ISSN 1870-7238

2009

Revista de

Enfermedades del Tracto Genital Inferior

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.

Historia de la AMCPC, A.C. en voz de sus ex presidentes

Vol. 3, Núm. 1 / 2009
Enero-Diciembre

Nuevo

Vetland®

Imiquimod

Estimula la autodefensa dérmica

- Eficacia en la regresión y curación de las **verrugas genitales**[1-4]

- La **inmunidad** celular es **el evento primario responsable de la regresión de las verrugas**[1-5]
- **Imiquimod tiene diversos efectos sobre las diferentes células inmunológicas**, que involucran una activación directa por la vía de las citoquinas, logrando **acción antiviral**[1-5]
- Mínima tasa de recurrencia de las lesiones[1-3]
- Con el mejor precio en el mercado

Esquema de tratamiento aprobado por la FDA

Verrugas genitales: 3 aplicaciones hasta por 16 semanas

✓ Lunes	Martes	✓ Miércoles	Jueves	✓ Viernes	Sábado	Domingo

PRESENTACIÓN:
Crema al 5%
Caja con 12 sobres
de 250 mg

Curación en menos de 16 semanas de tratamiento[1,-5]

1. Wagstaff AJ, Perry CM. Topical Imiquimod. A Review of Its Use in the Management of Anogenital Warts, Actinic Keratoses, Basal Cell Carcinoma and Other Skin Lesions. Drugs 2007;67(15):2187-2210.
2. Beutner KR, Spruance SL, Hougham AJ, et al. Treatment of genital warts with an immune-response modifier (imiquimod). J Am Acad Dermatol. 1998 Feb;38(2 Pt 1):230-9
3. Beutner KR, Tyring SK, Trofatter KF Jr, Douglas JM Jr, Spruance S, Owens ML, Fox TL, Hougham AJ, Schmitt KA. Imiquimod, a patient-applied immune-response modifier for treatment of external genital warts. Antimicrob Agents Chemother. 1998 Apr;42(4):789-94.
4. Edwards L, Ferenczy A, Eron L, et al. Self-administered topical 5% imiquimod cream for external anogenital warts. HPV Study Group. Human PapillomaVirus Arch Dermatol. 1998 Jan;134(1):25-30
5. Geisse J, Caro I, Lindholm J, Golitz L, Stampone P, Owens M. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: results from two phase III, randomized, vehicle-controlled studies. J Am Acad Dermatol. 2004 May;50(5):722-33

ESR EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE®

ifa CELTICS®
un equipo por la vida

www.ifaceltics.com.mx

FUNDADOR Y EDITOR EN JEFE
Acad. Dr. Víctor M. Vargas Hernández

CO-EDITOR
Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL
Dr. César Santiago Pineda
Dr. Drusso Vera Gaspar
Dr. Fernando de la Torre Rendón
Dr. Óscar Augusto Trejo Solórzano
Dr. José Luis González Sánchez
Dr. Armando Valle Gay
Dr. Héctor Hurtado Reyna
Dr. Jorge Ojeda Ortiz
Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa
Dr. José Antonio Ruiz Moreno
Dr. José Luis López Velázquez

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL
Dr. Santiago Dexeus (Barcelona, España)
Dr. Luis Alfonso Padilla Paz (Texas, USA)
Dr. Silvio Tatti (Buenos Aires, Argentina)
Dra. Monserrat Cararach Tur (Barcelona, España)
Dr. Fernando B. Guijón (Manitoba, Canadá)

EDITORES ASOCIADOS

Cirugía Oncológica
Dr. Gilberto Solorza Luna

Ginecología Oncológica
Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez

Pediatría
Dra. Selene Sam Soto

Citología
Dra. Patricia Alonso de Ruiz Moreno

Proctología
Acad. Dr. Luis Charúa Guindic

Biología Molecular
Dr. Alejandro García Carrancá

Inmunología
Acad. Dr. Gustavo Acosta Altamirano

Presidente del Colegio Mexicano de Oncología Ginecológica
Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez

Patología
Acad. Dr. José de Jesús Curiel Valdés

Revista de

Enfermedades del Tracto Genital Inferior

2009

Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.

Mesa Directiva

Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza
Presidente

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Vicepresidente

Dr. José Antonio Moreno Sánchez
Secretario

Dr. Rogelio Apolo Aguado Pérez
Tesorero

Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortés
Prosecretario

Acad. Dr. José de Jesús Curiel Valdés
Protesorero

Dra. Elsa Díaz López
1er. Vocal

Dra. Angélica Illescas Arana
2a. Vocal

Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez
3a. Vocal

Dr. Jean Rene Clemenceau Valdivia
4o. Vocal

Dra. Sara Judit García Acevez
5a. Vocal

Comité de Educación
Dr. Carlos Vargas Carriche
Dr. Jorge Rivera Corona
Dra. Consuelo Carrillo Martínez

La Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior es el Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. Aguascalientes 177-402, Col. Condesa. Tels.: 5564-1111, Fax: 55843131. Correo electrónico: amcpc_ac@hotmail.com. Los conceptos que en ella aparecen son responsabilidad exclusiva de los autores. Para suscripciones comunicarse a la Asociación (Socios al corriente, sin costo). Tiraje 1 000 ejemplares. Derechos reservados conforme a la ley. Certificado de Licitud de Título (en trámite), Certificado de Licitud de Contenido (en trámite). Registro de Reserva de Derecho de Autor Núm. 04-2006-81416085600-102. Publicación periódica con ISSN 1870-7238. Los derechos de reproducción del contenido y las características gráficas de la presente edición (inclusive por medios electrónicos) están reservados de acuerdo a la Ley en los países signatarios de las Convenciones Panamericanas e Internacional de Derechos de Autor. Toda correspondencia o remesa deberá dirigirse al Editor de la Revista: Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández, correo electrónico: vvargashernandez@yahoo.com.mx y vvargashernandez@prodigy.com.mx. La Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior se encuentra indizada en internet: Índice Mexicano de Revistas Biomédicas (IMBIOMED) www.imbiomed.com
Esta edición se terminó de imprimir en junio de 2011

Enfermedades del Tracto Genital Inferior

CONTENIDO

Vol. 3 No. 1, Enero-Diciembre 2009

EDITORIAL 6

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN 7
Correlación clínico-colpo-cito-histológica en pacientes de primera vez, un año de revisión

Ricardo Yáñez Miranda

Javier Rivera Alvarado

Rogelio A. Aguado Pérez

Historia de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. 14

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN 31
Etapificación de la eversión glandular del cuello uterino

Óscar Augusto Trejo Solórzano

María Cecilia López Mariscal

José Luis López Velázquez

María del Carmen García Martínez

José Adrián Tolentino López

Editorial

Volver la mirada atrás siempre nos sirve para reflexionar y darnos cuenta de los avances, errores y logros que hemos tenido a lo largo de nuestra vida. Lo mismo sucede al revisar los años que nuestra Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. ha intentado, y logrado con creces, estar a la vanguardia del conocimiento de la Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia en nuestro país.

Hoy, con este número de nuestro órgano oficial, queremos hacer una revisión a nuestro pasado, no para presumir los logros alcanzados, sino para darnos cuenta cómo, desde la creación de nuestra Asociación en Celaya, en 1990, hemos ido creciendo y dado vida a una nueva forma de ver la Colposcopia en México.

Preocupados, además, por las nuevas generaciones, nuestras mesas directivas han estado atentas a la educación médica continua sobre los nuevos avances y formación de especialistas que requiere el país. Por eso, en las crónicas, congresos, sesiones, diplomados, cursos y artículos que se realizaron en las diferentes presidencias, nuestra Asociación ha puesto un especial interés por mantener actualizados en conocimientos a sus asociados. De ahí que nunca se ha dejado de invitar a destacados especialistas a nivel mundial para que vengan a compartir sus experiencias.

Sirva esta mención para agradecer a todos nuestros distinguidos ex presidentes que colaboraron en este número: Dr. César Santiago Pineda, Dr. Drusso Vera Gaspar, Dr. Fernando E. de la Torre Rendón, Dr. Óscar Augusto Trejo Solórzano, Dr. José Luis González Sánchez, Dr. Armando Valle Gay, Dr. Héctor Hurtado Reyna, Dr. Jorge Ojeda Ortiz, Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa, Dr. José Antonio Ruiz Moreno, Dr. José Luis López Velázquez y Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza.

Asimismo, en este número queda de manifiesto que nuestra Asociación se ha conformado como un conjunto de médicos especialistas líderes de opinión en nuestro país y como una entidad administrativamente autosuficiente, además de ser el referente nacional e internacional para todos aquellos que se interesan en la Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior.

Otra de las tareas con la que nos hemos comprometido es la de incentivar a que nuestros asociados publiquen artículos que ayuden a profundizar en el trabajo diario de nuestra especialidad, fomentar la realización de diplomados y crear el curso de alta especialidad en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia en forma anual, continuar con el congreso internacional anual, y fomentar la presentación de trabajo libres y carteles, así como los talleres teóricos prácticos de Electrocirugía y Láser, entre otros.

Por último, sirva este ejemplar que tienen en sus manos para renovar el compromiso que tenemos con nuestros asociados, en un futuro próximo colegiados; así como para seguir trabajando con empeño para lograr que, como hasta ahora, nuestra Asociación se mantenga a la vanguardia de la Colposcopia en nuestro país.

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

Editor

REVISTA DE ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Correlación clínico-colpo-cito-histológica en pacientes de primera vez, un año de revisión

Dr. Ricardo Yáñez Miranda*,
Dr. Javier Rivera Alvarado+,
Dr. Rogelio A. Aguado Pérez++

Antecedentes científicos

El cáncer cérvicouterino es de las neoplasias malignas más comunes por topografía en mujeres en México. La detección oportuna de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y carcinoma in situ disminuye la morbimortalidad de esta patología. El método de estudio de las mujeres con citología cérvico-vaginal anormal es el estudio colposcópico y toma de biopsia de las zonas atípicas.[1]

El estudio colposcópico se puede dividir en ampliado y simple. Algunos autores han tratado de describir nuevas técnicas colposcópicas para el diagnóstico de las neoplasias intraepiteliales cervicales, tal como el colposcopio de luz actínica.[2]

Ya desde 1920 la colposcopia ha sido reconocida como una herramienta esencial para el ginecólogo, que le permite abordar a las pacientes con sospecha citológica, basándose en los principios colposcópicos básicos descritos por Hans Hinselmann y que en la época actual siguen vigentes y aplicables.[3]

Así la acetorreactividad descrita por Hinselmann es de extrema importancia para complementar el estudio colposcópico ampliado, y la cervicografía mencionada por expertos en la materia.[4]

La colposcopia junto con la citología cérvico-vaginal son la piedra angular para el diagnóstico inicial y el seguimiento postratamiento.[5]

En 2001, la Sociedad Americana para Colposcopia y Patología Cervical actualizó las indicaciones citológicas para el estudio colposcópico que son las siguientes: *a)* células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), *b)* células glandulares de significado indeterminado (AGUS), *c)* lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG), *d)* lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG), *e)* abuso sexual, *f)* pólipo cervical, *g)* sospecha de lesiones del tracto genital y *h)* seguimiento postratamiento.[6]

Se ha tratado de comparar la eficacia del estudio colpo-citológico *versus* pruebas de detección para el Virus del Papiloma Humano (VPH), por ejemplo la reacción en cadena de la polimerasa/ELISA; sin embargo no ofrecen ventaja satisfactoria para superar las imágenes colposcópicas para un diagnóstico clínico certero.[7]

Las pacientes que han tenido la experiencia de un estudio colposcópico experimentaron altos niveles de ansiedad y respuestas emocionales negativas ante los resultados cito-histológicos reportados. Esto evaluado mediante pruebas psicométricas en el Reino Unido.[8]

* Médico en adiestramiento en Servicio de Colposcopia, Hospital de Gineco Obstetricia 4 “Luis Castelazo Ayala”, Dirección de Educación e Investigación en Salud, Servicio de Ginecología, Tracto Genital Inferior.
+ Coordinador del Módulo de Colposcopia, Hospital de Gineco Obstetricia 4 “Luis Castelazo Ayala”, Dirección de Educación e Investigación en Salud, Servicio de Ginecología, Tracto Genital Inferior.
++ Profesor adjunto del Módulo de Colposcopia, Hospital de Gineco Obstetricia 4 “Luis Castelazo Ayala”, Dirección de Educación e Investigación en Salud, Servicio de Ginecología, Tracto Genital Inferior.

Balestena y otros,[9] en la República de Cuba, realizaron una investigación retrospectiva, transversal y analítica en 112 pacientes para correlacionar el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización, y encontraron una fuerte correspondencia entre éstos.

Lonky y otros[10] trataron de correlacionar la efectividad de la captura de híbridos II con los hallazgos colpohistológicos de 8 170 pacientes, concluyendo que es un parámetro útil, pero oneroso y limitado clínicamente, y no aplicable a grandes poblaciones de pacientes.

La citología cérvico-vaginal y la colposcopia son, respectivamente, pruebas de tamizaje y diagnósticas que tienen valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, sensibilidad y especificidad bajos en el diagnóstico de ASCUS y AGUS.[11]

Objetivo general

Realizar la correlación clínica, colposcópica, citológica e histológica en pacientes vistas en consulta de primera vez del Servicio de Colposcopia del Hospital de Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Planteamiento del problema

¿Existe correlación clínica, colposcópica, citológica e histológica en todas las pacientes vistas de consulta de primera vez en el Módulo de Colposcopia, del Hospital de Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala"?

Especificación de las variables

Independientes

- Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I).
- Neoplasia Intraepitelial Cervical II (NIC II).
- Neoplasia Intraepitelial Cervical III (NIC III).
- Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS).
- Células glandulares atípicas de significado no determinado (AGUS).
- Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH).
- Neoplasia Intraepitelial Vulvar I (NIVU I).
- Neoplasia Intraepitelial Vulvar II (NIVU II).
- Neoplasia Intraepitelial Vulvar III (NIVU III).
- Neoplasia Intraepitelial Vaginal I (NIVA I).
- Neoplasia Intraepitelial Vaginal II (NIVA II).
- Neoplasia Intraepitelial Vaginal III (NIVA III).
- Condilomatosis Genital.
- Condilomatosis ano-perineal.

Dependientes

- Estudio colposcópico simple.
- Estudio colposcópico ampliado.
- Reporte histopatológico.

Reporte histopatológico

Biopsia de: *a)* cérvix, *b)* Vagina y *c)* Vulva-Periné.

Especificación de las variables independientes y escala de medición

Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I): Está caracterizada por células con alteraciones en su diferenciación que se encuentran en el tercio inferior del epitelio, esto corresponde a la displasia leve y a la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG).

Neoplasia Intraepitelial Cervical II (NIC II): El diagnóstico de NIC II se establece cuando las células con diferenciación alterada ocupan los dos tercios inferiores del estrato epitelial (esto corresponde a displasia moderada), y a la lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG).

Neoplasia Intraepitelial Cervical III (NIC III): Se diagnostica cuando las células indiferenciadas ocupan el espesor del epitelio hasta una altura superior a los dos tercios o a todo el espesor, y corresponde a displasia grave, al carcinoma in situ y a la lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG).

Carcinoma in situ: De acuerdo a la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

ASCUS: Las lesiones que muestran alteraciones celulares pero sin cambios sugerentes de atipia coilocítica o NIC I se clasifican como ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado).

Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH): Tres son los aspectos citológicos más característicos de la infección por VPH: halo coilocítico, presencia de disqueratocitos y binucleación.

Neoplasia Intraepitelial Vulvar I (NIVU I): La evidencia de anomalías celulares junto con la falta de estratificación del tercio inferior del espesor del epitelio pavimentoso constituye NIVU I, que corresponde a la atipia leve.

Neoplasia Intraepitelial Vulvar II (NIVU II): La extensión de las células atípicas al tercio medio del epitelio pavimentoso constituye NIVU II, corresponde a atipia moderada.

Neoplasia Intraepitelial Vulvar III (NIVU III): La extensión de la atipia al tercio superior del epitelio independientemente del estrato queratínico, lleva al diagnóstico de NIVU III, una categoría que comprende tanto la atipia grave como el carcinoma in situ.

Neoplasia Intraepitelial Vaginal: Se define como "la gama de cambios intraepiteliales que se inician con una neoplasia, por lo general bien diferenciada, que se clasifica tradicionalmente como displasia leve y termina en carcinoma invasor". Los cambios intraepiteliales incluyen pleomorfismo nuclear, pérdida de la polaridad, mitosis anormal y pérdida de la diferenciación a medida que avanzan las células de la membrana basal al epitelio superficial y se limitan al epitelio escamoso arriba de la membrana basal.

Neoplasia Intraepitelial Vaginal I (NIVA I): Atipia en el tercio inferior del epitelio.

Neoplasia Intraepitelial Vaginal II (NIVA II): Atipia hasta el tercio medio.

Neoplasia Intraepitelial Vaginal III (NIVA III): Atipia que se extiende en todo el espesor del epitelio, desde la membrana basal hasta la superficie.

Condilomatosis ano-genital y perineal: Es una forma clínica de infección por Virus del Papiloma Humano. Los condilomas acuminados (término que deriva del griego *kondylus*: excrecencia carnosa, tumor, condiloma) ano-genital y perineal.

Hipótesis

- En todas las pacientes vistas en consulta de primera vez en el módulo de colposcopía se hizo correlación clínica, colposcópica, citológica e histopatológica.
- En todas las pacientes vistas en consulta de primera vez en el módulo de colposcopía no se hizo correlación clínica, colposcópica, citológica e histopatológica.

Tipo de estudio

Retrospectivo, transversal, no controlado del 1 de enero al 31 de diciembre de 2005.

Universo de trabajo

Pacientes vistas en consulta de primera vez en el Servicio de Ginecología, Módulo de Colposcopia del Hospital de Gineco Obstericia 4 "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2005.

Criterios de inclusión

Pacientes afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, enviadas de las unidades de Medicina Familiar correspondientes a consulta de primera vez del Módulo de Colposcopia del Hospital de Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala", con antecedentes de citología cérvico-vaginal anormal, sospecha de neoplasia del tracto genital inferior y condilomatosis genital, perineal y anal.

Criterios de exclusión

Pacientes que no tengan o no presenten su reporte de citología cérvico-vaginal anormal, no tengan sospecha clínica de neoplasia del tracto genital inferior o sospecha clínica de condilomatosis ano-genital y perineal.

Criterios de eliminación

Extravio de expedientes clínicos y reportes histopatológicos de las pacientes de consulta de primera vez.

