

11209

2 ej 44



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I. S. S. T. E.

CANCER CERVICO - UTERINO IN SITU Y ESTADIO IA. REVISION DE 33 CASOS.

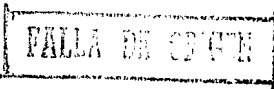
TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. ARTURO JACOME VALVERDE



DIRECTORES DE TESIS:
DR. HECTOR ACOSTA MONDRAGON
DR. FERNANDO PALACIO VELEZ

MEXICO, D. F.



1985.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

Página

- 1.- *Carcinoma de Cuello Uterino.*
- 3.- *Factores Biológicos.*
- 4.- *Tipos anatomopatológicos.*
- 7.- *Anatomía Macroscópica.*
- 8.- *Anatomía Patológica Microscópica.*
- 10.- *Características clínicas estadios 0 y Ia.*
Diagnóstico del Cáncer Cervical.
- 13.- *Clasificación Clínica del Cáncer de Cervix.*
- 14.- *Tratamiento: estadios 0 y Ia.*
- 17.- *Material y Métodos.*
- 27.- *Metodología de estudio y tratamiento.*
Citología.
- 28.- *Biopsia.*
- 29.- *Conización.*
- 30.- *Histerectomía Extrafacial con tercio superior de vagina*
Cirugías agregadas.
Cirugías previas.
Complicaciones postquirúrgicas inmediatas y mediatas.
- 36.- *Conclusiones.*
- 51.- *Bibliografía.*

Carcinoma del Cuello Uterino.

Se sabe más sobre la historia natural del Cáncer Epidermoide del Cérvix que de cualquier otra neoplasia maligna.

Transcurren 10 años o más desde que aparece el Cáncer Intraepitelial -- hasta que invade el tejido conectivo cercano.

*Los grados incompletos de aberración que afectan a menos del grosor total del epitelio escamoso, se le denomina hoy en día **DISPLASIA**, término aceptado por oncólogos, anatomopatólogos y ginecólogos.*

Se habla de displasia leve cuando solo el tercio más bajo del epitelio, esta sustituido por células indiferenciadas inmaduras con mitosis frecuentes.

Si se encuentra afectado el tercio medio se establece el diagnóstico de displasia moderada. Y si hay alteraciones en el tercio superior del epitelio, pero aun hay alguna maduración en la superficie, se realiza el diagnóstico de displasia intensa.

En un cuidadoso estudio de vigilancia a largo plazo, utilizando colposcopio y citología, Barron y Richart pudieron estimar la evolución y encontraron que la displasia intensa evolucionó a carcinoma in situ en un periodo promedio de 12 meses, en tanto que el intervalo promedio necesario para la evolución de displasia leve a carcinoma in situ fue de 36 meses.

Cuando se encuentra displasia y hay embarazo, se dice que este es incidental y no la causa de los trastornos celulares que se presentan; dejando que siga su evolución natural el embarazo, vigilando cuidadosamente la situación para estimarla finalmente durante el puerperio.

Si estos signos atípicos se toman como el primer grado hacia la malignidad, tal vez transcurran 15 años o más desde el comienzo de las primeras alteraciones hasta la muerte por Ca. epidermoide del cérvix sin tratamiento.

Frecuencia.

El reconocimiento de la malignidad potencial de las lesiones intraepiteliales del cérvix aunado a la habilidad para diagnosticarlas mediante una prueba relativamente barata, Citología Cervico Vaginal, ha producido una disminución importante en la frecuencia del Cáncer Cervico-Uterino Invasor.

Este hecho ha sido bien comprobado por el cuidadoso análisis de Kim y colaboradores, quienes realizaron una revisión del número de casos de neoplasias cervicales durante un periodo de 20 años, de 1955 a 1974.

La frecuencia anual promedio, ajustada a la edad, del carcinoma epidermoide invasor disminuyó de 35.5 por 100 000 mujeres mayores de 20 años a 15.7, una disminución del 66%.

La frecuencia del Ca. Cu. In situ durante el mismo periodo casi se duplicó y representó el 70% del total de las neoplasias epidermoides del cérvix, diagnosticadas durante los años de 1971 a 1974.

También se encontró disminución del 61% en las muertes por Ca. Cu. durante el periodo de 20 años estudiado.

La frecuencia y mortalidad del cáncer cervical se relaciona con la edad raza y antecedentes étnicos.

El carcinoma in situ es una enfermedad de mujeres jóvenes, mas común entre los 25 y 40 años.

En múltiples estudios se ha confirmado la relación del cáncer cervical con un bajo nivel socioeconómico.

Factores Etiológicos.

En sentido biológico se desconoce, como en todo cáncer, la etiología de el carcinoma del cervix.

Se han hecho muchos esfuerzos para estudiar los diversos factores económicos y sociológicos que pueden contribuir a la frecuencia variable del cáncer cervical.

Se ha demostrado que el cáncer del cervix es 9 veces más frecuente en mujeres no judías que en las judías.

La baja frecuencia del cáncer cervical en mujeres judías ha hecho sospechar que el coito con un varón sin circuncisión, puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizá a base de la poca higiene del pene, y se sospecha de la importancia que pudiera tener el esmegma.

Vynder y cols. han llegado a la conclusión de que la carcinogénesis puede considerarse solamente como resultado de varios estímulos endógenos y exógenos.

Hay que tener siempre presentes factores como promiscuidad sexual, circuncisión incompleta y falta de adherencia a la doctrina mosaica, que impide el contacto sexual durante 1 semana después de la menstruación. Hay estudios que reportan que no hay relación directa en que si el compañero sexual está o no circuncidado.

En resumen solo caben suposiciones acerca de la etiología. Todos los estudios concuerdan en que el riesgo del cáncer del cervix aumenta con el matrimonio temprano o el primer coito a edad temprana.

Rothkin ha estudiado el problema, y sus resultados parecen indicar que - de los 15 a los 20 años es el periodo susceptible en que la primera relación sexual y las siguientes predisponen ulteriormente al cáncer.

También se menciona la pobreza, el coito, casamiento y embarazos tempranos. Durante años se ha tenido la impresión de que las mujeres con hijos tienen mayor tendencia a sufrir cáncer cervical que la soltera.

Por lo tanto es muy probable que el tener hijos per se, no es acontecimiento causal importante, sino mas bien la exposición sexual.

En este sentido el carcinoma epidermoide del cérvix puede considerarse una enfermedad venerea.

Se ha sospechado que pudiera intervenir un agente infeccioso. En algún momento se ha sospechado del semen, esmegma, tricomonas, Chlamydias y - condilomas.

Copplesson y colaboradores, han presentado pruebas que sugieren que el agente etiológico es el DNA del espermatozoide.

En fecha reciente se ha señalado una relación frecuente de la infección por Chlamydias en vias genitales bajas y displasia cervical.

Rawls y Thompkins, señalaron que un 92% de las mujeres con carcinoma in situ habia pruebas de anticuerpos fijadores del complemento para virus del herpes simple tipo 2.

Tipos Anatómo-Patológicos.

Hay dos tipos principales de cáncer que nacen respectivamente de las 2 clases de epitelio que recubren el cérvix.

