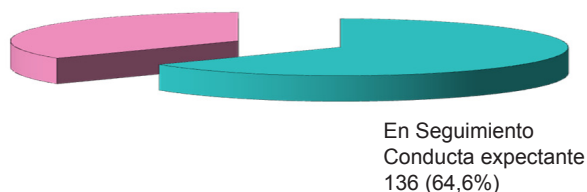
Al realizar este informe, se les había realizado la conización de cuello uterino a 24 de las pacientes para las cuales se había decidido este proceder como conducta durante el seguimiento (ver Gráfico No. 3). Los resultados de las biopsias de esos conos de cuello uterino fueron de 14 lesiones de alto grado (58,2%) y dos lesiones de bajo grado (8,2 %), como se observa en el **Gráfico No.2**. La lesión encontrada más frecuentemente fue el CIS, con seis pacientes que representaron el 25.0 % de todos los conos realizados, y en igual proporción aparece la displasia severa, con seis casos (25.0%) y la NIC II con dos pacientes (8,2 %); en las lesiones de bajo grado hubo un diagnóstico de NIC I con VPH y otro de NIC I, representando cada uno el 4,1 %. Aparecen sin lesión una paciente que representa el 4,1 %

Están pendientes de operarse dos pacientes.

Para el diagnóstico histológico al final del período de estudio, se tomó en consideración el informe histopatológico con la lesión de más alto grado de cada paciente con biopsias útiles para diagnóstico, ya fuera por ponchamiento del cuello uterino o por la conización de este y se continuó el estudio hasta junio del 2010 para recoger los resultados de la citología evolutiva a los seis meses.

Como se aprecia en el **Gráfico No. 3**, al final del período estudiado de las 210 mujeres que conformaron el universo de nuestro análisis; 136 (64,6 %) fueron susceptibles de seguimiento citocolposcópico por las características no indicativas de lesión al examen ocular con instrumento ya sea en el laboratorio de patología o consulta especializada de patología de cuello (microscopia o colposcopia respectivamente), habiendo obtenido similares resultados en las pacientes intervenidas en relación al diagnóstico inicial de LIEBG por las características citocolposcópicas, pues de las 74 mujeres que fueron biopsiadas por ponchamiento para confirmar diagnóstico y definir conductas, en 60 (81,08%) resultaron no confirmativas de lesión de alto grado siendo posible y conveniente el seguimiento observacional continuado de esta parte de la muestra estudiada; y solo 14 mujeres (18,92%) fueron portadoras de lesiones de alto grado histológicamente, progresando citológicamente a un alto grado en la primera citología semestral de seguimiento solo dos pacientes, lo cual representa un porcentaje ínfimo contemplado en la evolución natural y esperada de esta enfermedad. (2 pacientes con citología evolutiva a los seis meses de seguimiento con LIEAG, 0,9 %, según **Tabla No. 2**) Por tanto, nuestros resultados indican que una correcta evaluación citocolposcópica, unido al análisis adecuado de las características epidemiológicas de las mujeres con lesión inicial citológica de LIEBG, resultan en una adecuada opción de seguimiento y control para estas mujeres.

Conducta activa
74 (35,4%)



Conducta activa	No	%
LIEAG	14	18,92
No lesión de alto grado	60	81,08
Total pacientes con conducta activa	74	100

Fuente: Modelo 68-09-01 de

DISCUSIÓN

Como en esta investigación se utilizó la clasificación de los hallazgos colposcópico de Australia de 1996, propuesta por el Programa Nacional del Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino² no se hicieron sugerencias de la posible lesión a que correspondían las imágenes encontradas, como describe la terminología colposcópica de Barcelona de 2002³. En el documento de consenso "La infección por papilomavirus" de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia⁴ se describe que en las mujeres con citología de LIEBG se prefiere realizar siempre una colposcopia, no sólo para descartar una posible lesión más avanzada, lo que ocurre en un 20-25% de los casos, sino también para orientar acerca de la entidad asociada al VPH y eventualmente tratarla. También, refiriéndose a un metanálisis de nueve publicaciones realizado en 1998, plantea que la colposcopia ofrece una elevada sensibilidad para diferenciar el epitelio normal del que presenta cualquier anomalía; sin embargo, la especificidad es mejor para distinguir una LIEBG de una LIEAG que para diferenciar entre normal y anormal, lo que da validez a las características distintivas entre cambios mayores, propios de las LIEAG y el cáncer, de los cambios menores propios de las LIEBG.