Procedimiento para obtener la muestra

Se revisó los expedientes clínicos de pacientes que acudieron a consulta de primera vez al módulo de colposcopia, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2005, a quienes se les llenó el formato de captación de datos de primera vez y seguimiento, tenían un estudio colposcópico con toma de citología cérvico-vaginal o vaginal y, de haber sido necesario a juicio del médico colposcopista, legrado endocervical, biopsia de cérvix, biopsia de vagina y/o biopsia de vulva.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se determinó por todos los casos enviados de unidades de Medicina Familiar correspondientes, con citología cérvico-vaginal anormal, sospecha de neoplasia del tracto genital inferior y condilomatosis genital, perineal y anal.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"
Módulo Colposcopia
Primera vez y seguimiento

Nombre_____ Afiliación _____
Edad___ Motivo de envío_____ Teléfono_____
Antecedentes:
Menarca_____ Ritmo_____ IVSA_____ C. Sex. _____ FUR_____
G _ P_ A _ C _ E _ Tabaquismo No__ Sí __ Cig. x día __ Tiempo _____
Citologías previas:
Fecha _____ Normal _____ Anormal_____ Causa_____ MPF _____
Enfermedades previas _____ Rel. Sex. Anal__ Oral __
Cérvix:
Cupulizado__ Hipotrófico__ Normotrófico__ Hipertrófico__ Conizable__
Vagina:
Normal __ Cúpula __ Estenosada__ Atrófica__ Redundante__
Zona de Transformación:
Típica__ Atípica__ Regular__ Irregular__
Colposcopia:
Satisfactoria__ No satisfactoria__ UEC no visible__
Lesión canal cervical __
Ausencia de cérvix __
Imagen Acetoblanca:
Localización: ZT__ UEC __ Canal cervical__
Extensión: Tamaño__ Radio__
Translúcida __ Brillante __ Opaca __
Bordes: Regulares __ Irregulares __
Definidos __ Indefinidos __
Superficie: Rugosa __ Lisa __
Puntilleo: Fino__ Regular__Grueso__ Irregular__ Vasos__
Mosaico: Fino__ Regular__ Grueso__ Irregular__
Yodo: Positiva__ Hipocaptante__ Negativo__
Diagnóstico Colposcópico:
Sana__ Atrofia__ Ectropión__ Metaplasia__
Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIEBG)__
Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG)__
Invasor__ Metaplasia regular__ irregular__
Papanicolaou: Exocervical__ Cepillado endocervical__ Cúpula__
Biopsia: Cérvix__ Vagina__ Vulva__ Cúpula__
Legrado endocervical:__
Comentario:_____
_____

Dr._____ MB. Dr._____ MAS. Dr._____ R4.

Ámbito geográfico donde se desarrolló la investigación

Se realizó en México, Distrito Federal, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala", en el Servicio de Ginecología, Módulo Colposcopia.

Recursos humanos utilizados

Se contó con el apoyo del coordinador del Módulo de Colposcopia; un médico gineco obstetra en adiestramiento en el Servicio de Colposcopia, encargado de recabar los datos de nombre y afiliación de las pacientes de primera vez, y una secretaria del archivo clínico, quien se encargó de la localización, recolección y entrega de expedientes clínicos en estudio.

Recursos materiales utilizados

Se utilizó el archivo de pacientes vistas de consulta de primera vez del Módulo de Colposcopia correspondiente al año 2005, para la obtención de datos de las pacientes y, posteriormente con la ayuda del archivo clínico de el hospital, la obtención de los expedientes clínicos completos para su análisis detallado.

Financiamiento del proyecto

No fue necesario el financiamiento.

Cronograma del proyecto

Septiembre: Inicia el lunes 12 de septiembre de 2005 con la recolección de los datos de las pacientes de primera vez del Módulo de Colposcopia, correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo, para la obtención y análisis de los expedientes clínicos.

Octubre: Recolección de los datos de las pacientes de primera vez del Módulo de Colposcopia correspondientes a los meses de abril, mayo y junio para la obtención y análisis de los expedientes clínicos.

Noviembre: Recolección de los datos de las pacientes de primera vez del Módulo de Colposcopia correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre para la obtención y análisis de los expedientes clínicos.

Diciembre: Recolección de los datos de las pacientes de primera vez del Módulo de Colposcopia correspondientes a los meses de octubre y noviembre para la obtención y análisis de los expedientes clínicos.

Enero de 2006: Recolección de los datos de las pacientes de primera vez del Módulo de Colposcopia correspondiente al mes de diciembre para la obtención y análisis de los expedientes clínicos. Se cierra estudio el 31 de enero de 2006. Se presentó al Comité local de investigación.

Resultados

Se estudiaron 789 pacientes, entre 18 a 81 años de edad, media de 25; de 15-19 años, 10 pacientes (1.26%); 20-24 años, 95 pacientes (12.04%); 25-29 años, 132 pacientes (12.04%); 30-34 años, 139 pacientes (17.61%); 35-39 años, 119 pacientes (15.08%), 40-44 años, 80 pacientes (10.13%); 45-49 años, 60 pacientes (7.6%); 50-54 años, 50 pacientes (6.33%); 55-59 años, 41 pacientes (5.19%); 60-64 años, 31 pacientes (3.92%); 65-69 años, 13 pacientes (1.64%), 70-74 años, 10 pacientes (1.26%); 75-80 años, 3 pacientes (0.38%); 81-84 años, 4 pacientes (0.50%), y 85-89 años, 2 pacientes (0-25%).

Menarca: 3 pacientes a los 8 años (0.38%), 17 a los 9 años (2.15%), 49 a los 10 años (6.21%), 131 a los 11 años (16.60%), 116 a los 12 años (14.7%), 185 a los 13 años (23.44%), 158 a los 14 años (20.02%), 99 a los 15 años (12.54%), 19 a los 16 años (2.40%), 10 a los 17 años (1.26%) y 2 a los 18 años (0.25%).

Ritmo menstrual: 330 pacientes se refirieron normorreicas (41.82%), 459 pacientes se refirieron con alteraciones en el patrón menstrual (58.17%), de las cuales 211 refirieron hiperpolimenorrea (45.96%) y 248 refirieron con opsoamenorreas (54.03%).

Inicio vida sexual: 8 pacientes a los 13 años de edad (1.64%), 100 a los 14 años (12.67%), 150 a los 15 años (19.01%), 156 a los 16 años (19.77%), 100 a los 17 años (12.67%), 167 a los 18 años (21.16%), 20 a los 19 años (2.53%), 10 a los 20 años (1.26%), 23 a los 22 años (2.91%), 30 a los 35 años (3.80%), 15 a los 28 años (1.90%), 6 a los 30 años (0.76%), 3 a los 36 años (0.38%) y una paciente a los 41 años de edad (0.12%).

Compañeros sexuales: 283 pacientes, un solo compañero sexual (35.83%); 260, dos parejas (32.95%); 123, tres parejas (15.58%); 46, cuatro parejas (5.83%); 29, cinco parejas (3.67%); 14, seis parejas (1.77%); 6, siete parejas (0.76%); 2, ocho parejas (0.25%); 5, 10 parejas (0.63%); una paciente, 15 parejas (0.12%), tres pacientes, 20 parejas (0.38%); una paciente, 112 parejas sexuales (0.12%); una paciente, 205 parejas (0.12%), y 15 pacientes incontables parejas sexuales (1.90%).

Relaciones sexuales: relaciones sexuales vaginales, 285 pacientes (36.12%); vaginal-oral, 255 pacientes (32.31%); vaginal-oral-anal, 149 pacientes (6.21%), y vaginal-anal, 100 pacientes (12.67%).

Gestaciones: cero gestas, 13.43% (106 pacientes); una gesta, 20.78% (164 pacientes); dos gestas, 23.06% (182 pacientes); tres gestas, 22.05% (174 pacientes); cuatro gestas, 11.02% (87 pacientes); cinco gestas, 5.70% (45 pacientes); seis gestas, 1.01% (8 pacientes); siete gestas, 1.14% (9 pacientes); ocho gestas, 0.76% (6 pacientes); nueve gestas, 0.50% (4 pacientes); 10 gestas, 0.25%; once gestas, 0.25% (2 pacientes), quince gestas, 0.12% (una paciente), y 18 gestas, 0.12% (una paciente).

Paras: De las 683 pacientes que refirieron gestaciones: primíparas, 85 pacientes (12.44%); secundíparas, 120 (17.56%); triparas, 155 (22.69%), y más de 4 paras, 102 pacientes (14.93%).

Cesáreas: De las 683 pacientes que refirieron gestaciones: 60 pacientes una cesárea (8.78%); 25, dos cesáreas (3.66%); 8, tres cesáreas (1.17%), y una paciente, cuatro cesáreas (0.14%).

Ectópicos: De 683 pacientes que refirieron gestaciones, 10 tuvieron una gestación ectópica (1.46%).

Abortos: De las 683 pacientes que refirieron gestaciones: 85 pacientes tuvieron un aborto (12.44%); 25, dos abortos (3.66%); 4, tres abortos (0.58%); una paciente, cuatro abortos (0.14%), y dos pacientes, 5 abortos (0.29%).

Método de planificación familiar: 542 pacientes, no usaban ningún método anticonceptivo (68.69%), mientras 247 refirieron utilizar algún método de planificación familiar (31.30%). De éstas 5.44% recurrían al condón (43 pacientes); 9.12%, al DIU (72 pacientes); 12.92% a OTB (102 pacientes); 1.64% a vasectomía (13 pacientes); 0.63% a H Inyectables (5 pacientes); 1.26% a H Orales (10 pacientes), y 0.12% a implante (una paciente).

Embarazo al momento del estudio: 12 pacientes gestantes (1.52%), de las cuales 3 se encontraban en el primer trimestre (0.38%); 5 en el segundo trimestre (0.63%), y 4 en el tercer trimestre (0.50%).

Menopausia: Un total de 160 pacientes fueron menopáusicas, de las cuales 136 refirieron menopausia fisiológica (17.23%) y 24, menopausia quirúrgica (3.04%).

Enfermedades sistémicas: hipertensión arterial sistémica, 24 pacientes (3.04%); DMII más HASC, 3 (0.38%); cardiopatía, 11 (0.25%); bronquitis crónica, una (0.12%); asma, 3 (0.38%); DMII, 16 (2.02%); púrpura trombocitopénica, una (0.12%); leucemia, una (0.12%); insuficiencia renal aguda, una (0.12%); Ca mamario, tres (0.38%); CaCU, una (0.12%); Adenocarcinoma, una (0.12%); VIH, tres (0.38%); hipotiroidismo, 4 (0.50%); hipertiroidismo, una (0.12%); enfermedad ácido péptica, una (0.12%); bigeminismo, una (0.12%); epilepsia, dos (0.25%); dislipidemia, una (0.12%); Síndrome de Rokitansk, una (0.12%); lupus eritematoso sitémico, tres (0.38%); esterilidad, dos (0.25%); osteoartritis, una (0.12%); esclerodermia, una (0.12%); cistocele, una (0.12%); miomatosis uterina, ocho (1.01%); prolapso genital, una (0.12%); artritis reumatoide, 5 (0.63%); tumor maligno de tiroides, una (0.12%), y adenoma hipofisiario, una (0.12%).

Tabaquismo: tabaquismo positivo, 228 pacientes (28.89%), y tabaquismo negativo, 561 pacientes (71.10%).

Diagnóstico de envío: Displasia leve/NIC I/LEBG/más IVPH, 355 pacientes (44.99%). Displasia moderada/

NIC2/LIEAG más IVPH, 85 pacientes (10.77%). Displasia severa/NIC3/LIEAG más IVPH, 66 pacientes (8.36%). IVPH, 104 pacientes (13.18%). Condiloma genital, 56 pacientes (7.09%). Condiloma anal, 6 pacientes (0.76%). ASCUS, 86 pacientes (10.89%). Ca invasor, una paciente (0.12%). AGUS, 5 pacientes (0.63%). Ca vagina, una paciente (0.12%). NIVA I, 7 pacientes (0.88%). NIVA II, dos pacientes (0.25%). Ca vulva, 5 pacientes (0.63%). CacU epidermoide, 6 pacientes (0.76%). Adenocarcinoma, 4 pacientes (0.50%).

Colposcopia no satisfactoria: 296 pacientes (37.51%).

Colposcopia satisfactoria: 493 pacientes (62.48%).

Una paciente (0.12%) no aceptó toma de biopsias ni LEC. Sólo PAP.

Resultados histopatológicos de HGO 4 Servicio Colposcopia:

- PAP insatisfactorio: 93 (11.78%).
- PAP: Cambios reactivos asociados a inflamación: 181 (22.94%).
- PAP: NIC I/LIEBG: 295 (37.38%).
- PAP: NIC II-III/LIEAG: 180 (22.81%).
- PAP: Ca Epidermoide invasor: 4 (0.50%).
- PAP ASCUS: 33 (4.18%).
- PAP ASCUS/AGUS: 2 (0.25%).
- NIVAI: 1 (0.12%).

Resultados de LEC: se efectuaron 788.

- Insuficiente: 31 (3.93%).

Glándulas endocervicales sin alteraciones: 240 (30.45%).

- LIEBG: 233 (29.56%).
- LIEAG: 155 (19.67%).
- IVPH: 129 (16.37%).

Resultados de Biopsia de cérvix: se realizaron 560 biopsias.
- Cervicitis aguda y crónica: 111 (19.82%).
- LIEBG/IVPH: 153 (27.32%).
- LIEAG/IVPH: 244 (43.57%).
- Ca Ductal in situ extraglandular: 1 (0.17%).
- Ca Epidermoide: 6 (1.07%).
- Adenocarcinoma in situ endometrial: 1 (0.17%).
- Adenocarcinoma in situ: 1 (0.17%).
- Polipo endocervical: 3 (0.53%).
- ASGUS: 1 (0.17%).
- AGUS: 1 (0.17%).
- Atrofia genital: 3 (0.53%).
- IVPH: 28 (5%).
- Material insuficiente: 4 (0.71%).
- Condiloma plano de cérvix: 3 (0.53%).

Biopsia de Vagina: se tomaron 461 biopsias.
- Atrofia epitelial: 55 (11.93%).
- Condiloma acuminado: 155 (33.62%).
- NIVA I: 85 (18.43%).
- NIVA II/III: 33 (7.15%).
- Sin alteraciones: 20 (4.33%).
- Papiloma escamoso: 25 (5.42%).
- IVPH: 88 (19.08%).

Biopsia de vulva: se tomaron 658 biopsias.
- Condiloma acuminado: 125 (18.99%).
- IVPH: 144 (21.88%).
- LIEAG: 35 (5.31%).
- LIEBG: 56 (8.51%).
- Siringoma vulvar: 1 (0.15%).
- Molusco contagioso: 15 (2.27%).
- Polipo fibroepitelial: 1 (0.15%).
- Condiloma plano: 156 (23.70%).
- Liquen plano: 25 (3.79%).
- Acantosis: 1 (0.15%).
- Papiloma escamoso: 78 (11.85%).
- Quiste epidermoide de inclusión: 1 (0.15%).
- Ca epidermoide invasor 5 (0.75%).
- Insuficiente: 15 (2.27%).

Biopsia de cúpula vaginal: se tomaron 24 biopsias.
- Condiloma florido: 5.
- NIVA I: 15.
- Atrofia: 4.

Biopsia de endometrio: se tomaron 110 biopsias.
- Endometrio proliferativo: 33 (30%).
- Endometrio desordenado: 56 (50.90%).
- Endometrio atrófico: 20 (18.18%).
- LIEBG: 1 (0.90%).

Referencias

1. Parraguirre, S.; De Larios, N. & Martínez, J. (2001), "Correlación citológica e histológica de la neoplasia intraepitelial cervical temprana. Tres años de revisión en el Hospital General 'Dr. Manuel Gea González'", *Rev Hosp. Gral. Dr. Manuel Gea González*, 4, pp. 39-45.

2. Calderón, A.; Díaz, J.; Zertuche, J. & Ohara, G. (2005), "Nueva técnica colposcópica para la prevención del cáncer cérvicouterino", *Rev Fac Med UNAM*, 48, pp. 47-51.

3. Nazeer, S.; Shafi, M. & Todd, R. (2004), "Colposcopy and cervical premalignancy", *Curr Obstet Gyn*, 14, pp. 104-114.

4. Cervical Cancer Projet (1999), "Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting", *Lancet*, 353, pp. 869-873.

5. Pruitt, S. L. *et al*. (2005), "Knowledge of cervical dysplasia and human papillomavirus among women seen in a colposcopy clinic", *Gynecol Oncol*, 30, pp. 1-9.

6. Dresang, L. T. (2005), "Colposcopy: An evidence-Based Update", *J Am Board Fam Pract*, 18, pp. 383-392.

7. Paraskevaidis, E. *et al*. (2001), "Expanded Cytological Referral Criteria for Colposcopy in Cervical Screening: Comparison with Human Papillomavirus Testing", *Gynecol Oncol*, 82, pp. 355-359.

8. Freemang-Wang, T. *et al*. (2001), "Anxiety levels in women attending colposcopy clinics for treatment for cervical intraepithelial neoplasia: a randomised trial of written and video information", *Br J Obstet* Gyn, 108, pp. 482-484.

9. Balestena Sánchez, J. *et al*. (2003), "Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización", *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 29, pp. 1-8.

10. Lonky, M. N.; Félix, J.; Naidu, Y. M. & Wolde-Tsadik, G. (2003), "Triage of Atypical Squamus Cells of Undetermined Significance Whit Hybrid Capture II: Colposcopy and Histologic Human Papillomavirus Correlation", *Obstet* Gynecol, 101, pp. 481-489.

11. Carvajal, L. R. *et al*. (2003), "Valor Predictivo positivo de ASCUS y AGUS en Citologías Cérvicouterinas Realizadas entre Enero de 2000 y Diciembre de 2001 en usuarias de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer", *MEDICAS UIS*, 17, pp. 64-70.

Historia de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.

Dr. César Santiago Pineda

Presidencia 1990-1991

Mesa directiva
Presidente Fundador: Dr. César Santiago Pineda
Vicepresidente: Dr. Drusso Vera Gaspar
Secretario: Dr. Fernando E. de la Torre Rendón
Pro-secretario: Dr. Óscar Trejo Solórzano
Vocal: C.T. Salvador Luna

Con motivo de la inquietud que en nosotros despertó la conferencia del distinguido maestro Ralph Richart, de Columbia University, de Nueva York, efectuada el sábado 21 de septiembre de 1985 en el Auditorio del Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE, se fundó en este hospital la primera Clínica de Colposcopia y Patología Cervical en abril de 1986. En aquella conferencia, el también investigador Richart nos habló acerca de la importancia del virus del papiloma humano como posible causa del cáncer cérvico uterino, de acuerdo a las investigaciones de un grupo de médicos alemanes encabezados por Harald Zur Hausen, Lutz Gissmann, Ickenberg y Bosshard, entre otros, quienes afirmaron que la causa del cáncer cérvico uterino es la Infección del Virus del Papiloma Humano. Tras la fundación de la Clínica de Colposcopia, se efectuó una reunión local con asistencia de médicos ginecobstetras del propio hospital y del Hospital 20 de Noviembre.