Uno de los hallazgos importantes en el carcinoma microscópico inicial es la constancia de su origen en la unión escamocilíndrica.

En las prepúberes, la porción vaginal del exocervix está compuesta de estroma cervical sin glándulas, cubierta por epitelio escamoso nativo o maduro.

El endocervix, que anatómicamente corresponde al conducto que se encuentra por arriba del orificio cervical externo y abajo del interno, se encuentra cubierto de epitelio cilíndrico, que no solo recubre la superficie del conducto sino también las glándulas endocervicales, que se encuentran en el estroma.

Antes de la menarca la unión entre el epitelio escamoso del exocervix y el epitelio cilíndrico del endocervix suele ser precisa.

Sin embargo, con el crecimiento del cuello durante la menarca y en especial con la eversión fisiológica del endocervix durante el embarazo, el epitelio cilíndrico y las glándulas del endocervix salen hacia el exocervix anatómico.

Este epitelio cilíndrico que se encuentra ahora en el exocervix está expuesto al medio ambiente vaginal. Por influencia de éste, debido probablemente al pH, el epitelio cilíndrico exocervical es sustituido gradualmente por epitelio escamoso.

La zona anatómica del cuello en la que ocurre se denomina Zona de Transformación, y es ahí donde por primera vez se observan las anomalías epiteliales cilíndricas, consideradas precursoras del carcinoma invasor. La superficie externa del cervix tiene epitelio que corresponde a la vaginaria pavimentosa estratificada y de él nace el carcinoma epidermoide. Del epitelio cilíndrico del conducto cervical origina el adenocarcinoma del cervix.

El 90% del total de los cánceres cervicales corresponden a células esc

mosas. Se ha comprobado que en ocasiones los tumores presentan componentes celulares de ambos tipos, adenomatoso y plano, y se han clasificado de carcinomas adenoescamoso o adenoepidermoide.

Tales tumores tienen un pronóstico más serio que los tumores puramente de células planas o adenocarcinoma.

Los sarcomas del cuello uterino se han encontrado raras veces, así como los melanomas primarios del cérvix.

En la clasificación de la Federation International of Gynecology and Obstetrics (FIGO), la etapa Ia se define como invasión temprana del estroma.

Historicamente se ha aceptado la invasión del estroma hasta 5 mm como carcinoma microinvasor o etapa Ia.

La sociedad de Ginecólogos Oncólogos, recomienda que el cáncer del cérvix en la etapa Ia se defina como aquellos casos en que el epitelio neoplásico invade estroma en uno o más sitios hasta una profundidad de 3mm o menor, por debajo de la base del epitelio y en la que no se demuestra afectación linfática o vascular.

La histerectomía conservadora o incluso la biopsia en cono sola, es el tratamiento adecuado para pacientes con cáncer cervical en etapa Ia.

La profundidad de la invasión, la importancia de un esquema confluyente y la invasión del espacio linfático o vascular son invariablemente puntos de controversia.

Todos los investigadores concuerdan que "una biopsia en cono con márgenes adecuados es esencial para establecer un diagnóstico exacto de carcinoma microinvasor."

Para las pacientes con penetración menor de 3mm por debajo de la membrana

na basal, sin invasión del espacio linfático, ni esquema confluyente, resulta adecuada la histerectomía simple.

Los estudios de Boyes y cols., Christopherson y cols., y Ng y Reagan -- indican que las recurrencias son una rareza y que los índices de supervivencia se aproximan al 100%, cuando se emplea la histerectomía simple para tratar a pacientes con un pequeño foco aislado de cáncer con invasión hasta de 5mm y sin afectar el espacio linfático.

Sin embargo con una amplia zona de invasión tumoral, invasión del espacio linfático o cuando la profundidad de la invasión es del orden de -- 3 a 5mm o mayor, generalmente hemos recomendado la histerectomía radical o radiación.

Anatomía Macroscópica.

No hay alteraciones anatomopatológicas características que ayuden a identificar un carcinoma intraepitelial del cérvix por exploración macroscópica.

Primeros estadios

En sus fases más tempranas, el cáncer cervical se presenta las más de las veces como una pequeña lesión que asienta a nivel del orificio externo o próximo a él, es decir en la unión de los dos tipos de epitelio cervical.

Al examen con el espejito la superficie en cuestión se presenta granulosa y ligeramente prominente, sangrando al menor contacto.

Las proyecciones vecinas del cuello pueden ser normales, pero es más frecuente que sean asiento de una afección crónica inflamatoria.

Anatomía Patológica Microscópica del Carcinoma Epidermoide.

Patogenia.

Uno de los hallazgos importantes en el carcinoma macroscópico inicial es la constancia de su origen en la unión escamocilíndrica.

La zona del cuello en la que ocurre se denomina zona de transformación, y es ahí donde por primera vez se observan las anomalías epiteliales cilíndricas.

Hoy en día la teoría más aceptada es el concepto de la metaplasia.

Todavía suscita controversia precisar cuál es la célula exacta que participa en el proceso de metaplasia, pero Copplesson y Reid señalan que es la célula cilíndrica en sí, aunada a las células del estroma subyacente, que son transformadas directamente en células basales neoescamosas. Sin embargo, la metaplasia está sujeta a transformación neoplásica mediante carcinógenos externos.

Cuando ocurre puede presentarse un epitelio escamoso atípico o displásico. No obstante, cualquiera que sea la célula o el origen, pruebas firmes sugieren que la neoplasia del cérvix se origina de una célula aislada, que da múltiples sitios.

Neoplasia Intraepitelial.

El carcinoma *in situ*, puede definirse como una estructura microscópica en la cual todo el espesor del epitelio plano de revestimiento debe hallarse completamente sustituido por células anormales, indiferenciadas, morfológicamente indistinguibles del cáncer.

La extensión glándular más bien que la invasión, es completamente compatible con una forma intraepitelial de la enfermedad.

Sin embargo no hay rotura de la membrana basal hacia el estroma o los linfáticos.

Los grados incompletos de aberración a menos del grosor total del epitelio escamoso se denomina displasia (mencionado en hojas anteriores.).

División del Carcinoma Epidermoide del Cérvix.

1.- célula grande queratinizada; 2.- célula grande no queratinizada y
3.- célula pequeña.

Los cánceres queratinizados están compuestos por células grandes con notable pleomorfismo, relativamente pocas mitosis y formación de perlas escamosas.

Los tumores no queratinizantes de células grandes se caracterizan por células con pleomorfismo moderado y mitosis frecuentes y grandes nucleos que suelen contener macronucleos.

La variedad de células pequeñas esta compuesta de una lamina monotona de células pequeñas indiferenciadas, sin perlas de queratina. Las mitosis son frecuentes.

Se ha señalado que esta clasificación histológica, proporciona cierta información pronostica en pacientes tratadas con radioterapia.

Se observó que tumores no queratinizados de células grandes evolucionaron mejor que los tumores queratinizantes, y el peor índice de supervivencia se observó en mujeres con cáncer de células pequeñas.

Adenocarcinoma y Carcinoma Adenoescamoso del Cérvix.

El adenocarcinoma cervical es menos común que la variedad de las células escamosas; se refiere el 10% del total de los cánceres cervicales.