Según Nazeser, Shafi y Todd⁵ la evaluación colposcópica sigue siendo subjetiva y la experiencia en esta técnica se gana después de un período de aprendizaje, lo que lleva, consecuentemente, a variabilidad en el observador. La variabilidad entre colposcopistas experimentados revela más bajos niveles de acuerdo para el diagnóstico de LIEBG que de LIEAG, como ocurre también entre patólogos para el diagnóstico histopatológico de lesiones cervicales.

En Cuba, según los resultados de la atención a jóvenes de 20 años o menos en la consulta de patología de cuello en el Hospital "Ramón González Coro"⁶, desde enero de 2003 hasta mayo de 2005, la colposcopia fue positiva en el 81,3% de las mujeres, negativa en el 12,5% y se encontraban pendientes de realizar en el momento de la publicación el 6,3%. De las 26 pacientes en las que la colposcopia fue positiva, hubo concordancia en el diagnóstico en todos los casos de NIC I, NICIII y VPH. En el NIC II de 9 casos diagnosticados, 2 tuvieron colposcopia negativa y siete positivas.

Jerónimo y Schiffman⁷ señalan que en Estados Unidos, donde la pesquisa colposcópica no es común, esta se realiza con el fin de detectar la zona de mayor anomalía y dirigir

la biopsia del cuello uterino; pero que, desafortunadamente hay una correlación imperfecta entre los cambios visuales y la severidad de los cambios neoplásicos o preneoplásicos, como ya se había señalado al crear un índice colposcópico usado ampliamente en ese país. Sin embargo, se considera que la colposcopia continúa siendo el estándar para el diagnóstico cervical, a pesar de que algunos estudios sugieran que su precisión sea imperfecta⁸⁻¹⁵

Díaz-Amézquita, Martínez de Larios y Dragustinovis Valdéz⁸, en México, encontraron que hubo correlación colposcopia-biopsia en el 30,39% de pacientes con citologías con lesión intraepitelial y no la hubo en el 69,61%.

Albújar Baca y Zavaleta Moreno, en un trabajo sobre correlación cito histológica de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales⁹, hallaron que al 13,1% de las mujeres con citología de LIEBG se les realizó biopsia.

Moore y sus colaboradores¹⁰, en un estudio sobre displasia cervical en mujeres de 35 años o más, que en su trabajo agrupan en antes y después de la menopausia, encontraron en las biopsias dirigidas colposcópicas de las 86 con informe citológico de LIEBG que la distribución de los diagnósticos fue la siguiente: normal, 35 (40,7%), NIC I, 35 (40,7%), NIC II-III, 15 (17,4%) y cáncer, una (1,2%).

Por su parte, Quinlivan y colaboradores¹¹, en un trabajo sobre adolescentes con pruebas de Papanicolaou anormales, encontraron que de 17 jóvenes que tenían una citología con LIEBG, el resultado de la biopsia realizada bajo visión colposcópica fue: normal, 1 (5,9%), NIC I, 15 (88,2%) y NIC II-III, 1 (5,9%).

El documento de consenso sobre la infección por el VPH de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia⁴ expone que dada la posible regresión espontánea de la LIEBG y que sólo un 10-20% de estas lesiones progresan, el tratamiento sistemático representa, en muchos casos, un sobretratamiento y, por todo ello, la abstención terapéutica y control puede ser una opción válida. En este contexto, un cambio de conducta de la paciente dirigida a modificar los cofactores de riesgo medioambientales puede mejorar el estado inmunológico. Esto incluye suprimir el hábito tabáquico, el alcohol y hacer ejercicio físico.

La observación sin tratamiento puede estar indicada en las pacientes con diagnóstico de LIEBG por biopsia que reúnan las condiciones (menos de 40 años, citología concordante, ausencia de NIC previa, ausencia de inmunosupresión, prueba de VPH de alto riesgo negativa, colposcopia valorable, lesión con cambios menores, posibilidad razonable de seguimiento y sin ansiedad por parte de la paciente o el médico). Un enfoque de conducta conservadora sería especialmente recomendable en pacientes que no han completado su descendencia¹².

En el trabajo sobre las adolescentes de la consulta de patología de cuello del Hospital "Ramón González Coro" la conducta tomada con las pacientes con diagnóstico histológico de lesiones por el VPH o NIC I fue conización en una paciente (que ya se le había realizado en otro centro de

salud), observación en dos, tratamiento de destrucción local en cuatro y tratamiento de la leucorrea en una⁶.