En agosto de 1986 los doctores César Santiago Pineda, Drusso Vera Gaspar, Nicolás Casanova Álvarez, Rafael Manzanilla, Rafael González Iñiguez, Óscar Trejo Solórzano, Carlos Balleza y Fernando E. de la Torre Rendón efectuaron la Primera Reunión Internacional de Colposcopia y Patología Cervical con la participación de Ralph Richart, Alexander Meissels, Lutz Gissmann y la Dra. Julieta Calderón de Laguna (fundadora y directora de la Escuela Nacional de Citología del Hospital 20 de Noviembre, del ISSSTE). En esta reunión se insistió en la participación del virus del papiloma humano de alto riesgo como factor causal del cáncer cérvico uterino; además que se contó con la asistencia de distinguidos doctores del Instituto Nacional de Cancerología, IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud y del sector privado.

En noviembre de 1987 se efectuó la Segunda Reunión Internacional de Cáncer Cérvico Uterino y Lesiones Precursoras organizada por los médicos de la Clínica de Colposcopia y Patología Cervical del Hospital Adolfo López Mateos antes mencionados y con la participación de 10 médicos extranjeros: Kari Syrjanen y Stina Syrjanen, de Finlandia; Maths Algren, de Suecia; Lutz Gissmann, de Alemania: Christine Bergeron, de Francia; William Chanen, de Australia; Richard Reid y Ralph Richart, de EE.UU.; Alex Ferenczy, de Canadá, así como un médico de Inglaterra y la asistencia de distinguidos médicos de diferentes instituciones nacionales y médicos con ejercicio privado de la medicina.

En noviembre de 1988 se efectuó la Tercera Reunión Internacional, en el Hospital 1º de Octubre, organizada por los mismos médicos del Hospital Adolfo López Mateos. Esta reunión tuvo la participación de: Kari y Stina Syrjanen, de Finlandia; David Jenkins, de Inglaterra; Christine Bergeron, de Francia, y William Chanen, de Australia.

En julio de 1989 se efectuó la Cuarta Reunión Internacional, en la Escuela Médico Militar, organizada por los médicos del Hospital Adolfo López Mateos, encabezados por los doctores César Santiago Pineda, Drusso Vera Gaspar y Nicolás Casanova. Además, participaron en ella Hans B. Krebs, de EE.UU.; Cecil V. Wright, de Canadá; Stina y Kari Syrjanen, de Finlandia; Lutz Gissmann, de Alemania; David Jenkins, de Inglaterra, así como distinguidos médicos mexicanos de los diferentes institutos y del ejercicio privado.

Desde 1989 un grupo de médicos del Hospital Adolfo López Mateos encabezados por los doctores César Santiago Pineda, Drusso Vera Gaspar, Carlos Balleza, Óscar Trejo, Fernando E. de la Torre y el cito-tecnólogo Salvador Luna solían reunirse cada dos meses en la ciudad de Celaya, Guanajuato, con médicos de esa región: Celaya, Irapuato y Salamanca, para comentar y difundir el diagnóstico y tratamiento adecuado de las lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino. Así, el domingo 16 de febrero de 1990, día memorable al efectuarse la Tercera Reunión Nacional, en Celaya, una pléyade de médicos

encabezados por el doctor César Santiago Pineda fundaron la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A. C. Además, se contó con la participación de los doctores Drusso Vera Gaspar, Óscar Trejo Solórzano, Carlos Balleza, Fernando E. de la Torre, Carlos Barajas, Raquel Gutiérrez, Leopoldo Zavala, el cito-tecnólogo Salvador Luna Rodríguez y un total de 83 firmantes.

El 4 de abril de 1990 se comisionó a la doctora Martha Hernández para efectuar el pago notarial en la Ciudad de México quedando registrada y protocolizada dicha Asociación en la Notaría 28 por el Notario José Luis Mazo y Kuri, ratificando el nombramiento de presidente fundador al doctor César Santiago Pineda.

Los primeros meses fueron tiempos difíciles: muchas carencias y penurias económicas, pero el gran entusiasmo de los fundadores logró superar los primeros escollos, mediante reuniones regionales en varias ciudades de la República, principalmente en los estados de Guanajuato, Jalisco, Veracruz, Tabasco y Oaxaca. Asimismo, se dio a conocer la importancia del diagnóstico oportuno y tratamiento conservador de las lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino.

El 13 de abril de 1991 se le entregó la presidencia al doctor Drusso Vera Gaspar, quien encabezó la segunda mesa directiva de nuestra Asociación.

Dr. Drusso Vera Gaspar

Presidencia 1991-1993

Mesa directiva
Presidente: Dr. Drusso Vera Gaspar
Vicepresidente: Dr. Fernando E. de la Torre Rendón
Secretario: Dr. Óscar Trejo Solórzano
Prosecretario: Dr. Raúl García Palacios
Tesorero: Dr. Héctor Hurtado Reyna
Protesorera: Dra. Ma. de Jesús Camacho Velázquez

La Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, fundada en 1990 de acuerdo con el registro en la notaria número 28, del notario José Luis Mazo y Kuri, consta con estatutos los cuales fueron aprobados por unanimidad en la ciudad de Celaya en el mes de febrero de 1990. De acuerdo con el Artículo IV, del Capítulo I, Inciso *b)*, que a la letra dice: “mantener el intercambio científico y social con agrupaciones del país y del extranjero”.

Se realizaron sesiones conjuntas con diversas asociaciones tales como: el Colegio de Ginecólogos de Celaya, en febrero de 1992; la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, en abril de 1992; el Hospital Tecamachalco del ISSSTE, en mayo de 1992; la Asociación Civil de Médicos de Uruapan, en junio de 1992; el Hospital Gonzalo Castañeda del ISSSTE, en junio de 1992; el Hospital Luis Castelazo Ayala, en septiembre de 1992; el Hospital de la Mujer SSA, en septiembre de 1992; la Asociación Poblana de Ginecología, en septiembre de 1992, y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro, en noviembre de 1992.

Además, la Asociación Mexicana fue invitada por la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Los doctores Drusso Vera Gaspar y César Santiago Pineda participaron en varias conferencias, simposios y paneles de discusión en el Primer Congreso Latinoamericano del Tracto Genital Inferior y Colposcopia del 30 de septiembre al 3 de octubre de 1992. En esa ocasión, el 2 de octubre de 1992, se fundó la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia como se asienta en el acta correspondiente que a continuación se anexa.

Acta de fundación de la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Reunidos en la ciudad de Buenos Aires, a los dos días del mes de octubre de 1992, los Drs. Enrique P. Coppolillo y Rodolfo E. Chierasco, representantes de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genitral Inferior y Colposcopia; Wademar Rivoire y José Focchi, representantes de la Sociedad de Patología Cervical Uterina y Colposcopia del Brasil; Oriana Salas Román y Jorge Aruta, representantes de la Sociedad Chilena de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia; Drusso Vera Gaspar y Santiago Pineda, representantes de la Sociedad Mexicana de Patología Cervical Uterina y Colposcopia; Luis Chase y Zenón González, representante de la Sociedad de Patología del Tracto Inferior y Colposcopia del Paraguay; Ricardo Topolansky Sierra y Juan M. López Jordi, representantes de la Sociedad Uruguaya de Patología Cervical Uterina, Citología y Colposcopia, representantes legales de sus respectivas sociedades y de acuerdo al mandato conferido por las mismas, deciden la fundación de la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital

Inferior y Colposcopia, entidad en la que estarán federadas las sociedades latinoamericanas de la especialidad quedando por este acto y de común acuerdo establecida la primera comisión directiva organizadora.

Firma de los miembros fundadores

Comisión directiva de la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Presidente: Dr. Enrique F. Coppolillo
Vicepresidente: Dr. Waldemar Rivoire
Secretario: Dr. Rodolfo E. Chierasco
Prosecretario: Dr. Jose Focchi
Tesorero: Dr. Luis Chase
Vocales: Dr. Jorge Aruta, Dr. Drusso Vera Gaspar, Dr. Zenón González, Dr. Juan M. López Jordi, Dr. Santiago Pineda, Dra. Oriana Salas Román y Dr. Ricardo Topolansky Sierra

Dr. Fernando E. de la Torre Rendón

Presidencia 1993-1994

Mesa directiva
Presidente: Dr. Fernando E. de la Torre Rendón
Vicepresidente: Dr. Óscar Trejo Solórzano
Secretario: Dr. Raúl García Palacios
Prosecretario: C.T. Salvador Luna Rodríguez
Tesorero: Dra. María de Jesús Camacho Velázquez
Protesorera: Dra. Maricela García Parra
Vocales: Dr. Luis Fernando Flores Silva y Dra. Guadalupe Moctezuma

Después de un curso en la ciudad de Celaya, Guanajuato, en 1990, un grupo de médicos, muchos de ellos del ISSSTE, impulsados por el doctor César Santiago Pineda promovieron la fundación de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. Entre ellos se contaban los doctores Drusso Vera Gaspar, Óscar Trejo Solórzano, Carlos Balleza, Fernando E. de la Torre, Carlos Barajas, Raquel Gutiérrez, Leopoldo Zavala, el C.T. Salvador Luna Rodríguez y un total de 83 co-firmantes. La década de los noventa podría considerarse como la embriogénesis de la Asociación Mexicana de Colposcopia. Como muchas sociedades médicas mexicanas ha evolucionado de un pequeño club a una sociedad madura y con representación nacional.

Quizá la actividad más destacada de este periodo fue la realización de la Primera Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C., en el Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE, del 11 al 13 de agosto de 1993. Estuvieron como invitados extranjeros los doctores Fernando Guijón, de Canadá, y Federico Di Paola, de Estados Unidos. Participaron varios de los médicos que eventualmente se configuraron como personalidades destacadas de la colposcopia mexicana en la ciudad de México (César Santiago, Drusso Vera Gaspar, Óscar Trejo, José Luis González, Carlos Aranda, Gilberto Solorza Luna, Manuel Villalobos) y en otras ciudades de los estados (Adrián Velázquez Barragán). Se registraron 98 asistentes.

La visión en la formación de esta agrupación fue la inclusión de los especialistas relacionados con el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del tracto genital inferior, especialmente las relacionadas con el carcinoma cérvico uterino invasor, además que pretendía agrupar a los interesados en la colposcopia como procedimiento de estudio. De ahí la inclusión y participación de médicos no ginecólogos en esta sociedad. En estos 20 años el único presidente no ginecólogo fue el suscrito, especialista en Patología y dedicado a la patología del cérvix y la enfermedad por VPH desde la década anterior. Esta situación que podría parecer escandalizante para algunos ortodoxos de la colposcopia tiene la lógica de incorporar a médicos interesados y dedicados al estudio de esta enfermedad. En la American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ha ocurrido precisamente lo mismo. Aun cuando la colposcopia fue el pretexto fundamental para esta agrupación, la intención original fue la participación académica de todos los especialistas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Dado que refleja la percepción de la época y de la Presidencia en turno en este periodo de nuestra Asociación, me permito transcribir el discurso inaugural de esta Primera Reunión de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical A.C. en 1993:

La Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical es todavía una agrupación en etapa de desarrollo y diferenciación, diríamos que se encuentra en etapa de embriogénesis. Fue iniciada en 1990 por el envidiable dinamismo de César Santiago Pineda. De ser prácticamente un club, actualmente cuenta con 100 médicos especialmente interesados en esta área de la medicina.

Todavía transcurrirá un tiempo antes de que se consoliden las metas iniciales agrupando a un mayor número de especialistas y, sobretodo, aumentando sus actividades de difusión sobre el diagnóstico, el tratamiento, la epidemiología y la biología de las enfermedades del cérvix y las vías genitales inferiores, así como colaborando en la organización de la práctica de la colposcopia en este país.

Actualmente se vislumbra cierto desorden en la definición de quienes deben hacer estos procedimientos. ¿Cuáles son los requisitos de entrenamiento y su nivel de responsabilidad? No hemos definido a qué pacientes se les debe realizar la colposcopia y hasta donde se debe llegar con los tratamientos. Estos problemas, no solamente de la medicina mexicana, sabemos que ocurren en otros países, inclusive en los de tecnología y servicios de salud más avanzados. Es quizás esta controversia lo que hace apasionante la discusión sobre estas enfermedades y lo que hace necesario que haya foros como éste donde se discutan ideas y se hacen propuestas. Es la única manera de quitar la maleza del camino.

Aun cuando me crea cierta inquietud el hecho de que tengamos una sociedad médica centrada en un procedimiento único como es la colposcopia, me agrada pensar que esto es solamente el pretexto para congregarnos alrededor del problema del cáncer cérvico uterino y enfocarlo desde diferentes métodos de análisis. El objetivo principal debe ser la enfermedad y no el procedimiento. Si el objetivo de nuestros debates y análisis incluye no sólo los procedimientos tecnológicos destinados a prevenir, identificar y erradicar esta enfermedad, sino los mismos mecanismos biológicos, nuestra sociedad tiene la mejor de las justificaciones para existir y prosperar. Son el mejor pretexto para formar parte de esta Asociación y para reunirnos en este Primer Congreso...

Debo señalar que durante este periodo la AMCOPAC participó en el Primer Congreso Latinoamericano del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, del 30 de septiembre al 3 de octubre de 1992. En esa ocasión, el 2 de octubre de 1992, se fundó la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia con los representantes de Brasil (Waldemar Rivoire y José Focchi), Argentina (Enrique F. Copolillo y Rodolfo E. Chierasco), Chile (Oriana Salas y Jorge Aruta), Paraguay (Luis Chase y Zenón González), Uruguay (Ricardo Topolansky y Juan M. López Jordi) y México (Drusso Vera Gaspar y César Santiago Pineda).

A 20 años de su fundación, los miembros de la AMCPC debiéramos hacer una evaluación de la ubicación actual de la colposcopia en México, del conocimiento de la enfermedad del tracto genital inferior como fenómeno biológico y de salud pública en nuestro país y de los avances reales en la prevención, técnicas diagnósticas y terapéuticas, con respecto al inicio de nuestra agrupación. Como Asociación debiéramos discutir si el grado de apertura que se tuvo inicialmente, con la incorporación de médicos generales, oncólogos, patólogos y citotecnólogos sigue siendo válida o debe convertirse en una Asociación exclusivamente de ginecólogos, como ha sido la tendencia en los últimos años. ¿Debe reconcentrarse como una sociedad únicamente alrededor de la colposcopia o debe tener la apertura a todas las disciplinas relacionadas con la enfermedad, no con el procedimiento? Las Clínicas de Colposcopia funcionan idealmente como equipos multidisciplinarios en los que intervienen ginecólogos, oncólogos, patólogos, citopatólogos, citotecnólogos, enfermeras y psicólogos. La relación de estos equipos con biólogos moleculares, epidemiólogos e investigadores básicos enriquece el nivel de operación, eficiencia y desarrollo. ¿No es lógico que nuestra Asociación atraiga e incluya a especialistas de estas disciplinas?

Dr. Óscar Trejo Solórzano

Presidencia 1994-1995

Mesa directiva
Presidente: Óscar Trejo Solórzano
Vicepresidente: Dr. José Luis González Sánchez
Secretario: C.T. Salvador Luna Rodríguez
Prosecretario: Dr. Héctor Hurtado Reyna
Tesorero: Dra. Maricela García Parra
Protesorero: Dr. Armando Valle Gay

En relación a las actividades trascendentes durante el tiempo que ocupé la presidencia puedo citar:

1. Se organizó como actividad académica la reunión con la Asociación Americana de Colposcopia. A este evento concurrieron 12 profesores de esa Asociación, incluyendo entre otros a los doctores Leo Twigs, Michel Campion, Fernando Guijón, Tomas C. Wrigth y Howard Jhonson, entre otros. Este evento fue un éxito, pues se contó con la participación de 600 asistentes en el hotel Royal Pedregal de la ciudad de México, donde se llevó a cabo.

2. La segunda actividad con la Sociedad Americana de Colposcopia se llevó a cabo en noviembre de 2005 en el hotel Ritz-Carlton de la ciudad de Cancún, Quintana Roo, con el total aval de la ASCCP al cual acudieron algunos colegas mexicanos y 400 americanos.

Dr. José Luis González Sánchez

Presidencia 1995-1996

Mesa directiva
Presidente: Dr. José Luis González Sánchez
Vicepresidente: Dr. Armando Valle Gay
Secretario: Dr. Héctor Hurtado Reyna
Prosecretario: Dr. Jorge Ojeda Ortiz
Tesorero: Dra. Maricela García Parra
Protesorero: Dra. Uri Oswelia Martínez Velázquez
Vocales: Dr. Víctor M. Vargas Hernández y Dr. Raúl García Palacios

Durante mi gestión como presidente de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. (AMCPC, A.C.) además de las sesiones académicas efectuadas en forma ininterrumpida cada mes, ingresamos a nuestra Asociación una cantidad considerable de socios activos, y presentamos trabajos libres y de investigación ante *The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP), así como en congresos nacionales de Ginecología y Obstetricia y de Colposcopia.

Como presidente tuve la oportunidad de presentar conferencia magistral durante la bienal de la ASCCP con el tema "Neoplasia Intraepitelial Vaginal" y la experiencia con el 5 Fluorouracilo (5FU) como tratamiento Neoplasia intraepitelial Vaginal en México. El artículo completo fue publicado en la Revista de la ASCCP y reimpreso en Argentina.

Finalmente realizamos la III Reunión Nacional e Internacional de la Sociedad Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 24 al 26 de enero de 1996, siendo presentado el siguiente mensaje en la inauguración de dicho evento:

"La clínica de colposcopia y patología del tracto genital inferior del Hospital de Gineco Obstetricia 'Luis Castelazo Ayala', del IMSS, se inicia cuando es organizada como tal a principios del año 1979, por dos destacados médicos y visionarios; me refiero al Dr. Luis Ricaud Rothiot y el Dr. Manuel Villalobos Román. A partir de entonces se inician los exámenes colposcópicos en unas cuantas pacientes de forma semanal; hoy, sin embargo, se realizan alrededor de 50 consultas y procedimientos colposcópicos terapéuticos diariamente.

"Hemos contraído la obligación científica y moral con las pacientes; con los médicos en formación que están en proceso de actualización médica continua acorde con las exigencias de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Actualmente el Hospital es sede a nivel nacional para el adiestramiento en servicio de colposcopia, el cual es muy solicitado entre los médicos del Instituto así como extranjeros.