La lesión primaria puede asentar en el orificio externo o proximo a él.

Es más típico que el proceso afecte en proporción creciente el cérvix y los tejidos vecinos sin producir lesiones externas en la superficie vaginal.

Histoscópicamente se caracteriza por la disposición glándular atípica tan distintiva del adenocarcinoma.

Características Clínicas del Carcinoma Cervical.

Estadio 0 y Ia.

Las enfermas con carcinoma intraepitelial, tienen en promedio 32 años al momento del diagnóstico y no es raro encontrar este diagnóstico en la adolescencia o jóvenes en los primeros años de la 2da. década de la vida.

Este carcinoma es siempre asintomático y el diagnóstico se establece al momento de realizar un frotis cervical, realizado como estudio sistemático.

Diagnóstico del Cáncer Cervical.

Frotis de Papanicolaou:

El desarrollo de un método citológico preciso para estudiar mujeres - asintomáticas con cérvix de aspecto completamente normal, nos ha permitido en muchos casos el diagnóstico de cáncer temprano, largo tiempo antes de que se presentaran síntomas o anomalías patológicas manifiestas. Toda mujer sexualmente activa debe practicarse un frotis cervical periódico para detección temprana del cáncer.

Donde hay una lesión visible en el cérvix se debe obtener una biopsia, tenga o no la lesión aspecto de cáncer.

Se reportan en la literatura un 20% de falsas negativas para la citología exfoliativa.

Prueba de Schiller:

Se basa en que el epitelio cnceroso no contiene glucógeno y por lo tanto no capta el yodo, como el epitelio normal.

Así la aplicación de una solución de yodo puede demostrar epitelio normal de color caoba, mientras que las zonas de displasia y cáncer quedan sin txir y netamente limitadas.

Colposcopia:

El colposcópico es un instrumento, gracias al cual puede observarse el cérvix a plena luz con un aumento del 10 a 40X. El principal inconveniente de la colposcopia es que solo permite examinar la parte visible del cérvix.

Por lo tanto, si no puede visualizarse la unión planoconvexa, el examen colposcópico es poco satisfactorio, y hay que confiar solo en la citología.

Por otra parte la citología tiene el inconveniente de que no indica precisamente donde nacen las células sospechosas del cérvix.

Por el colposcópico suele poderse localizar la zona sospechosa, valorar sus dimensiones y gravedad y tomar biopsia directa para establecer el diagnóstico histológico.

El proceder directamente a la conización basándose solamente en una sola muestra citológica sospechosa, originaria un número muy elevado de conizaciones innecesarias, que no dejan de tener morbilidad.

Con el descubrimiento de lesiones, cada vez más tempranas, durante la selección sistemática y el estudio de la población, se ha llegado a un diagnóstico mas temprano y oportuno para las pacientes.

El colposcópico en nuestro medio sería muy sofisticado, y además de que

el aparato es demasiado caro, no se ha visto que su uso haya mejorado el pronóstico del Ca. Cu.

Biopsia:

Lo adecuado es la obtención de una biopsia dirigida, si se cuenta con el colposcopio, cuando el frotis de Papanicolaou es anormal, o si hay una lesión de cérvix perceptible a simple vista.

Con cierta frecuencia la toma de biopsia se realiza por cuadrantes. Sin embargo se estima que con esta técnica se pasan por alto el 6% de carcinomas invasores.

Por lo tanto, a menos que estas biopsias muestren un cáncer invasor, -- suele ser necesario obtener una biopsia circunferencial amplia denominada biopsia en cono a fin de estar seguros de no pasar por alto un foco de cáncer invasor del cérvix.

Conización del Cérvix:

Cuando es imposible visualizar la unión escamocilíndrica del epitelio cervical con el colposcopio, la lesión se extiende al interior del conducto y no es posible ver los límites superiores, o no concuerdan con el frotis la valoración colposcópica y la biopsia directa, esta indicado practicar una biopsia en cono.

"La conización diagnóstica es útil no solo para establecer el diagnóstico de carcinoma in situ, sino además muy importante para descartar cáncer invasor, pues siempre hay que recordar que el carcinoma in situ sugiere la existencia de un cáncer invasor verdadero."

Clasificación Clínica del Cáncer de Cérvix.

(Según la F.I.U.O.)

Etapa 0.- Carcinoma in situ. Carcinoma Intracérvical.

Etapa I.- Carcinoma estrictamente circunscrito al cérvix.

Ia.- Carcinoma Microinvasor (invasión precoz del estroma)

Ib.- Todos los demás casos de la etapa I. El cáncer oculto se debe marcar "oc".

Etapa II.- El carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero no ha llegado a la pared pélvica. El carcinoma afecta a la vagina en su tercio inferior.

IIa.- No hay afección evidente del parametrio.

IIb.- Evidente invasión del parametrio.

Etapa III.- El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica.

El exámen rectal revela que entre el tumor y la pared pélvica no hay ningún espacio libre de tumor. El tumor abarca el tercio inferior de la vagina. Deben incluirse todos los casos con Hidronefrosis o Riñón carente de función a menos -- que se tenga otra causa conocida.

IIIa.- El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica.

IIIb.- Extensión a la pared pélvica, Hidronefrosis o Riñón carente de función.

Etapa IV.- El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema vesiculoso en sí no permite incluir el caso en la etapa IV.

IVa.- Extensión de la neoplásia a los órganos adyacentes.

IVb.- Extensión de la neoplásia a organos distantes.

Toda paciente con cáncer cervical debe someterse a la valoración diagnóstica adecuada y ser clasificada formalmente antes de iniciar el tratamiento.

Una vez establecida la etapa, es posible que no se cambie a medida que surgen nuevos acontecimientos en el curso del tratamiento o de la vigilancia ulterior.

En los estadios 0 y Ia, los estudios de extensión complementarios no son necesarios, ya que en estos estadios la lesión esta circunscrita al cérvix.

Tratamiento del Carcinoma Intraepitelial.

El tratamiento del carcinoma in situ del cérvix esta lejos de haberse estandarizado y en la decisión terapeutica influyen muchos factores.

Aunque la radioterapia rara vez se usa, es un tratamiento eficaz y puede considerarse para enfermos que quizá no toleren la cirugía por su estado medico y su edad.

En pacientes típicas que han completado su familia y no objetan la Histerectomía, la intervención quirúrgica aceptable para el carcinoma del cérvix in situ debe ser la Histerectomía Extrafacial con Tercio Superior de vagina y conservar en las mujeres jóvenes un ovario, para evitar sintomatología menopáusica precoz.

Si la paciente objeta la cirugía o desea conservar su potencialidad reproductiva, se puede practicar conización, cauterización o crioterapia como alternativas.

Conización como Tratamiento.

Se reporta que antes del uso del colposcópico se reportan hasta un 20% de fallas comprobadas por frotis subsecuentes.

Actualmente con el uso del colposcópico se menciona solo un 9% de enfermedad residual.

Una de las ventajas de la conización es que preserva la fertilidad, pero se menciona un alto porcentaje de abortos, 24 y 21% en 2 series reportadas de pacientes conizadas.

Como principal complicación de la conización se menciona la hemorragia. Villasanta y Durkan mencionan un 10% de 200 pacientes, con hemorragia postoperatoria, que necesitó transfusión de sangre total en el 3.5% de los casos.