Puig-Tintoré⁴, aplicando criterios de selección para seguimiento con observación en un grupo de mujeres con LIEBG (menos de 35 años de edad, biopsia concordante con la citología, colposcopia satisfactoria, cambios colposcópicos menores, lesión de extensión limitada y de localización periférica, endocérnix libre, seguimiento posible y sin persistencia por más de 2 años), con una edad media de 29 años y seguidas durante una media de 23 meses con colposcopia digital, citología y ADN del VPH, se diagnosticó progresión a NIC II-III en el 5,4% de las pacientes. El tiempo medio hasta el diagnóstico de progresión fue de 16 meses, con un rango de 11-29. Refiere otro estudio de seguimiento donde la remisión espontánea se produjo en el 81% de las mujeres, la mayoría dentro de los 24 meses y una progresión a NIC II-III del 3,7%. Señala que en estudio ALTS, el riesgo de NIC II-III, observado en mujeres con el diagnóstico de NIC I o negativo pero con citología de LIEBG, fue de un 12% a los 2 años.

En las biopsias de pacientes con citología de LIEBG reportadas por Albújar Baca y Zavaleta Moreno⁹ se encontró lesión de bajo grado en el 91% de los casos, lesión de alto grado en el 4,6% y no se encontró lesión en el 4,4%. Por su parte, en un análisis similar, Díaz-Amézquita y colaboradores⁸ encontraron en las biopsias de pacientes con citologías informadas como LIEBG: lesión de bajo grado en el 74,7%, cervicitis y metaplasia en el 22,5%, lesión de alto grado en el 2,2% y carcinoma invasor en el 0,6%.

Guzmán González y colaboradores, en el trabajo ya mencionado¹⁵, al analizar la concordancia de citologías realizadas tuvieron los siguientes resultados histopatológicos en pacientes con citologías con LIEBG: lesión de bajo grado, 86,7% y lesión de alto grado, 13,3%. Puig-Tintoré y sus colaboradores⁴ plantean que el hallazgo de una lesión más avanzada se confirma en aproximadamente el 20% de los casos de mujeres con LIEBG.

Se concluye que con una correcta evaluación citocolposcópica, unida al análisis adecuado de las características epidemiológicas de las mujeres con lesión inicial citológica de LIEBG, resultan en una adecuada opción de seguimiento y control para estas mujeres.

REFERENCIAS

1. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Organización Panamericana de la Salud, Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, Organismo Internacional de Energía Atómica, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, International Gynecologic Cancer Society, European Association for Palliative Care.

Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Suiza: OMS, 2007.

2. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajo Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana: Ciencias Médicas, 2001.

3. Bergeron C. El Sistema Bethesda 2002. Salud Publica Mex 2007; supl 3:S340-4.

4. Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A, Bosch FX, Castellsagué X, Coll Capdevilla C, Cortés Bordoy X et al. La infección por papilomavirus. Documento de consenso. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España: Grupo Saned, 2009.

5. Nazeer S, Shafi MI, Todd R. Colposcopy and cervical pre-malignancy. Curr Obstet Gynecol 2008;14(2):104-14.

6. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Biomed 2006;25(1). [serie en internet]. [Citado 22 Ago 08]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v25n1/ibi01106.pdf>.

7. Jeronimo J, Schiffman M. Colposcopy at a crossroads. Am J Obstet Gynecol 2006;195(2):349-53.

8. Díaz-Amézquita EL, Martínez de Larios N, Dragustinovis Valdéz IY. Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2006;7(2):54-8.

9. Albújar Baca P, Zavaleta Moreno A. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. Acta cancerol 2006;34(1):64-6.

10. Moore KN, Bannon RJ, Lanneau GS, Zuna RE, Walker JL, Gold MA. Cervical dysplasia among women over 35 years of age. Am J Obstet Gynecol. En prensa 2008. [serie en internet]. [Citado 26 Jun 08]. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science?_rsion=1&_urlVersion=0&_userid=2778716&md5=ef8093ab7d49c33ed18963796e42a286.

11. Quinlivan JA, Petersen RW, Davy M, Evans SF. Abnormal Pap Smears in Teenage Mothers and the Association with Domestic Violence, Homelessness, and Chlamydia. J Low Genit Tract Dis 2009;8(2):112-7.

12. Nazeer S, Shafi MI, Todd R. Colposcopy and cervical pre-malignancy. Curr Obstet Gynecol 2008;14(2):104-14.

13. Sankaranarayanan R, Wesley RS. A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009.

14. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsagué X, Torné A, Ordi J, Sanjosé S de et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. Prog Obstet Ginecol 2006;49 Supl 2:1-4.

15. Guzmán González P, Patricia Alonso de Ruiz P, Susana Córdova Ramírez S, González Mena LE. Revisión rápida versus revisión tradicional en el citodiagnóstico cervicovaginal. Comparación mediante correlación citohistológica. Rev Med Hosp Gen Mex 2007;70(3):102-6.