"La participación de la clínica de colposcopia en eventos científicos, tanto nacionales como internacionales, ha sido objetivo preferente, en donde el conocimiento científico y el comunicar la experiencia hospitalaria permitan que estos sean adoptados por otras instituciones.

"Algunos de sus miembros han participado en publicaciones nacionales e internacionales, participaciones académicas y en trabajos libres en congresos mundiales, bienales de la Sociedad Americana y Canadiense de Colposcopia y patología cervical, y uno de ellos ha recibido el *Colposcopy Recongnition Award* de la ASCCP.

"La Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. fundada por un grupo de médicos de gran prestigio, tanto nacional como internacionalmente, al paso de pocos años ha rendido frutos por sus múltiples aportaciones tanto en la enseñanza como en la investigación médica en el área de colposcopia y en el conocimiento temprano del diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas del tracto genital inferior.

"Esta asociación, tomando en cuenta el prestigio del Hospital de Gineco Obstetricia 'Luis Castelazo Ayala' y los meritos de su clínica de colposcopia los ha elegido para ser sede de la III Reunión Nacional de Colposcopia y Patología Cervical.

”Actualmente el progreso en el entendimiento de la etiopatogenia de la enfermedad del tracto genital inferior y los recursos tecnológicos han permitido al médico realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el consultorio o en unidades de corta estancia, con una mejora en el costo beneficio sin sacrificar la efectividad y seguridad de tales procedimientos.

”Antiguamente la colposcopia se concretaba en tomar una biopsia del sitio más anormal que encontraba, pero la colposcopia moderna no es únicamente eso, sino también anticiparse al sustrato histológico de acuerdo a la experiencia del colposcopista que permite a éste realizar un pronóstico de las lesiones intraepiteliales que está observando, criticar el diagnóstico histológico, seleccionar individualmente cada tratamiento para cada paciente, proporcionar éste de una manera racional y, finalmente, llevar a cabo un seguimiento adecuado de las pacientes sometidas a vigilancia o tratamiento para actuar de manera oportuna en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones escamosas intraepiteliales.

”Es por ello que la III Reunión de Colposcopia y Patología Cervical, que se llevará a cabo del 24 al 26 de enero de 1996, brindará la oportunidad a los asistentes de actualizar los avances diagnósticos y terapéuticos que le permitan al especialista poder utilizar conocimientos, aparatos y destrezas de manera efectiva, con seguridad y al alcance de nuestra población femenina en la solución de los problemas de la patología del tracto genital inferior.

“De no existir un medio conciliatorio sería muy difícil, casi imposible, que el avance pudiera darse. Es por ello que esta Asociación médica tiene el propósito de ser el vínculo entre la innovación y el médico tratante. Es un placer a nombre de la mesa directiva 1995-1996 de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. agradecer al cuerpo directivo, y en particular al Dr. Fernando Alfonso Ríos Montiel, Director del Hospital de Gineco Obstetricia ‘Luis Castelazo Ayala’, así como a las autoridades de la Delegación 3 Sureste del IMSS, su hospitalidad para que se realizara este evento académico y darles la más cordial bienvenida a esta III Reunión donde distinguidos médicos nacionales y extranjeros, todos ellos expertos, intercambiarán conocimientos sobre los avances que se tienen de las lesiones premalignas y malignas del Tracto Genital Inferior”.

El Cuerpo Directivo estuvo integrado de la siguiente forma: Director, Dr. Fernando Alfonso Ríos Montiel; Subdirector Médico, Dr. Rodolfo Muñoz Reyes; Subdirector Administrativo, Julián Torres Rodríguez, y Jefe de División de Enseñanza e Investigación, Dr. Francisco J. Gómez García.

A su vez, el Comité Organizador se integró por el Dr. José Luis González Sánchez, como Presidente Ejecutivo; el Dr. César Santiago Pineda, el Dr. Drusso Vera Gaspar, el Dr. Fernando de la Torre Rendón y el Dr. Óscar Trejo Solórzano, como vicepresidentes; el Dr. Héctor Hurtado Reyna, como Secretario General, y la Dra. Maricela García Parra, como Tesorero.

Además, los subcomités se conformaron así: Programa científico, Dr. Raúl García Palacios; Cursos, Dr. Jorge F. Menéndez Velázquez; Editorial, Dr. Armando Valle Gay; Difusión e información, Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza; Atención a congresistas, Dra. Uri Oswelia Martínez Velázquez; Inscripciones, Dr. Jorge Ojeda Ortiz; Exposiciones, Dr. Víctor M. Vargas Hernández, y Coordinador Hospitalario, Dr. Jesús Chávez Brambilla.

Cabe resaltar que durante esta III Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical se tuvieron simposios, conferencias magistrales, cursos transcongreso, simposios progresos en investigación, seminarios y paneles de discusión. Asimismo, se contó con destacadas personalidades como el doctor Fernando B. Guijón y el doctor José E. Torres, entre otros.

Dr. Armando Valle Gay

Presidencia 1996-1998

Mesa directiva
Presidente: Dr. Armando Valle Gay
Vicepresidente: Dr. Héctor Hurtado Reyna
Secretario: Dr. Jorge Ojeda Ortiz
Prosecretario: Dr. Raúl García Palacios
Tesorero: Dra. Uri Oswelia Martínez Velázquez
Protesorero: Dr. Alejandro Ortiz de la Peña
Vocales: Dra. Ma. de los Ángeles Madrigal de la Campa, Dr. José Luis López Velázquez, Dr. Jean Rene Clemenceau, Dr. Víctor M. Vargas Hernández, Dra. Martha Vargas Montoya y Dr. Arturo Escobedo García

La toma de posesión se llevó a cabo en el Auditorio Abraham Ayala González, del Hospital General de México, la noche del 12 de abril de 1996. Tomó la protesta el Dr. Roberto Uribe Elías, Presidente del Consejo Mexicano de Gineco Obstetricia ante autoridades de la Secretaría de Salud y del Hospital General.

Nuestra primera acción fue cambiar los estatutos que hasta esa fecha regían en la AMCPC. El periodo de gestión, que era de un año, pasó a dos para poder llevar a cabo el ambicioso programa que teníamos visualizado.

Durante esta gestión tuvimos como objetivo central la difusión de la disciplina en nuestro país para apoyar al programa nacional de detección de CaCu. Así alcanzamos a realizar 24 cursos de colposcopia en el territorio nacional, todos avalados por las asociaciones locales de Gineco Obstetricia y las universidades estatales. Lo mismo estuvimos en Tijuana, que en Quintana Roo, Reynosa y Tuxtla Gutiérrez, buscando cubrir la mayoría de nuestros estados. Informamos a cientos de alumnos sobre ésta disciplina para interesarlos en ella. En el DF participamos en cursos de la Asociación Mexicana de Gineco Obstetricia, de la Federación Mexicana de Gineco Obstetricia, de eventos académicos en hospitales del IMSS, ISSTE, SDN.

Llevamos a cabo puntualmente sesiones bimensuales, en el auditorio facilitado por los laboratorios Sandoz, con suculentos platillos ofrecidos al final. En tres ocasiones tuvimos asistencia que rebasó las 150 personas. También contamos con los Auditorios del Hospital General y de la otrora Asociación Mexicana de Gineco Obstetricia.

El 13 de noviembre de 1996, en Asamblea, se aprobaron los estatutos que dieron a los socios categoría académica (que antes no existía), ponderando sus antecedentes curriculares. Asimismo se compró un equipo de cómputo con el que se hizo una base de datos para el registro puntual de socios, así como su status en cuanto a pago de cuotas, entrega de diplomas de acreditación, actividades, etcétera. Al terminar nuestra gestión entregamos 304 socios, con cuotas pagadas hasta 1997 en 90%.

Con el propósito de extender el radio de acción de la AMCPC llevamos a cabo la IV reunión de la misma, por primera vez fuera de la sede de México. Seleccionamos Guadalajara, donde en conjunto con la Asociación y el Colegio Médico de esa ciudad, se logró un congreso internacional de gran relevancia, el cual contó con la asistencia de 3 profesores extranjeros: Renzo Barrazo, de Francia; Attila Lorincz, de Estados Unidos, y Fernando Guijón, de Canadá, así como 28 profesores nacionales y la asistencia de 186 inscritos, récord en la ciudad de Guadalajara en esa época en una reunión de esas asociaciones.

En el rubro de actividades asistenciales y de investigación, dentro del programa de detección oportuna de CaCu, participamos con el patrocinio de Rotary Internacional Distrito 4180, Tehuacán, en un proyecto de atención a la comunidad en los estados de Puebla, de México, Morelos, Guerrero y Tlaxcala. Con una unidad móvil, equipada con colposcopio y equipo de electrocirugía, modelo después para la SSA, y con un programa de cómputo con código de barras para identificar desde el expediente, la citología, la biopsia, y así llevar un registro puntual de casos, el programa denominado "Justo a Tiempo" atendió de julio de 1997 a marzo de 1998, 10 481 pacientes. Asimismo, se realizaron un total de 8 338 citologías, todas con colposcopia, detectando y tratando 8.3% LEIBG, 3.7 LEIAG, 1 Ca in situ y 1.6 Ca invasor, siendo enviados al Hospital General de México, donde además se nos hizo una donación al Servicio de Gineco Obstetricia recién remodelado de un equipo de láser para tratar a las pacientes enviadas por este programa y donde dos años antes había iniciado un Diplomado de Colposcopia Semestral, como marcó la norma en ese momento. Además, con los recursos de este programa fue posible iniciar la inclusión de la biología molecular en nuestro tamizaje.

En el plano internacional, dado que nuestra AMCPC es miembro de las Federaciones Internacional y Latinoamericana de Colposcopia, buscamos darle peso y presencia. Por ello, asistí representando a México, participé en el II Congreso Latinoamericano realizado en Río de Janeiro y propuse a México como sede del IV Congreso Latinoamericano. Para concederme esto, me pidieron y me comprometí a realizar un Primer Congreso Mexicano Latinoamericano, que realizamos del 2 al 5 marzo de 1997 en el Hotel Meliá Reforma, con 60 profesores nacionales y 12 profesores internacionales, destacando la presencia por primera vez en México del profesor Santiago Dexeus, de España, así como Renzo Barrazo, de Francia y 10 profesores latinoamericanos (de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) que por primera ocasión se conocieron en México. Además, se tuvo la asistencia de más de 400 inscritos, con un gran éxito académico y económico. Esta fue la plataforma que impulsó a México para ser sede primero del IV Congreso Latinoamericano que se llevó a cabo en Acapulco, en el 2001 y mi elección como Presidente de la Federación Latinoamericana de Colposcopia, en el periodo 2001-2004.

Por otra parte, acudí al Congreso Internacional de Sidney, Australia, en 1996, representando a la AMCPC. Ahí fui nombrado miembro del comité de nominación de la IFCPC, cargo que me permitió en el congreso de

esta Federación de 1999 en Buenos Aires, Argentina, proponer a tres latinoamericanos para el Board de la IFCPC: al doctor Roberto Testa, argentino, como vicesecretario; al doctor Jorge Ojeda, mexicano, como *member at large* por 6 años, y a la doctora Ma. de los Ángeles Madrigal de la Campa, como miembro del comité de Educación.

En marzo de 1997 se me invitó a participar en la reunión de Eurogyn en París, Francia, y propuse a México como próximo país sede de estas reuniones, logrando que fuera invitado a la de Buenos Aires, en 1998, y una promesa de futura reunión en Cancún o en la Ciudad de México en fecha por definir, donde al final se llevó a cabo.

Todo este trabajo en conjunto con mi mesa directiva sentó las bases y preparó la plataforma internacional a favor de México para que nuestro país, en el congreso internacional de la IFCPC de Buenos Aires, en 1999, fuera elegido sede del XI congreso de la misma, en Cancún.

El informe y cierre de la gestión 1996-1998 se llevó a cabo el 8 de mayo de 1998, en el Hotel Niko de la Ciudad de México, y en él solicité a las autoridades del sector salud invitadas al evento que la AMCPC fuera tomada en cuenta en las decisiones centrales que se tomaran en la prevención, detección oportuna, tratamiento y seguimiento de las lesiones precursoras del tracto genital inferior.

Dr. Héctor Hurtado Reyna

Presidencia 1998-2000

Mesa directiva
Presidente: Dr. Héctor Hurtado Reyna
Vicepresidente: Dr. Jorge Ojeda Ortiz
Secretario: Dr. Raúl García Palacios
Prosecretario: Dra. Ma. de los Ángeles Madrigal de la Campa
Tesorero: Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza
Protesorero: Dr. José Luis López Velázquez

Durante nuestra gestión se tuvieron logros importantes. Entre ellos se encuentran:

- Se obtuvo la presidencia de la Federación Latinoamericana de Colposcopia.
- Se obtuvo la secretaria general de la misma Federación.
- Se concursó y ganó la realización en México del Congreso Latinoamericano de Colposcopia.
- Se concursó y ganó, en Buenos Aires, Argentina, la sede para México del XII Congreso Mundial de Colposcopia.
- Se consiguió la presidencia del XII Congreso Mundial de Colposcopia realizado en Cancún, Quintana Roo, en 2005.

Dr. Jorge Ojeda Ortiz

Presidencia 2000-2002

Mesa directiva
Presidente**:** Dr. Jorge Ojeda Ortiz
Vicepresidente: Dra. Ma. de los Ángeles Madrigal de la Campa
Secretario: Dr. José Antonio Ruiz Moreno
Prosecretario: Dr. Gilberto Solorza Luna
Tesorero: Dr. José Luis López Velázquez
Protesorero**:** Dra. Elizabeth Pérez Ochoa
Vocales: Dr. Carlos Aranda Flores, Dra. Ma. Merced Ayala Castellanos, Dr. Jean Rene Clemenceau Valdivia, Dr. Arturo Escobedo García, Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Dr. Javier Palacios Ochoa

La toma de posesión se realizó durante el II Congreso Internacional y VI Reunión Nacional en la Unidad de Congresos CMN IMSS, en México, D.F., en septiembre de 2000.

Reconocimiento como miembros honorarios

Septiembre 2000: Prof. Dr. Santiago Dexeus Trias de Bes.
Junio 2001: Prof. Dr. César Santiago Pineda.

Participaciones científicas internacionales

- Sociedad Chilena de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior, 1-4 de octubre 2000, Santiago de Chile.
- Consenso en la metodología diagnóstica y terapéutica para las verrugas anogenitales.
- Grupo latinoamericano del VPH octubre 2001, Buenos Aires, Argentina.
- Sociedad Dominicana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.
- 1er. Congreso Dominicano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, 9 al 11 de marzo 2001, Santo Domingo, República Dominicana.
- Congreso Internacional de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, XXX Reunión Anual. Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, 23 al 26 de noviembre 2001.

Participaciones científicas nacionales

- Distrito Federal: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.
- Hospital General de México, OD.
- Hospital Juárez de México, SSA.
- Sesión General Sociedad Mexicana de Urología.
- Instituto Nacional de Cancerología.
- Estados: Hidalgo, Veracruz, Jalisco, Sinaloa (2), Zacatecas y Baja California.

Congresos

- II Congreso Internacional y VI Reunión Nacional, 9 al 12 de septiembre 2000, México, D.F. 321 congresistas.
- IV Congreso Latinoamericano y VII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, en conjunto con la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, y auspicio de la International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. 454 congresistas.

Atención a la comunidad del estado de Guerrero del 25 al 27 de junio 2000

- Acapulco: Dr. Armando Valle Gay y equipo de trabajo.

Evaluación colposcópica de 771 pacientes.
Realización de 82 biopsias y 12 tratamientos con electrocirugía.

- Chilpancingo: Dr. Jorge Ojeda y equipo de trabajo.

Conferencia de orientación a pacientes: 473 asistentes.
Evaluación colposcópica de 460 pacientes.
Realización de 63 biopsias y 40 tratamientos con electrocirugía.

Primer examen de suficiencia en colposcopia en México

Durante la realización del IV Congreso Latinoamericano y VII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical

I Reunión Cáncer Cérvico Uterino, Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Inferior y Colposcopia y Rotary International

Con la valiosa intervención del Dr. Armando Valle Gay. Se consigue la donación de equipo láser para la Clínica de Colposcopia de la Unidad de Ginecología del Hospital General de México, y colposcopio para la Clínica de Colposcopia del Hospital General de Pachuca, SSAH, gestiones realizada por el Dr. Jorge Octavio Martínez López ante Rotary International.

Diplomado en Colposcopia avalado por la Universidad Autónoma de Sinaloa, 7 de marzo a 30 de septiembre 2001

I Consenso Nacional de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Financiado por la Secretaría de Salud del estado de Hidalgo en la etapa de discusión y conclusiones, así como en la elaboración de 3 000 ejemplares que fueron entregados en los diversos congresos ulteriores. Documento final enviado al Secretario de Salud Federal, Dr. Julio Frenk Mora, para su conocimiento.

VI Reunión Nacional y II Congreso Internacional, 9 a 12 de septiembre 2000

Se realizó en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, de la ciudad de México bajo la Presidencia del Dr. Jorge Ojeda Ortiz, quien tomó posesión el día 9 de septiembre en ceremonia a la que asistieron los Drs. Santiago Dexeus, de parte de la Federación Internacional, y Luis Chase, de parte de la Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.

Recibió el auspicio académico de la International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy, la

Federación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, el Consejo Mexicano de Oncología y el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Tuvimos el agrado de disfrutar las experiencias de connotados profesores nacionales y extranjeros. De estos últimos contamos con el Prof. Santiago Dexeus (Barcelona), Alex Ferenczy (Canadá), Fernando Guijón (Canadá), Roberto Testa (Argentina), Silvio Tatti (Argentina), Luis Chase (Paraguay) y Francisco Hidalgo Abud (Rep. Dominicana).

Los profesores nacionales estuvieron representados por miembros destacados de las siguientes instituciones: Centro Médico Naval, Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN, Clínica de Enfermedades de la Mujer (SEDENA), DDF, Dirección General de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, Hospital Juárez de México (SSA), Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico La Raza del IMSS, Hospital de Gineco Obstetricia Luis Castelazo Ayala (IMSS), Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS, Hospital de la Mujer (SSA), Hospital Regional A. López Mateos (ISSSTE), Hospital General de México (SSA), Hospital Manuel Gea González (SSA), Hospital General de Pachuca (SSA), Instituto Nacional de Cancerología (SSA), Instituto Nacional de Perinatología (SSA) y Hospital de Concentración Nacional Sur (PEMEX). Hubo 61 profesores de las instituciones nacionales participantes.

Se registraron 321 asistentes que incluyeron especialistas de diversas ramas como son ginecobstetras, oncólogos, médicos generales y anatomopatólogos, así como compañeros citotecnólogos y enfermeras. Hubo 3 cursos transcongreso sobre: Tópicos Selectos en Colposcopia; Colposcopia Avanzada y Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial, y Cáncer del Tracto Genital Inferior, de 27 horas de duración. Se dieron 6 conferencias magistrales.