Se menciona infección pélvica y estenosis del cérvix. En pacientes embarazadas hay el peligro de inducir el parto.

Cauterización y Criocirugía.

Tienen la ventaja de que pueden realizarse a pacientes externas. Los resultados a largo plazo no es posible valorarlos aun, pero si partimos de frotis positivos persistentes después del tratamiento, Wilbanks y colaboradores, encontraron que con cauterización la atipia fue curada en 84% de las pacientes.

Con congelación doble, se reportó un 32% sin tumor residual, pero si se empleó una sola congelación, se reporta un 48% de tumor residual.

El tamaño de la lesión también influye en el éxito de la crioterapia. Es importante no olvidar la posibilidad de persistencia o recurrencia de una neoplasia epitelial después de este o cualquier otro tratamiento incluyendo la histerectomía por carcinoma del cérvix in situ.

En resumen las pruebas recientes parecen demostrar que como tratamiento definitivo y con menos problemas de control posterior, el método de - - elección sigue siendo la histerectomía ya sea abdominal o vaginal.

Sin embargo para lesiones de bordes definidos o cuando es de primordial importancia preservar la fertilidad, la conización, cauterización o congelación, pueden emplearse como métodos de sustitución.

El período de vigilancia debiera ser prolongado y más estricto.

El principal problema con estos últimos métodos de tratamiento para el cáncer cervical es que se producen alteraciones morfológicas de las células, lo que trae como consecuencia dificultades en la interpretación de los frotis de control.

Estos métodos de tratamiento en nuestro medio no se han popularizado.

MATERIAL
Y
MÉTODOS.

Se realiza revisión de 33 casos de Ca. Cu. estadio 0 y Ia, tratados en el Hospital "General Ignacio Zaragoza", del I.S.S.S.T.B., por el servicio de Oncología, durante el período comprendido de Junio de 1981 a Febrero de 1984.

Se excluyen de esta revisión los demás estadios del Ca. Cu. (Ib en adelante), así como el Ca. de Endometrio.

Así mismo se excluye a una paciente, en la cual la citología positiva a Ca. Cu. epidermoide; en la biopsia se reporta Ca. Cu. Microinvasor; la paciente presenta cérvix no conizable, y se somete a cirugía, realizándose Histerectomía Extrafacial con tercio superior de vagina.

En el reporte de patología de la pieza quirúrgica es de Ca. Cu. invasor por lo que se decide enviar a la paciente a Radioterapia para su manejo complementario.

El procedimiento de seguimiento en nuestras pacientes es el siguiente: La paciente es enviada por los módulos de detección de Ca. Cu. de las clínicas periféricas de la Institución, por el servicio de Medicina Preventiva del Hospital, o captadas directamente en el servicio de Oncología. Todas las pacientes llegan de primera instancia con el reporte de la citología, siendo este positivo a Ca. Cu.

Si se considera necesario se repite el estudio.

Posterior a la citología se realiza toma de biopsia en cuadrantes o directamente sobre la lesión del cérvix, si es que esta existe.

Posteriormente se valora si la paciente presenta cérvix conizable, siendo el siguiente paso el de la conización.

Yo con el resultado de los tres estudios antes mencionados, y con el diagnóstico bien fundamentado, se le propone a la paciente lo que es el

tratamiento definitivo. Y si la paciente esta de acuerdo y es una mujer con paridad satisfecha, se le realiza Histerectomía Extrafacial con teg-
cto superior de vagina, y dependiendo de la edad se deja un ovario.

A las pacientes se les realiza seguimiento por medio de citologías se-
guidas a fin de detectar una posible residiva.

Este seguimiento sale de la presente revisión, ya que se considera que
por el momento no es estadístico.

En la presente revisión se realiza la comparación entre el diagnóstico
dado por el reporte citológico y el de la biopsia contra el reporte de
la conización.

Y así mismo se realiza la valoración de la efectividad de la conización
como tratamiento definitivo del Ca. Cu. in situ, tomando en cuenta el
tamaño del mismo y el reporte final de patología de la pieza de la Hi-
sterectomía.

Como parámetros de importancia para la presente revisión se tomaron los
siguientes:

Edad, menarca y ritmo menstrual

Inicio de vida sexual activa

Número de compañeros sexuales.

Compañeros sexuales con o sin circuncisión.

Número de embarazos.

Método anticonceptivo.

Y dentro de la sintomatología se mencionan los siguientes:

Leucorrea.

Sangrado transvaginal (postcoito e intermenstrual).

Dispareunia.

Dolor en hipogastrio.

Dentro de la exploración armada, se reporta el tipo de lesión encontrada en el cérvix y si este es conizable o no.

Se toman en cuenta los exámenes de laboratorio preoperatorios, así como exámenes de gabinete como son: teleradiografía de tórax, y en ocasiones urografía excretora o colon por enema.

Los estudios de extensión en los estadios 0 y Ia no se realizan en forma rutinaria. En nuestra serie se realizaron en forma ocasional.

Así mismo se reportan las complicaciones postquirúrgicas inmediatas y _mediatas, que serian las siguientes:

Sangrado postquirúrgico postconización o posthisterectomía.

Infección de Vias Urinarias

Transfusión de Sangre Trans o postquirúrgicamente.

Granuloma piógeno de cúpula vaginal.

Heridas postincisionales.

Material y Métodos.

La presente revisión incluye a 33 pacientes con el diagnóstico de Cáncer Cervical, siendo 29 pacientes con Ca. Cu. In Situ o estadio 0 y 4 pacientes con Ca. Cu. Microinvasor o estadio Ia.

Se divide a las pacientes por grupos de edades, encontrándose que la paciente más joven fué de 27 años de edad y la mayor de 70 años de edad en el momento de realizar el diagnóstico.

<i>de 20 a 30 años.....</i>	<i>3 pacientes - 9.09%</i>
<i>de 31 a 40 años.....</i>	<i>10 pacientes -30.0%</i>
<i>de 41 a 50 años.....</i>	<i>16 pacientes -48.4%</i>
<i>de 51 a 60 años.....</i>	<i>1 paciente - 3.03%</i>
<i>de 61 años o más.....</i>	<i>3 pacientes - 9.09%</i>

Como muestra el cuadro anterior el grupo de la 5a. década es la edad más frecuente en la que se realiza el diagnóstico de Ca. Cu.

En este grupo se encuentra que las pacientes presentan un inicio de vida sexual activa a edad muy temprana, siendo 6 pacientes antes de los 18 años de edad, y siendo la menor de 14 años de edad.

Así mismo se encuentra que en este grupo de edades todas las pacientes son grandes nupcias, con 5 o más embarazos.

Dentro de este grupo se encuentra a 2 pacientes con 2 compañeros sexuales no circuncidados; 6 pacientes con una sola pareja sexual, con el dato de la circuncisión no aportado por las pacientes; 1 paciente con 1 compañero sexual circuncidado y en 6 pacientes desconociéndose el número de compañeros sexuales.

Dentro de este grupo se reportan a 13 pacientes manifestando alguna sintomatología, siendo la principal la presencia de leucorrea.

En el grupo de la 4a. década, encontramos a 3 pacientes menores de 18 años de edad en su inicio de vida sexual activa, siendo la menor de 14 años de edad, la cual corresponde a su menarca.

En este grupo se presenta también un promedio de 5 embarazos por paciente. Así mismo se encontró a una paciente con tres compañeros sexuales no circuncidados; una paciente con dos compañeros sexuales no circuncidados; 4 pacientes con una pareja sexual no circuncidado y en 4 pacientes se negó el dato.

En este grupo de pacientes se encontró a 5 asintomáticas y 5 sintomáticas.

Siendo la sintomatología variada sin predominio de algún síntoma en especial.

En el grupo de la 3a. década se encontró a 2 pacientes con un inicio de vida sexual activa menor de 18 años, siendo una paciente con una edad de 14 años. Se encuentra un promedio de 3 embarazos por paciente.

Hay 2 pacientes con un compañero sexual no circuncidado y la otra paciente niega el dato de la circuncisión.

De las tres pacientes de este grupo, 2 presentan como sintomatología -- la leucorrea.

En el grupo de la 7a. década se encuentra un inicio de vida sexual activa de 18, 25 y 30 años de edad.

Presentando un promedio de embarazos, dentro de este grupo, de 5 por paciente. Las tres pacientes solo reportan 1 compañero sexual, estando 2 de ellos no circuncidados.

De las tres pacientes, dos son asintomáticas y la otra paciente refiere la presencia de leucorrea.

La única paciente del grupo de la 6a. década, presenta un infeio de vida sexual activa a los 22 años de edad.

Con un compañero sexual, no circuncidado. Refiere 6 embarazos y además se reporta asintomática.

Vida Sexual Activa.

Dentro de nuestra revisión encontramos que de las 33 pacientes, 26 tuvieron el infeio de su vida sexual activa dentro de los 14 a los 20 años de edad, lo que corresponde al 78.7% del grupo revisado.

A continuación se realiza la separación de las pacientes por edades.

14 años..... 3 pacientes.	20 años..... 4 pacientes.
15 años..... 1 paciente.	21 años..... 1 paciente.
16 años..... 3 pacientes.	22 años..... 3 pacientes.
17 años..... 5 pacientes.	25 años..... 1 paciente.
18 años..... 8 pacientes.	28 años..... 1 paciente.
19 años..... 2 pacientes.	30 años..... 1 paciente.

Compañeros Sexuales con Circuncisión.

Dentro de la presente revisión, encontramos los siguientes datos con respecto a los compañeros sexuales en relación a la presencia o ausencia de la circuncisión:

- 3 pacientes con 2 compañeros sexuales no circuncidados.
- 1 paciente con 3 compañeros sexuales no circuncidados.
- 10 pacientes con 1 compañero sexual no circuncidado.
- 1 paciente con 1 compañero sexual circuncidado.

Encontrándose el dato solo en 15 pacientes, ya que las demás pacientes niegan la información.

Se hace notar que de los 20 compañeros sexuales mencionados en líneas anteriores, solo 1 presenta circuncisión.

Dentro de este inciso no es posible realizar porcentajes, ya que se desconoce el dato de 18 pacientes.

Método Contraceptivo.

A continuación se menciona la relación del método(s) anticonceptivo(s) que las pacientes utilizaron hasta el momento del diagnóstico del Ca. Cu.

No se menciona el tiempo de utilización del método, ya que el dato no es precisado por las pacientes, por lo que consideramos que no es confiable.

15 pacientes.....	Se niega método anticonceptivo.
6 pacientes.....	Salpingoclasia.
4 pacientes.....	D.I.U.
3 pacientes.....	Hormonales (orales o inyectables.)
2 pacientes.....	Hormonales + Salpingoclasia.
2 pacientes.....	D.I.U. + Hormonales.
1 paciente.....	D.I.U. + Salpingoclasia.

33 pacientes.

Embarazos.

En relación al número de embarazos, se encuentra en la revisión de --- nuestras pacientes que la mayoría son grandes multiparas, con mas de 5_ embarazos como promedio.

Solo se encontró a una paciente con 2 embarazos y a otra con solo 3 em-
barazos.

Sintomatología.

Leucorrea:

Dentro de nuestro grupo de revisión que nos ocupa, encontramos que el -
sintoma más frecuente que nosotros encontramos es la leucorrea.

Del grupo de 33 pacientes, 17 manifestarán la presencia de leucorrea, lo
que correspondería al 51.5% de nuestra serie.

Siendo reportada, excepto en 1 caso, de tipo crónica, con múltiples tra-
tamientos.

En una paciente se menciona de solo 1 mes de evolución, hasta el momen-
to del diagnóstico del Ca. Cu.

Sangrado Transvaginal:

El sangrado transvaginal es una de las manifestaciones que llegan a pre-
sentarse en forma aislada en esta etapa del Ca. Cu.

En nuestra serie de pacientes se encontró que solo 2 (6.06%), referían_
sangrado postcoito y en 5 pacientes se encontró como sangrado intermen-
strual, que corresponde al 15.4%.

En el resto de pacientes, 26 que corresponde al 78.7% se niega el dato.
Aunque es pertinente aclarar que cuando se presenta el sangrado transva-

ginal, hay que hacer mención que este en la gran mayoría de casos no es ocasionado por la neoplasia.

Dispareunia:

La dispareunia es un síntoma el cual se encuentra relacionado con el -- sangrado transvaginal, siendo igual de inespecífico.

En la presente revisión solo encontramos que 3 pacientes (9.09%), referían dispareunia.

Presentando 2 de estas tres pacientes la relación dispareunia-sangrado. Dentro de este aspecto también hay que aclarar que la dispareunia no es motivada por la neoplasia, dentro de los estadios que se están revisando.

Exploración Armada:

En la serie de la presente revisión, a la exploración armada los hallazgos en cuanto al tipo de lesión macroscópica en el cérvix fué el siguiente:

Úlcera.....	10 pacientes	(30.3%)
Ectropión.....	6 pacientes	(18.1%)
Leucoplasia.....	2 pacientes	(6.06%)

18 pacientes. (54.46%)

Encontramos sin lesión alguna al resto de las pacientes, que son en número de 15 y que corresponden al 45.54%.

En nuestra revisión se encontraron a 12 pacientes, las que se referían totalmente asintomáticas, siendo remitidas al servicio por el reporte de la citología, siendo este positivo para Ca. Cu.

Este número de pacientes correspondería al 36.3% de nuestra serie.

Exámenes de Laboratorio:

De los exámenes de laboratorio, los que habitualmente se solicitan en este tipo de pacientes, son los de tipo preoperatorios, que son:

Biometría Hemática, Química Sanguínea, Exámen General de Orina, Grupo y Rh. En nuestra serie la totalidad de las pacientes mostraron exámenes dentro de límites normales, sin que hubiera algún dato que contraindicara la cirugía.

Exámenes de Gabinete:

A la totalidad de las pacientes se les solicita Teleradiografía de Tórax dentro de la serie de exámenes necesarios preoperatorios.

En ninguna paciente se reportó alguna alteración radiográfica a nivel de tórax.