Trabajos Libres: Se premió el Primer lugar con el Trabajo: Lesión Residual Cervical de la Unidad de Patología Cervical del Hospital General de Pachuca (SSAH) presentado por la Dra. Rebeca Muñoz Molina. Se organizaron 5 simposios y se realizaron dos jornadas de “comidas con el experto” con un total de 321 asistentes.

Es importante señalar que durante nuestra gestión se adquirió el inmueble donde actualmente se ubica la sede de la Asociación.

Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa

Presidencia 2002-2004

Mesa directiva
Presidente: Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa
Vicepresidente: Dr. José Antonio Ruiz Moreno
Secretario: Dr. Gilberto Solorza Luna
Tesorero: Dra. Elizabeth Pérez Ochoa
Protesorero: Dr. Javier Palacios Ochoa

El cambio de mesa directiva se organizó en el Hotel Royal Pedregal de la Ciudad de México con una ceremonia y cena baile financiada por Serono de México. A este evento asistieron el Dr. Bailón, Presidente de la Asociación Mexicana de Ginecología, y los profesores extranjeros Alex Ferenczy y Cecil Wright, de Canadá, y Roberto Testa, de Argentina. Al mismo tiempo se organizó un curso aprovechando la presencia de los profesores extranjeros.

La mesa directiva que tuve honor de presidir organizó el III Congreso Internacional de la Asociación en el Hotel Fiesta Americana Veracruz, contando con una asistencia récord para ese tiempo, de 675 médicos, realizándose del 26 al 28 de septiembre de 2002.

Al haber colaborado también con la Asociación de Ginecología, como vocal y posteriormente protesorera, se promovió la creación del capítulo de colposcopia en dicha Asociación en un intento de integrar las funciones de ambas y así evitar la organización de cursos separados que en ocasiones interferían uno con otro. Además, se logró colaborar con el Colegio de Ginecología para que éste otorgara puntos para recertificación por cada actividad realizada en nuestra Asociación.

En 2003 se organizó el IV Congreso Internacional, en Acapulco, en donde se contó con la asistencia de las Dras. McIntyrey e Isa de Mello, entonces presidentas de asociaciones similares en Estados Unidos y Brasil, respectivamente.

Asimismo, se visitó a las autoridades de la dirección de Cáncer de la Mujer, para continuar con las actividades de colaboración establecidas por la mesa directiva anterior.

Durante nuestra gestión consideré necesaria la regularización de la situación fiscal de la Asociación, que incluía cambio de razón social. Sin embargo, por los tiempos administrativos no pudo terminarse, dejando esta tarea a la siguiente mesa directiva. En su momento, ésta consideró más conveniente no concluir dicha labor y finiquitar los trabajos iniciados con ese fin.

Dr. José Antonio Ruiz Moreno

Presidencia 2004-2006

Mesa directiva
Presidente**:** Dr. José Antonio Ruiz Moreno
Vicepresidente: Dr. José Luis López Velázquez
Secretario: Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza
Prosecretario: Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez
Tesorero: Dr. Javier Palacios Ochoa
Protesorero: Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Vocales: Dr. David Ancona Dorantes, Dra. Sara Judit García Acevez, Dr. Carlos Meneses Campos y Dr. José Antonio Moreno Sánchez

La Mesa Directiva 2004–2006 de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. (AMCPC) tomó posesión el 21 de mayo de 2004 en ceremonia realizada en el auditorio de la Academia Nacional de Medicina (Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social), misma que estuvo presidida por el Dr. Armando Valle Gay, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.

En su discurso de toma de posesión, el Dr. Ruiz Moreno señaló que los cuatro objetivos básicos de su gestión como presidente de la AMCPC serían: *1) organización, 2) comunicación, 3) educación y 4) colaboración.*

Con esas intenciones, las acciones fueron:

1) Organización:

a) Se inició la reorganización de la oficina de la Asociación tratando de hacerla más eficiente y que tuviera mayor presencia ante los asociados. Para ello, se liquidó conforme a la ley a la antigua secretaria, que era una colaboradora responsable pero afrontaba problemas de salud y disponía de un horario muy restringido, ya que trabajaba también en una institución gubernamental. Para sustituirla se contrató una nueva secretaria de tiempo completo, que aunque inexperta en el manejo de una asociación, mostraba voluntad para el trabajo. Con ella se reorganizaron y pusieron al día los diferentes archivos y se rescataron documentos para la regularización fiscal, acción iniciada en la gestión anterior.

b) Se realizaron juntas mensuales de los miembros de la Mesa Directiva, trayendo siempre a la discusión del pleno los asuntos importantes, escuchando las diferentes opiniones y respetando las decisiones mayoritarias o por consenso.

c) Se organizó la 9ª Reunión Nacional, programándola para septiembre de ese año, en la ciudad de Veracruz. La idea fue hacer una reunión académicamente atractiva para los asistentes y mesurada en gastos, a fin de tener un remanente económico que permitiera a la Asociación funcionar con desahogo. Los objetivos se cumplieron.

d) La Mesa Directiva comprobó la necesidad de actualizar el Estatuto de la Asociación y realizó un proyecto de modificación. Para su aprobación se convocó, en tiempo y forma, a una asamblea extraordinaria de asociados durante la celebración de la 9ª Reunión Nacional, en la ciudad de Veracruz. A la asamblea acudieron cinco ex presidentes, dos asociados y ocho miembros de la Mesa directiva. A pesar de que la convocatoria señalaba que en una segunda llamada era legal realizar la Asamblea Extraordinaria con el número de asociados presentes en ese momento, se consideró que la concurrencia era escasa y poco representativa del cuerpo de asociados, lo que llevó a cancelar la convocatoria y la reforma estatutaria.

e) En su momento, y apegado a lo señalado por los estatutos vigentes, se convocó a la sesión de elecciones de los nuevos miembros de la Mesa directiva, los que acompañarían en el periodo 2006-2008 a los miembros que cambiaban automáticamente de situación.

f) De esta sesión de elecciones se levantó el acta correspondiente, la que de inmediato fue llevada a protocolización notarial para evitar, lo más posible, tiempos perdidos a la siguiente Mesa directiva.

g) Días antes del finalizar el periodo de trabajo de esta Mesa directiva se presentaron ante la Junta de ex presidentes los informes de actividades y financiero del bienio, que fueron aprobados por los asistentes.

h) La regularización de la situación fiscal de la asociación no pudo terminarse por los "tiempos administrativos", tanto de la oficina gubernamental correspondiente como del despacho de contadores contratado para ello por la Mesa directiva anterior (2002-2004). Sin embargo, se dejaron liquidados los honorarios de quien nos representaba, tratando de evitar cargas heredadas a la siguiente directiva de la asociación.

i) A cada uno de los integrantes de la Mesa directiva 2004-2006 se entregó el diploma correspondiente, que avalaba su pertenencia a ella y su excelente disposición para colaborar en su desarrollo.

j) La ceremonia protocolaria de cambio de Mesa directiva, por decisión del Presidente entrante, se realizó en la siguiente Reunión Nacional, cuya organización fue, totalmente, su responsabilidad.

2) Comunicación

a) Se informó por escrito a todos los socios activos, y a los que alguna vez lo fueron, mediante correo postal y electrónico (cuando se tenía registrado), del cambio de la Mesa directiva y de la vigencia de la página electrónica de la Asociación. La misma información se hizo llegar a todas las asociaciones, sociedades y academias médicas nacionales, así como a las internacionales a las que la Asociación está adscrita, la latinoamericana y la internacional de la especialidad.

b) Gracias al préstamo que en forma personal hizo una asociada, se contó durante toda la gestión con una contestadora automática de teléfono y con fax. Estos aparatos se devolvieron al término, según lo convenido.

c) Se visitó a las autoridades de la Dirección de Cáncer de la Mujer, de la Secretaría de Salud, para informarles del cambio de Mesa directiva y de la disposición de ésta para continuar con las actividades de colaboración.

d) Se exhortó por escrito a los asociados que no estaban al corriente de sus cuotas a que regularizaran su situación y pagaran sus atrasos, haciendo algunas concesiones de descuentos.

e) Se elaboró un nuevo directorio actualizado de socios.

f) La Mesa directiva señaló el segundo martes de cada mes para sus reuniones ordinarias, las que se realizaron puntualmente, además de algunas extraordinarias para tratar asuntos urgentes.

g) Se informó a todos los asociados, mediante correo tradicional y correo electrónico, de todas las actividades académicas que la Asociación organizó o colaboró a organizar, exhortándolos a asistir.

h) Se restableció el contacto con las compañías farmacéuticas y de aparatos médicos relacionados con el área de competencia de la Asociación, logrando afianzarlas.

i) Se renovó el equipo de cómputo para modernizarlo y se instaló internet de alta velocidad, lo que facilitó la comunicación entre la Asociación y sus miembros. A lo largo de los dos años de esta gestión la comunicación con los asociados fue fluida y la página electrónica estuvo siempre vigente, esto gracias a la decidida y valiosa colaboración del Vocal de la Mesa Directiva, Dr. José Antonio Moreno Sánchez, quien la tuvo a su cargo.

3) Educación

a) La misión educativa de la Asociación, la educación médica continua para sus asociados y los médicos interesados, se enfocó a velar para que la colposcopia sea ejercida de acuerdo al "estado del arte" y los preceptos de la Ética Médica.

b) Bajo esas bases, se organizaron nueve sesiones bimestrales, en las que se revisaron tópicos de actualidad, expuestos por profesores nacionales o extranjeros reconocidos como expertos. Estas sesiones se realizaron en el auditorio del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE, cedido gentilmente por sus autoridades. El balance general de las sesiones bimestrales es que fueron exitosas.

c) Se organizó en la ciudad de Veracruz, la 9ª Reunión Nacional de Colposcopia y Patología Cervical, en la que se contó con la colaboración de dos profesores extranjeros, los Drs. Alex Ferenczy y Cecil W. Wright, ambos canadienses, y numerosos profesores nacionales, quienes aceptaron costearse su traslado y su estancia, menos una noche que les financió la Asociación. La asistencia fue importante y la reunión cumplió su objetivo.

d) Esta Asociación estuvo representada por su presidente en el 5º Congreso Latinoamericano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia celebrado en Santiago de Chile, en 2004, donde se participó en sesiones académicas y en diferentes sesiones de negocios.

e) A esta Mesa directiva tocó estar en funciones durante la realización del XII Congreso Mundial de Pato-

logía Cervical y Colposcopia de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia, planeado para realizarse en Cancún, Q. R., en junio de 2005. El Comité Organizador del XII Congreso Mundial había sido designado años antes de que esta Mesa directiva entrara en funciones. Hubo buenas relaciones y se colaboró en todo lo que dicho Comité Organizador solicitó, a fin de hacer fluida la planeación y materialización del congreso y cumplir dignamente con el compromiso internacional adquirido. El Congreso fue muy exitoso. Desafortunadamente, después del congreso las relaciones entre su Comité Organizador y la Mesa directiva de la Asociación se rompieron y nunca se recibieron, a pesar de solicitudes verbales y escritas múltiples, los informes académico y financiero correspondientes. Ésta fue la razón por la que esta Mesa directiva no pudo informarle a la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia de los resultados académicos del congreso, ni cumplir con el compromiso de abonar a su tesorería una parte del remanente económico, tal como sus propios estatutos señalan.

4) Colaboración

a) Se colaboró con las autoridades educativas y sanitarias de todos los niveles de gobierno del país en la promoción de la salud femenina relacionada con el tracto genital inferior y, fundamentalmente, en la lucha contra el cáncer cérvico uterino, gran azote contra la salud de las mujeres mexicanas y su primera causa de muerte por cáncer.

b) Esta Mesa directiva estuvo representada por su presidente en las sesiones del Comité de Cáncer de la Mujer de la Secretaría de Salud, así como en las sesiones iniciales (fines de 2005–mayo de 2006) de la revisión de la Norma Oficial Mexicana 014, relativa al cáncer cérvico uterino.

c) Como una forma de colaboración con el público en general, se contestaron puntualmente las numerosas consultas telefónicas, por fax o por correo electrónico, que se recibieron en las oficinas, proveniente de mujeres con diversas patologías del tracto genital inferior o de sus familiares. Se trató siempre de ser objetivo en las respuestas, de no sembrar ni aumentar las dudas, de no descalificar a los médicos tratantes ni de recomendar a alguno específico.

Estas fueron, a grandes rasgos, las actividades de la Mesa directiva 2004-2006 que tuve el honor de presidir. Agradecí en su momento, y ahora lo agradezco de nuevo, la colaboración de quienes me acompañaron en la aventura como integrantes de esa Mesa directiva. Fue un privilegio servir a la asociación, lo agradecí en su momento, lo hago ahora y seguiré haciéndolo.

Dr. José Luis López Velázquez

Presidencia 2006-2008

Mesa directiva
Presidente: Dr. José Luis López Velázquez
Vicepresidente: Dr. Alejandro Ortiz de la Peña
Secretario: Dr. Carlos Vargas Carriche
Tesorero: Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Protesorero: Dr. Rogelio A. Aguado Pérez
Vocales: Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez, Dra. Consuelo Carrillo Martínez, Dra. Cristina Jiménez Medrano, Dr. Jorge Rivera Corona y Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones

Es un honor para mí como presidente de la Asociación durante este periodo rendirles el informe de las actividades realizadas durante este tiempo. La Asociación que nació en el seno del Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE y del cual me enorgullece formar parte al estar al frente de la clínica de colposcopia desde el año de 1991, sigue fortaleciendo a la misma al aportar cada año nuevos miembros que con gran entusiasmo participan en sus actividades académicas.

Nuestra gestión no fue sencilla pues nos enfrentamos a retos importantes desde el inicio, ya que recibimos una Asociación con falta de credibilidad y aislada en las actividades de las diferentes asociaciones del país, no solamente con bajos recursos económicos sino con una deuda de 105 mil pesos y con el gran reto, en ese momento, de organizar el V Congreso Internacional y X Reunión Nacional de Colposcopia. Afortunadamente con la experiencia de haber sido tesorero en el periodo 2000-2001, en la gestión de la presidencia del doctor Jorge Ojeda Ortiz, en donde se logró dejar una gran cantidad de recursos financieros e incluso poder dotar de un inmueble para ser la sede de nuestra querida asociación, nos dimos a la tarea de reunir recursos financieros, logrando el apoyo incondicional de todos los socios y mesa directiva al pagar sus cuotas anuales e incluso nuevos socios que

ingresaron a la misma. Parte fundamental y a quien debo de agradecer también es a la industria de las casas de equipo médico y a los laboratorios farmacéuticos que con su confianza aceptaron colaborar en la exposición comercial de este congreso, lo que generó recursos económicos importantes para ir solventando los gastos requeridos. Todos estos esfuerzos trajeron en consecuencia que este congreso, que se realizó en julio de 2006 en la ciudad de Cuernavaca, fuera un rotundo éxito en donde tuvimos la presencia de renombrados profesores de España, Canadá, Guatemala, Ecuador, Argentina, Brasil, y representantes de las diferentes asociaciones y colegios de los estados de nuestro país, ya que una de los propósitos de nuestra Mesa directiva fue fortalecer los lazos entre ellos, lo que incluso dio más fuerza a nuestra frase "la colposcopia mexicana unida".

Cabe destacar que este trabajo serio fue bien recibido por las autoridades locales de los diferentes estados en donde se han organizado los eventos ya que los secretarios de salud, rectores de las universidades, presidentes municipales y representantes de los gobernadores han sustraído un poco de su tiempo para poder compartir con nosotros los actos inaugurales, los cuales han sido muy emotivos al darles la importancia y formalidad que la ocasión requieren.

En esa ocasión contamos con un gran número de médicos y casas comerciales participantes, lo que originó que el auditorio y la sala de exposición se llenaran a su máxima capacidad, dejando una grata impresión en las autoridades locales.

Así mismo se le nombró presidente honoraria a la doctora Monserrat Cararach Tur por su valiosa e incondicional colaboración al desarrollo de la colposcopia en México. Igualmente nos tomó la protesta de la nueva Mesa directiva periodo 2006-2008 en compañía del doctor Fernando Guijón, tesorero de la Federación Internacional de Colposcopia; Claudio Maldonado, presidente de la Federación Latinoamericana de Colposcopia, y el doctor Silvio Tatti, representante del Comité de Enseñanza de la Federación Internacional de Colposcopia.

Hacemos una mención especial y con un profundo agradecimiento a la Secretaría de Salud, especialmente a la doctora Patricia Uribe Zúñiga, directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en ese momento, que en colaboración con la doctora Olga Georgina Martínez Montañés, directora de Cáncer de la Mujer, y la doctora Raquel Espinoza Romero, de la Subdirección de Cáncer Cervicouterino, organismos que tan brillantemente participan, nos brindaron en todo momento su apoyo, honrándonos con su confianza al enviar a sus médicos colposcopistas a compartir sus conocimientos y acciones de trabajo en nuestros congresos.

También se fortalecieron los lazos entre diferentes escuelas de colposcopia de otros países en donde tuvieron la deferencia de invitarnos a sus congresos y nombrarnos miembros honorarios de las asociaciones de República Dominicana, Cuba, Colombia y Ecuador.

Participamos activamente en el Congreso Latinoamericano de Colposcopia celebrado en Quito, Ecuador, en donde formamos un grupo sólido de representantes de la colposcopia mexicana, teniendo una actuación destacada al abrir el Congreso Latinoamericano y junto con el presidente del mismo, doctor Claudio Maldonado, rendirle honores a las banderas de ambos países; acto emotivo, imborrable y perecedero para todos nosotros.

Por otra parte, se logró integrar a los diferentes comités de la Federación Latinoamericana a profesores de nuestro país como el doctor Rogelio Aguado y la doctora Cristina Jiménez Medrano, en Enseñanza, lo que significó un fortalecimiento y reconocimiento de la colposcopia mexicana en Latinoamérica. Asimismo propuse, como presidente de la Asociación, a varios profesores distinguidos de nuestro país para ser nombrados durante este mismo congreso como Profesores Latinoamericanos por sus méritos en la difusión y enseñanza de la colposcopia en México y Latinoamérica recayendo tal responsabilidad en los doctores Óscar Trejo Solórzano, Jorge Ojeda Ortiz y Armando Valle Gay, quienes recibieron merecidamente el reconocimiento antes mencionado.

Tuvimos la fortuna de organizar el VI Congreso Internacional y XI Reunión Nacional de Colposcopia, que se celebró en julio de 2007 en Acapulco, Guerrero, en el marco de una ceremonia inaugural impresionante al contar con la colaboración de la escuela naval para rendirle honores a la bandera.