Dentro de otros estudios de gabinete como serían la Urografía Excretora y el Colon por enema se reportan los siguientes estudios:

Urografía Excretora:

Cistocele Grado I..... 1 paciente.

Cistocele Grado II..... 1 paciente.

+

Litiasis Vesicular.

Normal..... 1 paciente.

Del Colon por Enema solo se solicitó 1 estudio siendo este normal.

Metodología.

Dentro de la metodología del estudio de las pacientes para llegar al diagnóstico definitivo y la proposición del tratamiento final, iniciaremos con la toma de la citología.

Citología:

Dentro de nuestra revisión la citología es el estudio inicial de toda paciente que llega al servicio de Oncología.

De nuestra totalidad de pacientes, 53, por el servicio de Medicina Urgentiva dentro de la campaña permanente de detección temprana del Ca. - Cu. se enviarán al servicio de Oncología 9 pacientes, que corresponden al 27.2%.

De las clínicas periféricas de la institución en donde también se realiza la campaña de detección de Ca. Cu. se enviarán 24 pacientes, con citología positiva para Ca. Cu., esto correspondería al 72.8% de nuestra serie.

Enseguida se menciona el reporte de las citologías de las pacientes.

Positivo IV 21 pacientes (63%)

Positivo V 12 pacientes (37%)

Dentro del reporte de la citología solo hay una paciente en la que se reporta que se observa la imagen histológica semejante a procesos virales como el Herpes Cervical.

A continuación reportamos el patrón microbiano de las pacientes, el cual es reportado con la citología:

Baciliforme	14 pacientes	(42.4%)
Cocoide	11 pacientes	(32.3%)
Clasificación no posible.....	6 pacientes	(16.0%)
Tricomonas	1 paciente	(3.03%)
Monilias	1 paciente	(3.03%)
Esporas	1 paciente	(3.03%)
Mixto	1 paciente	(3.03%)

Como vemos, el patrón microbiano reportado en la citología más frecuente es el Baciliforme, seguido del cocoide, siendo otras etiologías en porcentaje mínimo.

Has adelante se hace el comentario sobre el papel que tiene en la etiología la presencia de infecciones vaginales de determinados agentes en el Ca. Cu.

Biopsia.

El siguiente estudio dentro de nuestra metodología en el diagnóstico -- del Ca. Cu. es la biopsia del cérvix.

La misma es tomada directamente sobre la lesión del cérvix, si es que la hay, o en forma horaria por cuadrantes, con pinza especial para la toma de biopsia en sacabocado.

Enseguida se menciona el reporte Histopatológico de la revisión que nos ocupa:

Ca. Cu. <i>Epidermoide In Situ</i>	23 pacientes (69.6%)
Ca. Cu. <i>Microinvasor</i>	4 pacientes (12.1%)
Ca. Cu. <i>Epidermoide In Situ con Extensión</i>	
<i>Glándular</i>	1 paciente (3.03%)
Ca. Cu. <i>Intraepitelial</i>	1 paciente (3.03%)
<i>Displasia Moderada</i>	2 pacientes (6.06%)
<i>Metaplasia Escamosa Madura e Inmadura</i>	1 paciente (3.03%)
<i>Lesiones Semejantes a Proceso Viral</i>	1 paciente (3.03%)

33 pacientes (100%)

En una de las pacientes en las que se reportaron Ca. Cu. *Microinvasor*, en la biopsia es tomada toda la lesión, ya que en el reporte histopatológico de la conización y de la pieza quirúrgica de la histerectomía (útero, anexos y tercio superior de vagina) no se menciona carcinoma residual.

Conización.

Dentro de nuestra metodología, en el diagnóstico del Ca. Cu. posterior a la citología y a la biopsia, contamos con la conización del cérvix. La conización diagnóstica es útil no solo para establecer el diagnóstico del carcinoma in situ, sino que además es muy importante para descartar un cáncer invasor, pues siempre hay que recordar que el carcinoma in situ suele existir en la periferia de un carcinoma invasor verdadero. A continuación se menciona el reporte histopatológico de la conización en nuestra serie :

Ca. Cu. Epidermoide	24 pacientes (72.7%)
	con 1 extensión glándular.
Ca. Cu. Epidermoide Microinvasor.....	4 pacientes (12.1%)
	con 1 extensión glándular.
No Contables	3 pacientes (9.09%)
Sin Carcinoma Residual	1 paciente (3.03%)
Inflamación Crónica	1 paciente (3.03%)
<hr/>	
33 pacientes (100 %)	

Con el reporte antes mencionado, vemos que los diagnósticos de la contización concuerdan en forma completa con el reporte de la biopsia, dado por el servicio de Histopatología.

Histerectomía.

El siguiente paso dentro de nuestra metodología, ya con el diagnóstico confirmado de Ca. Cu. In situ o Microinvasor, por medio de la citología biopsia y la contización, es la Histerectomía Extrafacial con Terete superior de Vagina y dependiendo de la edad se deja un ovario.

Previamente se le informa a las pacientes del método quirúrgico al cual será sometida, indicándosele como el tratamiento definitivo.

En nuestra revisión todas las pacientes refirieron paridad satisfactoria, por lo que ninguna rechazó la Histerectomía como tratamiento definitivo.

A continuación se menciona el reporte histopatológico de la pieza quirúrgica posterior a la Histerectomía.

Con Ca. Residual	11 pacientes	(33.3%)
Sin Ca. Residual	19 pacientes	(57.5%)
No Contizadas	3 pacientes	(9.0%)

33 pacientes (100 %)

Otros diagnósticos histopatológicos de la pieza quirúrgica por intersección:

Exo y endocervicitis crónica inespecífica	8 pacientes.
Quiste Paratubario	3 pacientes.
Metaplasia escamosa madura e inmadura.....	4 pacientes.
Endometrio atrofico	2 pacientes.
Adenomatosis	1 paciente.
Leiomioma	2 pacientes.
Displasia	1 paciente.

Cirugías Agregadas.

Durante el acto quirúrgico de la histerectomía ampliada, en solo 2 pacientes se realizó otra cirugía, siendo en estos dos casos Apendicectomía Profiláctica. Con una evolución de las pacientes en la forma acostumbrada, sin modificar el tiempo de estancia hospitalaria.

Cirugías Previas.

En la revisión que nos ocupa, se encontró que 1 paciente presenta antecedente de resección de quiste dermoide de ovario izquierdo 2 años y medio antes de la actual cirugía, evolucionando sin complicaciones.

En 6 pacientes se encontró el antecedente de *Apendicectomía*, por cuadro agudo, con evolución satisfactoria, sin complicaciones.

Transfusiones.

A toda paciente sometida al acto quirúrgico, *Histerectomía Extrafacial*, se le solicitan 2 unidades de sangre total, para tenerla disponible en caso de algún accidente transoperatorio.

En nuestra serie de 33 pacientes, se encontró que solo a 7 se les necesitó transfundir trans o postoperatoriamente, lo cual corresponde al 21.2% de nuestra serie.

Complicaciones Postquirúrgicas.

A continuación se mencionan las complicaciones en la serie de nuestras pacientes, a quienes se les realizó *Histerectomía Extrafacial con Tegcicio Superior de Vagina*.

En una sola paciente se realizó la *histerectomía* de urgencia debido a sangrado postcoización.