Se gestó un programa académico de vanguardia en jornadas de actividades de las 8 de la mañana a las 19 hrs., siempre con la presencia constante de los participantes a pesar de las largas jornadas, lo que denotaba su interés y la importancia de todos los temas desarrollados. En el congreso rompimos un récord al contar con profesores de Italia, España, Canadá, Estados Unidos, Guatemala, República Dominicana, Cuba, Ecuador, Colombia, Argentina y Brasil, y representantes de todas las asociaciones y colegios de colposcopia del país, desde Baja California hasta Yucatán. Logramos también un récord en asistencia de congresistas y número de stands comerciales participantes nunca antes logrado. Por primera ocasión

se realizó una teleconferencia interactiva desde Italia con el doctor Luigi Montevecchi, Presidente de la Asociación Internacional de Microcolpohisteroscopia, que dejó gratamente impresionado a todo el auditorio.

Asimismo, se les rindió un gran homenaje y entrega de reconocimientos a todos los ex presidentes de la Asociación por su valiosa colaboración al desarrollo de la misma.

Nos dimos a la tarea de actualizar los pagos de las anualidades a las federaciones internacionales a las que pertenecemos pues se venían arrastrando de los periodos anteriores. Además, debemos de destacar que somos la única asociación de colpospia en México reconocida por la Federación Internacional, como incluso lo menciona el presidente de la misma, el doctor Roberto Testa, y el doctor Claudio Maldonado, presidente de la Federación Latinoamericana, máximos organismos que rigen la colposcopia mundial, todos ellos grandes amigos.

Uno de los logros más importantes que tuvimos fue el formar un órgano oficial de difusión de la Asociación. Esto es hoy una realidad gracias al apoyo y entusiasmo del doctor Víctor Vargas Hernández, quien logró integrar un panel de expertos en el Comité Editorial, encabezados por el doctor Santiago Dexeus, presidente de la Asociación Europea de Colposcopia. Por lo anterior, colposcopistas, no sólo de nuestro país sino del extranjero, están interesados en publicar y han publicado ya sus trabajos de investigación. Es obvio que es una revista joven y que con el paso del tiempo se irá fortaleciendo acallando incluso a aquellas expresiones orales en su contra y en las que sólo se comprometen las palabras de quien las expresa y quienes no supieron, en su momento, realizar acciones relevantes para la Asociación.

Esta presentación de la revista, en el mes de diciembre del 2007, fue el marco junto con la sesión académica para por primera ocasión organizar el brindis de fin de año con una rifa de regalos para los socios, hecho que fomentó la convivencia fraternal entre los mismos.

La página de Internet nos permitió estar en contacto con todos los médicos interesados en la colposcopia tanto nacionales como internacionales, ya que se podía tener una comunicación directa con la revista *vph today*, la Federación Internacional de Colposcopia, la Asociación Española de Colposcopia y la Asociación Americana, entre otras.

Se realizaron sesiones académicas bimensuales en el auditorio del Hospital Regional Adolfo López Mateos, del ISSSTE, que tan amablemente facilitaron las autoridades del mismo con la meta de actualizar nuestros conocimientos, aclarar dudas y promover los debates entre los asistentes.

Doy las gracias a todos los médicos entusiastas de la mesa directiva que me acompañaron en este gran reto de la Asociación ya que sin su apoyo incondicional estos logros no hubieran podido ser una hermosa realidad.

También le doy las gracias a mi familia: mi esposa Norma y a mis hijas Ma. Fernanda y Mónica, y a todos los socios por su confianza en esta mesa directiva.

Hemos dejado una Asociación económicamente saneada, pero sobre todo con una amplia credibilidad académica nacional e internacional.

Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza

Presidencia 2008-2010

Mesa directiva
Presidente: Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza
Vicepresidente**:** Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Secretario**:** Dr. José Antonio Moreno Sánchez
Prosecretario: Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortes
Tesorero: Dr. Rogelio Apolo Aguado Pérez
Protesorero: Dr. José de Jesús Curiel Valdés
Vocales: Dra. Elsa Díaz López, Dra. Angélica Illescas Arana, Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez, Dr. Jean Rene Clemenceau Valdivia, Dra. Sara Judit García Acevez, Dra. Selene Sam Soto, Dr. Miguel Ángel Serrano Berones y Dr. Daniel Mauricio Avendaño López

El cambio de Mesa directiva se llevó a cabo en el piso 51 de la Torre Mayor, en la Avenida Reforma, en la Ciudad de México. El maestro de ceremonias fue el Dr. José de Jesús Curiel Valdés, quien presentó en la mesa de honor al Dr. Roberto Uribe Elías (Presidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina), la Dra. Raffaela Schiavon Ermani (Directo-

ra General de IPAS, México), el Dr. Víctor Hugo Córdova Pluma (Director de Posgrado e Investigación de la Facultad Mexicana de Medicina, de la Universidad La Salle), el Dr. Miguel Ángel Mancera (Presidente del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia), el Dr. Drusso Vera Gaspar (Director del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, Región I), la Dra. Raquel Espinoza Romero (Subdirectora de Cáncer Cérvico Uterino, del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud) y el Académico Dr. Antonio Alfeirán (Presidente de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles del Pedregal).

El Presidente saliente, Dr. José Luis López Velázquez (periodo 2006-2008) presentó su informe de labores y a continuación el Dr. Roberto Uribe Elías llevó a cabo la toma de protesta de la nueva Mesa directiva.

Dentro del mensaje de actividades a realizar en el periodo 2008-2010, se insistió en diferentes objetivos fundamentales entre los que destacan: continuar con el desarrollo académico y docente de cada uno de nuestros miembros; el trabajo en equipo; la incorporación de temas de actualización, aplicación clínica y de tecnología avanzada, incorporando estos conceptos a las sesiones bimensuales y a los Congresos Internacionales anuales a realizar. De esta forma, se buscaba dar mayor representación nacional e internacional a nuestra Asociación. También se consideró de particular importancia continuar con la colaboración estrecha con la Secretaría de Salud, en sus diversas instancias normativas: Comité Nacional del Cáncer, Subcomité de Colposcopia, Modificaciones a la Norma Oficial Mexicana de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino, uso racional de la biología molecular, estandarización de procedimientos en Clínicas de Colposcopia, mantener la ética en el comportamiento profesional del Médico Colposcopista y continuar con la realización, difusión y proyección de nuestra revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior.

Dentro de las actividades más importantes de esta Mesa directiva se encuentran:

Sesiones Académicas bimensuales con temas de interés de actualización y casos clínicos que se iniciaron en el Auditorio del Hospital Ángeles México y después se continuaron en el Auditorio del Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.

VII Congreso Internacional y XII Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C. en Guadalajara, Jalisco, del 9 al 12 de julio del 2008, con sede en el Hotel Crowne Plaza. Como Presidente del Comité Local, estuvo la Dra. María de Lourdes Aguilar Garay y se contó con la presencia de un profesorado nacional e internacional de excelencia, como la Dra. Patricia Uribe Zúñiga (Directora General, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud), la Dra. Olga Georgina Martínez Montañez (Directora de Cáncer en la Mujer, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud), el Dr. Fernando Guijón (Canadá), el Dr. David Prado (Guatemala), el Dr. Gonzalo Pérez (Colombia), y el Dr. José Tirán Saucedo (Infectología, Ginecología), entre otros, lo cual permitió llevar a cabo un programa académico con temas de controversia, de vanguardia y de interés general, con gran aceptación. Esto permitió que este congreso fuera un éxito con gran asistencia y satisfacción. Además, se desarrollaron pláticas de atención a la comunidad. La participación de los médicos colposcopistas a nivel nacional de la Secretaría de Salud fueron una pieza clave para darle realce al evento.

Presentación de propuesta: Curso complementario del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, “Unificando criterios de calidad en procedimientos de detección, diagnóstico tratamiento y seguimiento en Clínicas de Colposcopia”, a desarrollar del 8 al 11 julio de 2008.

Reunión de Lineamientos de Acreditación de los médicos colposcopistas de la Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 17 de febrero de 2009.

Octava Reunión Nacional de Colposcopistas de la Secretaría de Salud “Caminando a la Acreditación”, Acapulco, Guerrero, 9 a 12 junio 2009. Con el objetivo principal de estandarizar el desempeño de los colposcopistas, tener uniformidad de conocimientos y criterios diagnóstico-terapéuticos, para así brindar atención de excelencia en las Clínicas de Colposcopia.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, Actualización y Preparación de médicos latinoamericanos, 2008.

Asistencia y representación de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical al Congreso Mundial de la International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy, Auckland, Nueva Zelanda, 19 al 23 de octubre del 2008. Dicha representación era necesaria especialmente para aclarar la situación financiera de la Asociación ante la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia. Como ustedes saben, en el 2005 México organizó el Congreso Mundial de Colposcopia en Cancún, quedando pendiente un adeudo por cubrir y que dentro de las actividades de la Mesa directiva de la Federación Internacional, se tocaría este tema, por lo que era necesario estar presente. En dicha junta

se aclaró la participación de la Federación Internacional en la organización del Congreso, el estado financiero del mismo y se aclararon malentendidos.

Durante el 2009, la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical tuvo una época difícil al agudizarse la crisis económica mundial y de México. Por otro lado, los efectos colaterales de la influenza nos obligaron a posponer por unos meses el Congreso en Acapulco, Guerrero, y a suspender temporalmente la revista de la Asociación, pues tuvimos necesidad de limitar gastos. Ya superada la crisis de influenza se programó nuevamente el Congreso a realizar en Acapulco, y aún una semana antes del evento se presentaron tsunamis en la playa, justamente, del Hotel Emporio, donde se llevaría a cabo el evento. Sin embargo, a pesar de todo esto, se llevó a cabo.

VIII Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, en Acapulco, Guerrero, del 8 al 12 de julio del 2009, en el Hotel Emporio, donde se dieron conferencias gratuitas de atención a la comunidad, con temas relevantes para la salud de las mujeres. En el Congreso, la Dra. Patricia Uribe presentó la Conferencia Magistral "Estrategias en estados de alto riesgo para reducir el cáncer cérvico uterino en México". El Presidente del Comité Organizador local fue el Dr. Arturo Sandoval Salgado y la Dra. Patricia Merlín García encabezó el Comité de Educación a la Comunidad. En el evento se contó con la presencia de distinguido profesorado nacional e internacional como el Dr. Silvio Tatti (Argentina) y el Dr. Fernando Guijón (Canadá), amigos personales y de la Asociación desde hace muchos años, que siempre han tenido una actitud inigualable a favor de ésta, lo que permitió una vez más lograr la excelencia académica, y otro éxito más para nuestra Asociación, con el objetivo final de mejorar la salud de la mujer mexicana.

Miembro del grupo EXCCEL (Experts in Cervical Cancer Education & Leadership) con sede en Europa, 2008-2009.

Por otra parte, durante 2008 a 2011 participamos activamente en el Comité Nacional del Cáncer, en temas como vacunación para la infección por el Virus del Papiloma Humano, aplicación de técnicas moleculares de detección del ADN del VPH, esquema ampliado para la aplicación de vacunas para VPH, etcétera.

También se tuvo participación activa en otros eventos como el Congreso Internacional de Oncología, llevado a cabo en Toluca, Estado de México (2009-2011), organizado por el Dr. Gabino Hurtado.

Asistimos a la Reunión Binacional para la Prevención del Cáncer Cervical, México-Estados Unidos, organizada por el National Cancer Institute, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Cancerología y el National Institute of Health, los días 30 y 31 de enero de 2010, en Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos. Ahí, se desarrollaron estrategias para disminuir la morbi-mortalidad del cáncer cérvico uterino en la frontera México-Estados Unidos.

Nuestra Asociación siempre ha tenido particular interés en mantener excelentes relaciones con la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia, con su actual presidente, el Dr. Patrick Walker y con el Dr. Silvio Tatti (presidente electo), y con la Federación Latinoamericana de Colposcopia a través de su presidente electo, el Dr. Carlos Pérez, que siempre nos han dado su amistad y apoyo desinteresado en nuestros eventos y congresos.

En nuestra gestión, a pesar de la crisis económica, la influenza, posponer el Congreso de Acapulco y reducir el gasto corriente de la Asociación, se cubrieron los adeudos con la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia, cubriendo 7 500 dólares, más las cuotas anuales correspondientes, quedando nuevamente nuestra Asociación en buenos términos con la Federación Internacional. Así, al final de nuestra gestión en la Tesorería de la Asociación quedó más del doble de dinero que recibimos al iniciar nuestro periodo. De esta forma, fue posible continuar con los proyectos de la nueva Mesa directiva encabezada por el Dr. Víctor Manuel Vargas.

Agradezco a los miembros de nuestra Asociación, a los integrantes de la Mesa directiva, a todos los profesores nacionales e internacionales, a la Dra. Patricia Uribe Zúñiga (Directora General, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud) y a la Dra. Olga Georgina Martínez Montañez (Directora de Cáncer en la Mujer, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud), por su valioso apoyo para la realización exitosa de las actividades realizadas por la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C.

REVISTA DE
ENFERMEDADES
DEL TRACTO
GENITAL INFERIOR

Etapificación de la eversión glandular del cuello uterino

Dr. Óscar Augusto Trejo Solórzano, Dra. María Cecilia López Mariscal, Dr. José Luis López Velázquez, Dra. María del Carmen García Martínez, Dr. José Adrián Tolentino López*

Resumen

Se define a la eversión glandular como la presencia en el endocérvix de la mucosa endocervical con su epitelio columnar a modo de eversión, que se puede presentar de forma y tamaño variable. El principal origen está relacionado con las infecciones de transmisión sexual, así como la carga hormonal durante el embarazo y la ingesta de anticonceptivos. Se presenta de 20-50% de todas las mujeres con vida sexual entre los 18 y 50 años. Los métodos de diagnóstico inicial son la observación directa o a través de la colposcopia. Su persistencia y recurrencia pueden ser la base para la generación de lesiones precursoras del cáncer que se originan a partir de los epitelios plano estratificado o glandular del cuello uterino. El objetivo fundamental de este trabajo es proponer una clasificación por etapas de la eversión del epitelio cilíndrico cervical, tomando en cuenta su tamaño y su localización en el cuello uterino. Se llevó a cabo la observación de veinte casos clínicos de eversión glandular en las colpofotografías; esta observación la realizaron tres expertos y cuarenta colposcopistas que revisaron en conjunto en tres ocasiones los diferentes casos clínicos, además del llenado de las cédulas de recopilación de resultados. Se realizó un análisis de concordancia con una prueba Kappa. Los resultados mostraron el valor de kappa fue = 1, con una p< 0.0001 de error. Los resultados se interpretaron como la inexistencia de variabilidad (discordancia) en los criterios entre los interobservadores e intraobservadores.

Palabras clave: Eversión glandular, etapificacion, ectocérvix, endocérvix y colposcopia

Abstract

Glandular eversion is defined as the outward migration of columnar endocervical glands in the ectocervix, which can be presented in variable size and shape. The main source is related to sexually transmitted infections and as the hormonal load during pregnancy and oral contraceptives. It appears as 20-50% of all women with sexual life between 18 and 50. The initial diagnosis methods are observation directly or through the colposcopy. Their persistence and recurrence can be the basis for generating cancer precursor lesions that are originate from stratified squamous or glandular epithelia of the uterine cervix. The primary objective of the work is propose a staging of the eversion of cervical epithelium, taking into account their size and its location in the cervix. Was conducted the clinical observation was carried out by three experts and forty colposcopists who reviewed together three times the different clinical cases as well filling the results recompilation cards. An analysis of agreement with a test kappa, the results showed the value of kappa was =1, with p< 0.0001 of failure. The results were interpreted as the lack of variability (discordance) in the criteria among the interobserver and intraobserver.

Key words: Glandular eversion, staging, ectocervix, endocervix and colposcopy

* Clínica de Colposcopia, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Introducción

El Ectropión se define como la eversión del epitelio glandular cilíndrico endocervical hacia el exocérvix que rodea al orificio externo del conducto cervical, siendo esta eversión de predominio hacia los labios anterior y posterior, tomando como su límite externo la unión escamo columnar.[1], [2] Actualmente está reconocido que los factores promotores de la eversión glandular en mujeres con vida sexual activa, los más frecuentemente observados, son los originados a través de las infecciones de transmisión sexual, por agentes patógenos como hongos, bacterias, virus y parásitos.[3], [4], [5] Así como la acción estrogénica por el uso de hormonales y durante el embarazo.[6] Se presenta en 20 a 50% de todas las mujeres con vida sexual entre los 18 y 50 años. La visualización directa y la colposcopia son métodos prácticos para el diagnóstico preciso y etapificación de la eversión glandular, ya que con precisión identifica su extensión así como la gran diversidad de cambios locales como son la extensión de la ectopia, la colaboración del epitelio glandular, los cambios inflamatorios, la presencia de secreciones anormales, el tamaño de las papilas, la vascularidad y de vital importancia la presencia de la neoplasia intraepitelial.[5], [6] Se han propuesto infinidad de métodos terapéuticos para el tratamiento de la eversión glandular entre los que se encuentran la criocirugía, la sonda de microondas, la radiofrecuencia y el rayo láser de bióxido de carbono, todos estos con diversidad de resultados.[7] La persistencia y recurrencia de la eversión glandular y una infección por virus del papiloma humano a largo plazo predisponen a la mujer a la aparición de lesiones preinvasoras e invasoras en los diferentes epitelios del cuello uterino.[8], [9], [10]

Objetivo

El objetivo de este trabajo es evaluar la variabilidad de la clasificación de la eversión glandular propuesta por nosotros (tabla 1) con el fin de proponer un flujograma (figura 1) que nos permita etapificar la eversión glandular del cuello uterino tomando en cuenta su tamaño, la extensión, su ubicación y enriquecerla con los cambios locales observados en la clínica de colposcopia, con la intención de plantear posteriormente un manejo terapéutico conservador, de mínima morbilidad y con resultados satisfactorios.

Método de selección

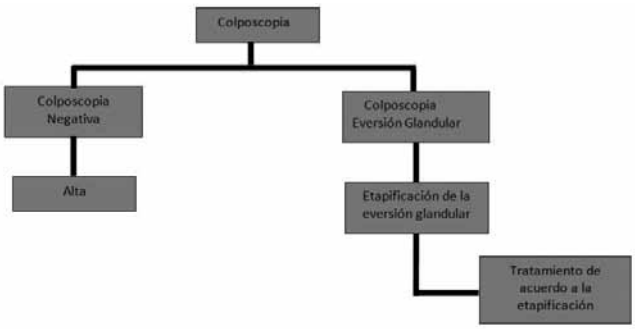
Se seleccionaron aleatoriamente del servicio de colposcopia 20 casos de eversión glandular en colpofotografía con gran diversidad de detalles para su observación y posterior etapificación.

Clasificación

Tabla 1. Variabilidad de la clasificación de la eversión glandular

	Incluye borde anterior, posterior o ambos	Incluye borde anterior, posterior o ambos	Incluye borde anterior, posterior o ambos	Incluye borde anterior, posterior o ambos
Eversión menor a 1.0 cm	Etapa I			
Eversión de 1.1 a 2.0 cm		Etapa II		
Eversión de 2.1 a 3.0 cm			Etapa III	
Eversión mayor a 3.1 cm				Etapa IV

Figura 1. Algoritmo



Material y métodos

Fueron seleccionados veinte casos clínicos de eversión glandular en colpofotografías, los cuales se observaron por un primer experto, etapificándolos y registrando el diagnóstico. Posteriormente, esta evaluación la efectuaron tres expertos que después fueron los capacitadores de la metodología de la clasificación por nosotros propuesta. Más adelante, al término de la instrucción de la "etapificacion de la eversión glandular del cuello uterino", cuarenta colposcopistas médicos especialistas revisaron en conjunto y en tres ocasiones diferentes los casos clínicos, además de llevar a cabo el llenado de las cédulas de recopilación de resultados, con el propósito de determinar la variabilidad en los diagnósticos. Se registraron los resultados de concordancia con el primer experto, de los siguientes tres expertos capacitadores y de los cuarenta colposcopistas a los que se les presentaron las colpofotografías. Al término del registro de datos se realizó un análisis de concordancia con una prueba de Kappa.

Análisis

Con el propósito de fundamentar la validez de esta etapificación, se realizó un análisis de concordancia con una prueba de Kappa, la cual tiene la finalidad de definir la tasa de positividad de este ensayo entre los criterios de los observadores. Se realizó el análisis estadístico por el programa SPSS.

Resultados

El valor de Kappa fue = a 1, con una p<0.0001 de error. Los resultados se interpretaron como la inexistencia de variabilidad (discordancia) en los criterios de los interobservadores e intraobservadores.

Comentario

Esta propuesta de clasificación por etapas de la eversión glandular del cuello uterino es una forma muy práctica de establecer el grado de alteración local de los epitelios que componen el endo y el exocérvix, lo que permitirá la posibilidad de plantear en cada caso un tratamiento en particular, que presente la menor morbilidad y su pronta recuperación.

Discusión

La observación colposcópica es el método que aporta con detalle y nitidez los cambios locales de las estructuras y epitelios del tracto genital inferior.[6] En la eversión glandular por medio de la colposcopia, podemos observar la posición de la unión escamo columnar, su extensión y tamaño, las características del epitelio glandular como son el color, la forma, y el tamaño de las papilas, así como las criptas glandulares.[8] El propósito de etapificar la eversión glandular es indispensable en los protocolos de las clínicas de colposcopia, para definir de acuerdo a esta clasificación cuál es el procedimiento terapéutico más adecuado para cada etapa, que tenga poca morbilidad y mejores resultados.

Conclusiones

Todas las consideraciones reunidas en esta etapificación permitirán clasificar los diferentes grados de eversión glandular del cuello uterino de manera práctica, con el propósito de tomar la decisión terapéutica que sea más adecuada para cada caso en especial.

Referencias

1. Ferenczy, A. & Wright, T. (1994), "Anatomy And Histology Of The Cervix" in Kurman, R., *Blaustein's Pathology of the Female Genital* Tract, 4th ed., New York, Springer Verlar, pp. 185-189.

2. Speroff, L.; Glass, R. G. & Kase, N. G. (1999), *The uterus in: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6th ed., Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 124-125.

3. Jaton, K.; Billie, J. & Greub, G. A. (2006), "Novel Real–Time PCR to detect Chalmydia Trachomatis in First Void Urine Or Genital Swav", *J. Med Microbiol*, Dec, 55, pp. 1667-1674.

4. CDC; Workowski, K. A. & Berman, S. M. (2006), "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines", *MMWR Recomm Rep Aug* 4, 55 (RR-11), pp.1-94.

5. Wright, T. C. & Richart, R. M. (1990), "Role of Human Papillomavirus in the Pathogenesis of Genital Tract Warts and Cancer", *Gynecol Oncol*., May, 37 (2), pp.151-164.

6. Coppleson, M. & Reid, B. L. (1966), "A Colposcopy Study of the Cervix During Pregnancy and Puerperium", *J. Obstet, Gynaec. Brit Cwltlth*, 73, pp. 575.

7. Yang, K.; LI, J.; Liu, Y.; Ma, B.; Roberts, H.; Tan, J.; Trian, J.; Wu, T. & Zhang, P. (2008), "Tratamiento de Microondas para el Ectropion Cervical" en *Biblioteca Cochrane Plus*, 2 Oxford: Update Software LTD, en http://www.update-software.com.

8. Nichols, T. M. & Fidler, H. K. (1971), "Microglandular Hyperplasia in Cervical Cone Biopsies Taken for Suspicious and Positive Cytology", *AM J Clin Pathol*, Oct, 56 (4), pp. 424-429.

9. Shidham, V. B.; Rao, R. N.; Machi, J. & Shayan, A. (2004), "Miocroglandular Hyperplasia Has a Cytomorphological Spectrum with Atypical Squamous Intraepithelial Lesion (ASC-H)", *Diagn Cytolathol.*, Jan, 30, pp. 57-61.

10. Young, R. H. & Scully, R. E. (1989), "Atypical Forms of Microglandular Hyperplasia of the Cervix Simulating Carcinoma A Report of Five Cases and Review of the Literature", *AM J. Surg Pathol*, Jan, 13 (1), pp. 50-56.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR AMPLIA

VETLAND® IMIQUIMOD CREMA 5%. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Crema 5%, Cada sobre contiene: Imiquimod…… 12.5 mg. Excipiente c.b.p…… 250 mg. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Imiquimod Crema al 5% está indicado para el tratamiento tópico de: Verrugas genitales y perianales externas (condilomas acuminados) en pacientes de 12 años en adelante. Queratosis actínica en pacientes adultos. Queratosis actínica en etapa subclínica en pacientes adultos. Carcinoma de células basales superficial (CCB). **FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA: Mecanismo de Acción:** Es a través de la estimulación de la respuesta inmune innata adquirida, que en última instancia lleva a la infiltración de células inflamatorias, seguida de la apoptosis de los tejidos enfermos. Imiquimod no tiene actividad antivírica directa. **Farmacocinética:** Absorción: Se llevó a cabo un estudio clínico en voluntarios sanos, con la finalidad de evaluar la absorción transcutánea de Imiquimod crema al 5%; a voluntarios sanos se les aplicó una dosis tópica de Imiquimod (5 mg) radiomarcada con C^{14} . Posteriormente se detectó la radiactividad en el suero. Se determinó que menos del 0.9 % de la dosis aplicada se excretó por la orina y heces. En 12 pacientes que padecían de verrugas genitales y perianales externas tras una dosis tópica promedio de Imiquimod de 4.6 mg solamente se apreció una mínima absorción sistémica (0.1 a 0.3 ng/ml). En queratosis actínica: Un estudio clínico, 58 pacientes con queratosis actínica se administró Imiquimod crema al 5%, en periodos de 3 aplicaciones por semana durante 16 semanas de tratamiento, se encontró también una mínima absorción sistémica. Distribución: Al término de las 16 semanas la concentración máxima sérica que se encontró en un lapso de entre 9 y 12 horas para las zonas de aplicación fue: En cada dosis de 12.5 mg de Imiquimod 0.1 ng/ml, cuero cabelludo, dosis de 25 mg de Imiquimod 0.2 ng/ml, en las manos y brazos, dosis de 75 mg equivalentes a 6 sobres de Imiquimod 1.6 ng/ml. El cálculo de la vida media aparente de Imiquimod en los pacientes en que se les aplicó el medicamento en superficies muchos más extensas en el cuero cabelludo, brazo y manos fue 10 veces mayor que la vida media de 2 horas observada después de su administración subcutánea. Lo anterior indica una mayor retención del fármaco en la piel. Eliminación: su eliminación es menos de 1 % de la dosis administrada en heces y orina. **Farmacodinamia:** *Verrugas genitales externas*: En cultivos celulares no se ha demostrado actividad antiviral directa, al aplicar Imiquimod, sin embargo, in Vivo se ha demostrado la inducción de citoquinas RNAm codificadores, incluyendo el IFN-α. En un estudio clínico realizado con Imiquimod crema al 5% vs placebo en 22 pacientes con verrugas genitales y perianales externas Imiquimod demostró que induce citoquinas RNAm codificadoras incluyendo IFN-α en el sitio del tratamiento. Además del RNAm disminuyeron significativamente el VPHL1 y el DNA del VPH. Sin embargo, por el momento se desconoce la relevancia clínica de estos hallazgos. *Queratosis actínica:* Se desconoce el mecanismo de acción de Imiquimod crema en el tratamiento de la queratosis actínica (QA). Posterior al tratamiento durante 6 semanas, los niveles de biomarcadores sensibles a Imiquimod crema, se incrementan cerca de 10 veces con respecto a las cifras basales. Estos biomarcadores incluyen: antagonistas de la IL-1, IFN-α y 2'5' oligoadenilato sintetasa. El incremento de estos biomarcadores no fue asociado con ningún evento adverso sistémico. *Carcinoma de células basales:* El uso de Imiquimod modifica la respuesta inmune local, (inducción de IFN-α y otras citoquinas) provocando por lo menos en parte la activación del receptor 7 de tipo toll (TLR7) o proteínas asociadas localizadas principalmente en las células dendríticas plasmacitoides (CDp). La activación del TLR7 produce la activación del factor nuclear kappa B del factor de transcripción (NF-kB) mismo que desencadena la transcripción de diversas citoquinas incluyendo el TNF-α, interleucinas IL-1, IL-6, IL-8 e IL-12. Estas citoquinas estimulan diversos mecanismos tanto de inmunidad innata como de la adquirida particularmente la inmunidad mediada por células (IMC). Es probable que los efectos sobre la IMC estén mediados por la producción de IFN-α, H-12 e IFN–γ mismos que son inducidos tras la aplicación de Imiquimod crema al 5 %. El uso de Imiquimod crema al 5 % es potencialmente útil en el tratamiento del CCB gracias a su potencial demostrado para estimular la respuesta inmune innata local. El IFN–α puede provocar la expresión del receptor CD95 en las células BC facilitando la apoptosis. La respuesta inmune Th-1 inducida por Imiquimod también puede reforzar potencialmente la respuesta inmune parcial ya desencadenada en un CBC o de facilitar la regresión completa de un CBC que no tenga actividad inmune permanente. Si bien no hay antígenos específicos identificados para el CCB la evidencia sugiere que el organismo reconoce algún antígeno anormal y que esto produce el crecimiento lento y las raras metástasis que se observan en este tipo de tumor. Los efectos de Imiquimod sobre las células dendríticas también pueden aumentar el reconocimiento del CBC. Estas células dendríticas activadas podrían viajar a los ganglios linfáticos provocando la proliferación de las células T que pueden mediar la muerte del tumor CCB. **CONTRAINDICACIONES**: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES: Precauciones generales para su uso:** Siempre se recomendará el uso de Imiquimod crema sobre la piel intacta, cicatrizada. Posteriormente a la aplicación de Imiquimod crema puede haber exacerbaciones de lesiones latentes en la piel; no existe experiencia clínica del uso de Imiquimod con otros fármacos, tampoco de la aplicación inmediatamente después de haber empleado otro tipo de terapias tópicas o quirúrgicas. Se evitará el contacto con los ojos durante la aplicación. No se deben ocluir las lesiones donde se aplique Imiquimod crema. El paciente será instruido para que transcurridas de 6 a 10 horas de la aplicación del medicamento se remueva el medicamento con agua y jabón neutro. **Precauciones en pacientes bajo tratamiento por verrugas genitales externas:** Debe advertirse a los pacientes sobre las reacciones cutáneas que se pueden presentar en las zonas de aplicación de medicamento y áreas circundantes que pueden ser: eritema, erosión, excoriación, descamación y edema. Estas reacciones habituales son de leves a moderadas por lo que se recomienda al médico tratante instruya a su paciente para que le avise inmediatamente cuando las reacciones sean severas. En estos casos se recomienda que el paciente se lave inmediatamente con agua y jabón la zona de aplicación pudiendo reanudar el tratamiento cuando la reacción en la piel haya desaparecido. Debe evitarse el contacto sexual por cualquier vía mientras la crema de Imiquimod permanezca sobre la piel. Los pacientes masculinos con verrugas genitales localizadas por debajo del prepucio deberán de retraerlo antes de proceder a la aplicación del medicamento y también para lavarse. No se aplicará internamente el medicamento (en mujeres) debe evitarse y se tendrá especial cuidado con la aplicación de la crema en el introito vaginal, esto puede desencadenar reacciones cutáneas locales en los sitios húmedos de la vagina, dolor, inflamación y dificultad para realizar la micción. Se recomienda que el médico tratante informe a su paciente sobre la posibilidad del desarrollo de nuevas verrugas aun durante el tratamiento. La crema de Imiquimod puede debilitar el látex de los preservativos y diafragmas vaginales por lo que no es recomendable su uso concomitante. **Precauciones en pacientes bajo tratamiento por queratosis actínica y carcinoma de células basales:** Se debe comentar al paciente bajo tratamiento para queratosis actínica y carcinoma de células basales, con Imiquimod crema al 5 % que es muy probable que se presenten reacciones como eritemas, descamación, resequedad de la piel y costras en los sitios de aplicación del medicamento. Habitualmente estas reacciones locales da la piel disminuyen hasta desaparecer cuando se suspende el producto. Durante el tratamiento y hasta la completa curación de las lesiones, es posible que la piel afectada tenga diferente aspecto, en comparación con el aspecto de la piel normal. Durante el tratamiento los pacientes deberán evitar al máximo la exposición a los rayos solares naturales o artificiales (Ej. camas de foto bronceado). El paciente debe tener conocimiento de que durante el tratamiento pueden aparecer lesiones que se mantenían subclínicas, el área de tratamiento. El paciente será instruido para acudir con el médico tratante, en caso de que aparezca algún signo o síntomas que dificulte o limite la continuidad del tratamiento. **Precauciones de uso en pacientes pediátricos:** Se recomienda tener precaución del uso de Imiquimod en pacientes menores de 12 años y en caso de queratosis actínica no se tienen experiencias clínicas en menores de 18 años. Por lo anterior el médico especialista deberá valorar el riesgo-beneficio del tratamiento en pacientes con edades menores a las recomendadas. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Precauciones de uso durante el embarazo:** No se cuenta con estudios clínicos de Imiquimod, crema al 5 %, en mujeres embarazadas. En animales de experimentación, se ha demostrado que el uso de Imiquimod crema al 5 %, no provoca teratogénicidad. En las ratas preñadas en las que se utilizaron dosis altamente tóxicas (28 veces la dosis recomendada para el humano con base en mg/m² de superficie corporal) solamente se observó una reducción de peso en las crías al nacimiento y retardo en la osificación. En otros estudios clínicos realizados con hembras preñadas se aplicaron dosis 8 veces mayores que las recomendadas para el humano no habiéndose encontrado efectos adversos en el desarrollo de las crías. No obstante lo anterior, el médico deberá de valorar el riesgo-beneficio de la aplicación de Imiquimod crema en mujeres embarazadas. **Madres en periodo de lactancia:** Se desconoce si posterior a la aplicación de Imiquimod crema al 5 % hay excreción a través de la leche materna, por lo que su uso queda a valoración de su médico. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Verrugas genitales y perianales externas:** Las reacciones adversas que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con verrugas genitales y perianales externas bajo tratamiento con Imiquimod crema al 5 % con una dosis de 3 aplicaciones por semana suelen ser reacciones cutáneas locales leves y moderadas en el sitio de aplicación; estas incluyen: Eritema, erosión, excoriación /descamación, prurito y ardor. Existen reportes aislados de probables eventos adversos sistemáticos del tipo de rigidez. En general en los pacientes bajo un esquema de tratamiento de 3 aplicaciones de Imiquimod 5 % crema por semana (lunes, miércoles, y viernes o martes, jueves y sábado) solamente se ha reportado 1.2 % de abandonos de tratamiento debido a reacciones cutáneas locales en el sitio de la aplicación del medicamento. **Queratosis actínica:** En estudios clínicos, doble ciego, controlados, contra vehículo en donde se aplicó Imiquimod crema al 5 % en pacientes con edades de entre 37 y 88 años con lesiones de queratosis actínica a la dosis de 2 aplicaciones por semana durante 16 semanas con piel clasificada como fitzpatrick tipo I y II (55% de la población estudiada) se observaron las siguientes reacciones adversas:

Reacciones locales de la piel, en la zona de aplicación, dos aplicaciones por semana, durante 16 semanas de tratamiento.

Manifestación	Leves/moderadas %		Severas %	
	IMIQUIMOD	Vehículo	IMIQUIMOD	Vehículo
Eritema	80	91	18	2
Edema	49	10	0	0
Supuración/exudado	21	1	0	0
Vesículas	9	1	0	0
Erosión/ulceración	46	9	2	0
Descamación/sequedad	85	87	7	3
Formación de costras	70	40	8	2

Los elementos adversos posibles o probablemente relacionados con la aplicación de Imiquimod crema al 5%, únicamente se presentaron durante los ciclos de su aplicación. No hubo evidencia de eventos adversos sistémicos relacionados con su uso. En el total de los estudios clínicos realizados con Imiquimod crema al 5% en pacientes con lesiones de queratosis actínica solamente 2 % de los pacientes discontinuaron el tratamiento por eventos adversos inherentes al uso del medicamento. **Carcinoma de células basales:** Los eventos adversos más frecuentes encontrados en el sitio de aplicación de Imiquimod crema al 5% son muy parecidos a los encontrados en los pacientes bajo tratamiento de queratosis actínica. Sin embargo, existe una relación directa entre los eventos adversos y el número de aplicaciones de Imiquimod crema al 5% por semana. En un estudio clínico bien controlado para evaluar la seguridad y eficacia de la aplicación de Imiquimod crema al 5 % en un esquema de dosificación de una aplicación al día durante 13 semanas en promedio de tratamiento se encontraron los siguientes eventos adversos en comparación con el grupo tratado con vehículo.