No habiendo ninguna complicación durante el trans y el postoperatorio inmediato y mediato.

A continuación se mencionan las complicaciones que presentaron las pacientes durante su estancia en el hospital:

<i>Infecciones de Vías Urinarias</i>	3 pacientes.
<i>Cuadro Bronquítico</i>	1 paciente.
<i>Cuadro Ictérico</i>	1 paciente.
<i>Sangrado Postcoización</i>	1 paciente.

Complicaciones Postoperatorias Tardías.

Granuloma Piogeno de Cupula Vaginal 9 pacientes.

Hernia Postincisional 1 paciente.

Correspondiendo a complicaciones inmediatas el 18.1% y a complicaciones tardías el 30.3%.

Correspondiendo a una morbilidad postoperatoria del 48.4% .

No hubo mortalidad en nuestro grupo revisado.

Medidas del Cono Cervical en centímetros.

A continuación mencionaremos la relación existente en las medidas de la conización cervical con el reporte final de histopatología, en el que se menciona si hay o no tumor residual.

Hay que recordar que en nuestra serie de pacientes hubo 3 que no fueron sometidas a la conización.

Dentro del grupo en que se reporta tumor residual, posterior a la conización tenemos 11 pacientes.

Siendo el tamaño del cono, en promedio de 2.68cm X 2.13cm X 1.35cm.

Siendo las medidas más pequeñas de 1.5cm X 1.5cm X 1 cm y las medidas más grandes de 3.5cm X 3cm X 2.5cm.

En el grupo en el cual se reporta sin tumor residual, tenemos 19 pacientes con un tamaño promedio del cono de 3.07cm X 2.15cm X 1.76cm.

Presentando el cono más pequeño las siguientes medidas 2cm X 1.5cm X 1cm y el tamaño del cono más grande es el siguiente 3.5cm X 3 cm X 2.5cm .

Se hace mención en que en ninguna de las conizaciones se reportó lesión cerca de los bordes, y como hay una gran incidencia de lesiones residuales en la pieza quirúrgica, el revisar las dimensiones del cono es un -

intento de explicar la alta incidencia de cancer residual, puesto que la multicentricidad del Ca. Cu. no es una explicación factible, aunque posible.

Tiempo promedio desde que se estableció el diagnóstico citológico hasta que se realizó el tratamiento definitivo.

En nuestra serie de pacientes encontramos que 6 pacientes presentaron un tiempo entre el diagnóstico citológico y el tratamiento definitivo de 6 meses o más, lo que se considera como causas ajenas al servicio, atribuyendosele el motivo de la tardanza a las pacientes.

El tiempo en meses de las 6 pacientes fué el siguiente: 6, 6.5, 7.5, 8, 8 y 10 meses respectivamente.

Este número de pacientes corresponde al 18.1% de nuestra serie.

Y en la totalidad de nuestras pacientes, 33, el promedio de meses entre el diagnóstico citológico y el tratamiento definitivo fue de 3.75 meses.

El promedio de estancia hospitalaria para la contusión es de 36 horas haciendose notar que en solo 1 paciente se presentó como complicación la Hemorragia, realizandosele la histerectomía extrafacial ampliada de urgencia, sin complicaciones.

En lo que se refiere a la estancia hospitalaria posthisterectomía esta es en promedio de 4 días. En nuestra serie solo hubo 1 paciente que presentó una estancia de 11 días debido a la aparición de Cuadro Ictérico, presentando Pruebas Funcionales Hepáticas dentro de la normalidad, solo con las bilirrubinas elevadas, el resto normales.

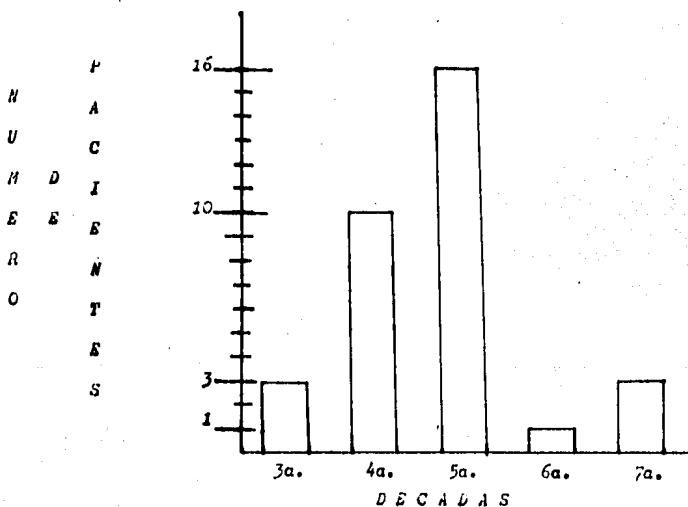
CONCLUSIONES

Dentro de nuestro estudio el primer dato a analizar es el de la edad de la paciente en el momento de realizar el diagnóstico.

Encontramos que la mayor frecuencia se encontró de los 31 a los 50 años de edad, siendo en total 26 pacientes en mencionado rango, lo que corresponde al 78.7% de nuestra serie.

El carcinoma del cérvix es una enfermedad de la 4a. y 5a. décadas de la vida. Lo que está de acuerdo con lo escrito por diferentes autores de que el carcinoma in situ es una enfermedad de mujeres jóvenes, más común entre los 25 y 40 años de edad. Dato muy semejante en el estudio.

Múltiples estudios han relacionado el carcinoma del cérvix con un bajo nivel socioeconómico, y es difícil separar los factores de raza, costumbres, religión etc..

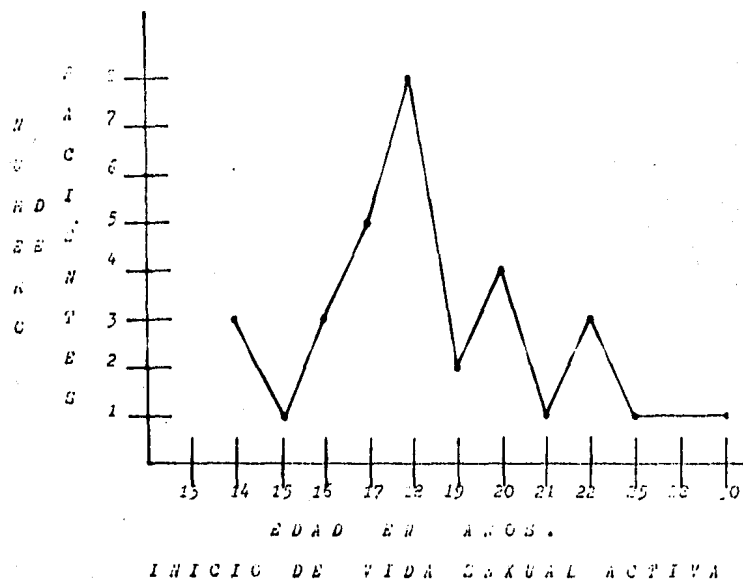


Epidemiología.

Dentro de las neoplasias que se encuentran en el sexo femenino, el cánccer del cuello uterino ocupa el primer lugar en nuestro medio.