Eventos Adversos locales	IMIQUIMOD 5% N=4 %	Vehículo N=11 %
Prurito en la lesión	25	9
Supuración/exudado	50	18
Cambios Pigmentación (hipopigmentación)	50	18
Dolor (sitio de aplicación)	50	0
Necrosis de la lesión	25	0

Eventos Adversos Sistémicos	IMIQUIMOD 5% N=4 %	Vehículo N=11 %
Fatiga	50	0
Cefalea	25	9
Malestar	25	0

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: No se han estudiado las interacciones con otros medicamentos incluidos los fármacos inmunosupresores. Considerando que la absorción transcutánea de Imiquimod crema es mínima, las interacciones medicamentosas con medicamentos sistémicos deben ser limitadas. **ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO:** Ninguna conocida hasta la fecha. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Los estudios realizados en 8 diferentes sistemas de ensayo, incluyendo: Ames, linfoma de ratón, aberración cromosómica de células de hámster de linfocitos humanos, transformación de células (SHE) y citogenética de la médula ósea de hámster, resultaron negativos .La administración oral diaria de Imiquimod en ratas a dosis hasta 8 veces mayores que la dosis recomendada para el humano con base en mg/m² de superficie corporal durante el apareamiento, gestación, parto y lactancia demostró no afectar la reproducción. Por otra parte la aplicación tópica de Imiquimod en ratones demostró no tener efectos carcinogénicos. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Tópico, esquema de Imiquimod crema al 5 % en pacientes con: **Verrugas genitales y perianales externas.** Se debe realizar aseo (agua y jabón neutro) de las zonas afectadas, previo a la aplicación. Se esperará a que el área se encuentre perfectamente seca. Imiquimod crema se aplicará en el sitio afectado, con una capa delgada de crema, se frotará gentilmente, hasta que la crema desaparezca. Este procedimiento se repetirá tres veces por semana, el paciente escogerá los días que más le convenga, el tratamiento será por la noche, de preferencia antes de dormir. Posteriormente la crema se removerá con agua y jabón neutro (6 a 10 horas posteriores a la aplicación) El tratamiento se realizará de esta manera hasta que se eliminen por completo las verrugas o por hasta un máximo de 16 semanas. Posterior a la aplicación de la crema y posterior a la remoción de la misma se recomienda lavarse perfectamente las manos. Se pueden presentar reacciones locales durante el tratamiento, esto es, eritema de la piel donde se aplica el medicamento. Si es tan importante como para condicionar malestar al paciente, se puede permitir periodos de descanso durante varios días y reanudar el tratamiento una vez que la reacción local ceda. Es conveniente que el médico tratante instruya sobre la técnica de aplicación al paciente al iniciar el tratamiento y supervise que éste se esté llevando de manera adecuada. **Queratosis Actínica:** Se debe realizar aseo (agua y jabón neutro) de las zonas a tratar, previo a la aplicación, se debe esperar a que el área seque perfectamente. Imiquimod se aplicará dos veces a la semana (días que elija el paciente) preferentemente por las noches. Una fina capa de Imiquimod se aplicará en el área afectada, se frotará hasta que se absorba por completo. Después de 8 horas de la aplicación, se removerá la crema con agua y jabón neutro. Se deberán lavar perfectamente las manos después de la aplicación y posterior a la remoción de la crema. Se pueden presentar reacciones locales en la piel bajo tratamiento, se recomienda que se contacte al médico tratante, ante cualquier manifestación de malestar local; se pueden tener periodos de descanso (puede ser varios días) de aplicación, al desaparecer las molestias, se puede reiniciar el tratamiento. Es conveniente que el médico tratante instruya sobre la técnica de aplicación al paciente al inicio del tratamiento y supervise que éste se esté llevando de manera adecuada. **Lesiones subclínicas de queratosis actínica:** Durante el tratamiento de las lesiones de queratosis actínica con Imiquimod crema al 5% pueden aparecer en el área tratada nuevas lesiones de queratosis mismas que se encontraban en etapa subclínica, se ha visto que hasta en un 52 % de pacientes se puede presentar incremento de las lesiones; la eliminación completa de estas lesiones se puede apreciar ya a las 8 semanas post tratamiento. Imiquimod condiciona una reducción importante de la aspereza, sequedad y descamación del área tratada, en estos casos. Estudios clínicos fase I no mostraron evidencia de que Imiquimod crema 5 % cause irritación acumulada, fotoirritación, fototoxicidad, fotoalergenicidad o sensibilización por contacto en la piel sana. **Esquema de IMIQUIMOD 5 % crema en pacientes con carcinoma de células basales superficial:** El tratamiento iniciará aseando, con agua y jabón neutro las áreas a tratar, se deberá esperar a que las zonas sequen perfectamente bien. Imiquimod crema se aplicará por las noches durante cinco días consecutivos por semana durante 6 semanas consecutivas (por ejemplo de lunes a viernes y descansar sábado y domingo) de preferencia antes de acostarse. La crema deberá de frotarse hasta que desaparezca en el área a tratar y 1 cm. alrededor de la lesión; transcurridas aproximadamente 8 horas de la aplicación de la crema, esta deberá de ser removida con agua y jabón neutro. Durante la aplicación del medicamento debe evitarse el contacto con los ojos. Posterior a la aplicación del fármaco, el paciente se debe lavar las manos. Las reacciones locales en la piel bajo tratamiento son comunes por lo que debe recomendarse a los pacientes que si experimentan cualquier síntoma o malestar que limite la aplicación del medicamento deberán de contactar de inmediato a su médico tratante. En estos casos, se recomienda si así se requiere, que el paciente descanse por varios días hasta que se reduzca el malestar o severidad de la reacción local de la piel y posteriormente reiniciar el tratamiento. Se recomienda que el médico tratante le muestre la técnica de aplicación a su paciente. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** La absorción transcutánea de Imiquimod crema 5 % en seres humanos es mínima, por lo tanto es poco probable que se produzca una sobredosis del principio activo. Estudios en conejos demostraron que la dosis letal dérmica es de más de 1600 mg/m² de superficie corporal. En caso de sobredosis tópica persistente de Imiquimod crema al 5 % es posible que se produzcan lesiones cutáneas severas a nivel local. La complicación clínica más grave que se ha descrito luego de las múltiples dosis orales de Imiquimod de más de 200 mg fue hipotensión que revirtió con la administración de soluciones intravenosas. **PRESENTACIÓN.** Caja con 12 sobres de Imiquimod crema al 5 % **RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO.** Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30° C y en lugar seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN**. Su venta requiere receta médica. El empleo de este medicamento durante el embarazo y lactancia queda a criterio del médico. No se deje al alcance de los niños. No usarse en el tratamiento de verrugas genitales internas. No usarse en menores de 18 años. Literatura exclusiva para médicos. Hecho en México por: LANDSTEINER SCIENTIFIC S.A de C.V. Calle 6 Norte, Lote 14 Manzana H. Parque Industrial Toluca 2000, Toluca Edo. de México, C.P. 50200 **DISTRIBUIDO POR:** INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA, S.A DE C.V. Calle 13 Este No. 5 CIVAC, Jiutepec, Morelos, C.P.62500 México. Reg. No. 433 M 2008 SSA IV

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR AMPLIA

POLYGYNAX® NEOMICINA/ POLIMIXINA – B/ NISTATINA Cápsulas Vaginales 35 000/ 35 000/ 100 000 UI **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene:Sulfato de Neomicina: 35 000 UI, Sulfato de Polimixina B: 35 000 UI, Nistatina: 100 000 UI, Excipiente, c.b.p.: 1 cápsula **INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Polygynax®** cápsulas es un agente antifúngico y antibacteriano indicado para el tratamiento local de vaginitis causada por gérmenes sensibles y vaginitis no específicas. **FARMACODINAMIA Y FARMACOCINÉTICA EN HUMANOS: PROPIEDADES FARMACODINÁMICAS** ANTIINFECCIOSO LOCAL Asociación de Neomicina, Polimixina B y de Nistatina. La Neomicina es un antibiótico de la familia de los aminoglucósidos. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de proteínas en las células bacterianas sensibles alterando el código genético de las bacterias. La Polimixina B es un antibiótico de la familia de los polipéptidos. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de la pared celular de la bacteria alterando la permeabilidad de la membrana citoplásmica. La Nistatina es un antifúngico (macrólido poliénico) que tiene actividad específica sobre *Candida albicans* y no *albicans*, no tiene actividad frente a bacterias o tricomonas. **ESPECTRO DE ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA DE LA POLIMIXINA B Y DE LA NEOMICINA**: **POLIMIXINA B**. Las concentraciones críticas separan las cepas sensibles de las cepas de sensibilidad intermedia y estos últimos, de las resistentes: S ≤ 2 mg/l y R > 2 mg/l La prevalencia de la resistencia adquirida puede variar en función de la ubicación geografía y el tiempo para algunas especies. Es pues útil disponer de información sobre la prevalencia de la resistencia, sobre todo para el tratamiento de infecciones severas. Estos datos no pueden establecer sino una orientación sobre las probabilidades de la sensibilidad de unas cepas bacterianas a este antibiótico. En caso que la variabilidad de la prevalencia de la resistencia sea conocida para algunas especies bacterianas se indicará entre paréntesis: **ESPECIES SENSIBLES Aerobias gram negativo** *Acinetobacter, Aeromonas, Alcaligenes, Citrobacter freundii, Citrobacter koseri, Enterobacter, Escherichia coli, Klebsiella, Moraxella, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella, Shigella, Stenotrophomonas maltophilia* (0-30%) **ESPECIES RESISTENTES • Aerobias gram positivo** • Cocos y bacilos • **Aerobias gram negativo** • *Branhamella catarrhalis, Brucella, Burkholderia cepacia, Burkholderia pseudomallei, Campylobacter, Chryseobacterium meningosepticum, Legionella, Morganella, Neisseria, Proteus • Providencia, Serratia, Vibrio cholerae El Tor* • **Anaerobias** • Cocos y bacilos • **Otras** • Mico bacterias **NEOMICINA**. La prevalencia de la resistencia adquirida puede variar en función de geografía y el tiempo para algunas especies. Es pues útil disponer de información sobre el predominio de la resistencia local, sobre todo para el tratamiento de infecciones severas. Estos datos no pueden establecer sino una orientación sobre las probabilidades de la sensibilidad de unas cepas bacterianas a este antibiótico. En caso que la variabilidad de la prevalencia de la resistencia sea conocida para algunas especies bacterianas se indicará entre paréntesis: **ESPECIES SENSIBLES • Aerobias gram positivo** • *Corynebacterium, Listeria monocytogenes, Staphylococcus meti-S* • **Aerobias gram negativo** • *Acinetobacter* (esencialmente Acinetobacter baumanii), *Branhamella catarrhalis* (50-75%) • *Campylobacter, Citrobacter freundii, Citrobacter koseri, Enterobacter aerogenes* (20-25%) • *Enterobacter cloacae, Escherichia coli (),* Haemophilus *influenzae (10-20%), Klebsiella (15-25%), Morganella morganii (25-35%), Proteus mirabilis (20-50%), Proteus vulgaris (), Providencia rettgeri (), Salmonella (), Serratia (), Shigella (), Yersinia ()* **ESPECIES MODERADAMENTE SENSIBLES** • ("in vitro" de sensibilidad intermedia) • **Aerobias gram negativo** • *Pasteurella* **ESPECIES RESISTENTES** • Aerobias gram positivo • Enterococcus, *Nocardia asteroides, Staphylococcus* meti-R®, *Streptococcus* • Aerobias gram negativo • *Alcaligenes denitrificans, Burkholderia, Flavobacterium sp., Providencia stuartii, Pseudomonas aeruginosa, Stenotrophomonas maltophilia* • **Anaerobias** • Bacterias anaerobias estrictas • **Otras** • *Chlamydia, Mycoplasmos, Rickettsies* *. La frecuencia de resistencia a la meticilina es alrededor de 30 al 50% del conjunto de los estafilococos y se encuentra sobre todo en medio hospitalario. **Observación:** Estos espectros corresponden a los de las formas sistémicas de estos antibióticos. Con las presentaciones farmacéuticas locales, las concentraciones obtenidas in situ son muy superiores a las concentraciones plasmáticas. Existe incertidumbre acerca de la cinética de las concentraciones in situ, sobre las condiciones físico-químicas locales que pueden modificar la actividad del antibiótico y sobre la estabilidad del producto in situ. **Propiedades farmacocinéticas Polygynax®** está indicado en el tratamiento local de infecciones vaginales. Los tres principios activos (Neomicina, Polimixina B y Nistatina) son utilizados a la concentración normal para las aplicaciones locales. Las dosis unitarias cotidianas de Neomicina (35 000 U.I. aproximadamente 50 mg), Polimixina B (35 000 U.I.aproximadamente 5 mg) y Nistatina (100 000 U.I. aproximadamente 25 mg) son despreciables (entre 10 y 100 veces menores a las dosis utilizadas por vía oral). La duración del tratamiento en principio se limita como mínimo a 6 días y como máximo hasta 12 días. Por estas razones, las cantidades de principio activo susceptibles de ser absorbidas son, necesariamente despreciables. **CONTRAINDICACIONES:** Este medicamento está contraindicado en los siguientes casos: - Antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los componentes de la fórmula o a otro producto derivado de la misma familia. - Uso de diafragmas y preservativos de látex (riesgo de ruptura), así como productos espermaticidas (riesgo de inactivación), **Polygynax®** puede reducir la efectividad y seguridad de éstos métodos. **PRECAUCIONES GENERALES Y ADVERTENCIAS:** En caso de intolerancia local o de reacción alérgica, el tratamiento deberá ser interrumpido. La sensibilización a los antibióticos por vía local puede comprometer la utilización posterior del mismo antibiótico o antibióticos relacionados por vía sistémica. La duración del tratamiento debe ser limitada en relación al peligro de la aparición de gérmenes resistentes y del riesgo de sobreinfección por los mismos. En ausencia de datos sobre la importancia de las fracciones de Neomicina y de Polimixina B reabsorbidas por la mucosa no se puede excluir la posibilidad de efectos sistémicos. Aunque no se han descrito efectos secundarios sistémicos, hasta el momento conviene tener en cuenta este riesgo, el cual puede ser mayor en caso de insuficiencia renal. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Embarazo** No existen datos confiables de teratogenicidad en animales. En la clínica, no se han informado datos al respecto de malformaciones y/o toxicidad en el feto, sin embargo, el seguimiento a las mujeres embarazadas que han usado **Polygynax®** no es suficiente para descartar algún riesgo, por lo que no se recomienda el uso de **Polygynax®** durante el embarazo. **LACTANCIA** Se desconoce si alguno de los componentes de este medicamento se excreta por la leche materna, por lo tanto, no se debe administrar en las mujeres en periodo de lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Hasta el momento, existe evidencia de buena tolerabilidad local y sistémica. Sin embargo, existe la posibilidad de presentar dermatitis por contacto, esto ocurre con más frecuencia en caso de uso prolongado (en ocasiones, las lesiones de dermatitis por contacto pueden aparecer en zonas alejadas de las zonas tratadas). Aunque se ha reportado la posibilidad de efectos tóxicos, como alteraciones renales y auditivas, la duración del tratamiento es corto y su absorción sistémica limitada por lo que el riesgo es mínimo. Existe riesgo de una reacción de hipersensibilidad debido a la presencia del aceite de soya (shock anafiláctico, urticaria). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** ***Asociación contraindicada:*** - Preservativos: riesgo de rotura ***No se aconseja la Asociación con:*** - Espermaticida: todo tratamiento local vaginal puede inactivar una contracepción local con espermaticida **ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO:** A parte de la eficacia local de **Polygynax®** sobre los agentes patógenos de las vaginitis, no se ha reportado alteraciones en los resultados de las pruebas de laboratorio. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGÉNESIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** A la fecha, no se han reportado. No se cuenta con información suficiente de la teratogénesis en animales. En la clínica, no se han reportado malformaciones y/o efectos tóxicos en el feto hasta el momento. Sin embargo, el seguimiento en pacientes embarazadas que han sido tratadas con **Polygynax®** no es suficiente para excluir algún riesgo. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Vaginal. No ingerible**. Únicamente para uso en mujeres adultas. Una cápsula por vía vaginal al día, durante 6 y hasta 12 días consecutivos. Se recomienda efectuar su aplicación de preferencia por la noche, antes de acostarse es preferible: **Consejos prácticos:** • Al iniciar el tratamiento se sugiere añadir recomendaciones de higiene personal (usar prendas interiores de algodón, evitar duchas vaginales, evitar el uso de tampón durante el tratamiento) y en la medida de lo posible la eliminación de factores que favorecen la vaginitis. • Iniciar el tratamiento durante los días sin menstruación, en caso de que presenten su periodo menstrual ya iniciado el tratamiento, se debe sugerir no interrumpir **Polygynax®**. • En caso necesario, valorar el tratamiento al cónyuge. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** A la fecha no se tienen reportes de ingesta accidental ni de sobredosificación. Debido a la vía de administración, el riesgo de aparición de efectos sistémicos tóxicos (renales, auditivos, etc.) está limitado, dado el tratamiento de corta duración. **PRESENTACIÓN:** Caja con 6 ó 12 cápsulas **RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:** Consérvese a temperatura inferior ó equivalente a 25 °C. y en lugar seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se use en el embarazo y la lactancia.No se deje al alcance de los niños. Reg. No. 081 M 2004 SSA IV **FABRICADO EN FRANCIA POR:** INNOTHERA CHOUZY Rue René Chantereau L´Isle Vert 41150 Chouzy-Sur-Cisse **PARA:** LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL 22 Avenue. Aristide Briand 94110 Arcueil Francia **ACONDICIONADO Y DISTRIBUIDO POR:** INVESTIGACION FARMACEUTICA, S.A. DE C.V. Calle 13 Este No 5, CIVAC, Jiutepec, Morelos, CP. 62500 México

Nuevo POLYGYNAX®

Nistatina, Neomicina, Polimixina B

- Tratamiento de amplio espectro y primera elección, para **infecciones vaginales** que combina dos antibióticos y un antimicótico[1]
- Actúa sobre los principales patógenos causales y los erradica[1,2]: ***Candida* spp**, **Bacterias Gram + y Gram –**
- Eficacia significativa >90% con excelente tolerancia[1]
- Mejoría significativa de los síntomas[3]
- Favorece la restauración de los lactobacilos[2]
- Eficacia aún en el periodo menstrual

1 cápsula vaginal
por la noche al acostarse
durante 6 a 12 días de tratamiento.

1. Goran D, Vesna A, Adela S, Biljana T, Snezana M. Polygynax® in the treatment of fungal and non specific vaginitis. Obstet & Gynecol.2004;43(6):23-26.
2. Kira E.F. Multicentre, controlled, randomised comparative trial to evaluate efficacy and safety of the preparation Polygynax®, vaginal capsules and preparation Tergynan®, vaginal tablets in non-specific vaginitis treatment. Internal report Innotech International. 2008.
3. Marhic C, Charles G. Traitement local des vaginites microbiennes par une association Nystatine, Néomycine Polymyxine B. Gazette Médicale de France.

www.ifaceltics.com.mx

en armonía con la NATURALEZA FEMENINA

EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE®

ifa CELTICS®
un equipo por la vida