Se concluye que el inicio de una vida sexual temprana y activa es un -- factor predisponente importante, ya que se observó que en nuestra revisión, 26 de las 33 pacientes, tuvieron un inicio de vida sexual activa entre los 14 y 20 años de edad, lo que corresponde al 78% de nuestras -- pacientes.

Rotkin ha reportado en sus series de estudios que de los 15 a los 20 -- años de edad es el periodo susceptible en que la primera relación se-xual y las siguientes predisponen ulteriormente al cánccer cervical.



Compañeros Sexuales con Circuncisión.

Respecto a este punto nosotros encontramos que en nuestra serie, 15 pacientes refirieron el dato, de las cuales 14 tenían compañero(s) sexual(es) no circuncidado. Solo una paciente tenía compañero sexual con circuncisión.

Dentro de este punto hacemos notar que tres pacientes tuvieron 2 compañeros sexuales no circuncidados y una paciente con 3 compañeros sexuales no circuncidados.

Suponemos que las restantes, osea 18 pacientes, que no dieron el dato, tienen compañero sexual no circuncidado, ya que provienen de medio socioeconómico bajo.

Por lo que concluimos que por lo menos en nuestra población atendida en el hospital, que es de nivel socioeconómico bajo por lo general, con mg dadas higiénicas deficientes, la pareja sexual no circuncidada si pudie ra ser un factor de riesgo en la etiología del cáncer cervicouterino.

Se reporta que en la mujer judía la frecuencia del cáncer cervical es - baja, ya que en dicha religión al varón se le somete a circuncisión a - edad temprana.

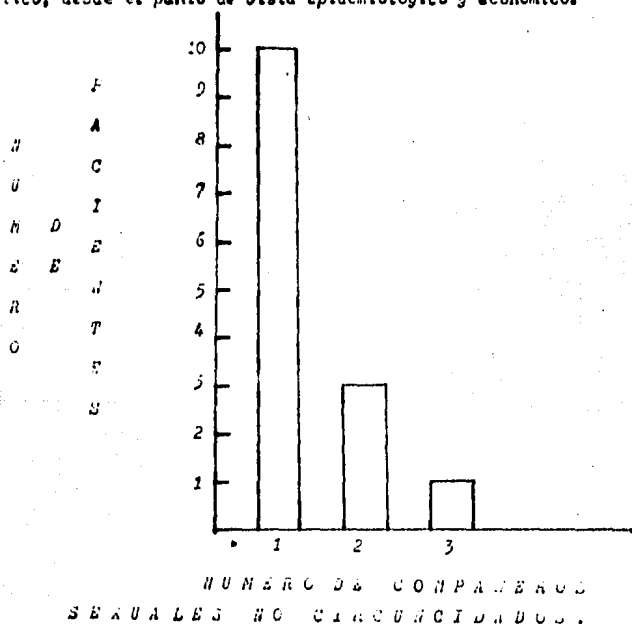
Ackerman y Regato, postulan que quizá la mujer judía tenga una resisten cia genética a este tumor.

Aunque también hay estudios que reportan que no hay relación directa en que si el compañero sexual está o no circuncidado. Lo que apoyaría lo - que postulan Ackerman y Regato.

Hay que mencionar los factores como promiscuidad sexual y la falta de - adherencia a la doctrina mosaica, que impide el contacto sexual despues de la menstruación, por lo menos durante 10 días.

En relación a la promiscuidad sexual, se ha sospechado que pudiera intervenir algún agente infeccioso, como sería por Tricomonas, Chlamydia y Condilomas, así mismo se menciona el esmegma y el sémen.

No pudiendo relacionar estos datos con nuestro estudio ya que en ninguna paciente se realizó cultivo, pero el patrón bacteriano en el exámen citológico fué básicamente baciliforme en un 42.4% y coccoide en un 33.3%. Por la clase socioeconómica de nuestro medio existe una gran incidencia de infecciones por bacterias baciliformes y coccoides por lo que no podemos relacionar estos hallazgos como factores de riesgo en la etiología. Además a ninguna paciente se le realizó cultivo por no considerarlo -- práctico, desde el punto de vista epidemiológico y económico.



Método Contraceptivo.

En nuestra serie solo 8 pacientes utilizaron contraceptivos hormonales, ya fueran orales e inyectables.

No podemos correlacionar este dato, pero se menciona en la literatura mundial que no existe evidencia definitiva entre el uso de anticonceptivos orales con el carcinoma cervical.

Número de Embarazos.

Durante años se ha mantenido la impresión de que las mujeres con hijos tienen mayor tendencia a sufrir cáncer cervical que las nulíparas.

En nuestro estudio encontramos que un gran porcentaje de pacientes con Ca. Cu. eran grandes multíparas, con un promedio de 5 embarazos.

Por lo que concordamos con lo que se menciona en la literatura, de que un gran número de embarazos es un factor predisponente para el cáncer cervical.

Sintomatología.

Leucorrea.

Dentro de la sintomatología en nuestra serie, el dato de leucorrea se encontró en 17 pacientes, 51.5%, siendo en 16 pacientes de tipo crónico mal tratado.

Se observó que la cervicitis crónica es un factor predisponente para el Ca. Cu., hecho que fué corroborado por nuestro estudio.

Sangrado Transvaginal.

Encontramos en nuestra revisión que solo dos pacientes refirieron sangrado postcoito y en 5 se manifestó como sangrado intermenstrual, lo que en total correspondería al 21.7% .

Se menciona que el sangrado transvaginal es una de las primeras manifestaciones en estadios avanzados de la enfermedad y no lo es en la enfermedad temprana como en el estudio que nos ocupa.

Dispareunia.

Es un síntoma que solo lo encontramos en tres pacientes y en dos de ellas tenía relación con el sangrado transvaginal, por lo que se aclara que también es un dato de enfermedad avanzada, en la mayoría de los casos.

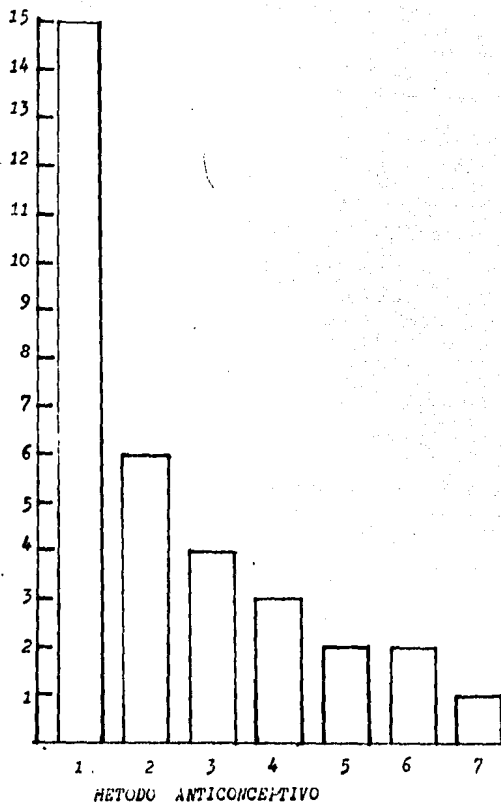
Y en caso de no ser por la neoplasia, se deberá investigar la causa.

Gráficas en hojas siguientes.....

N
U
M
E
R
O

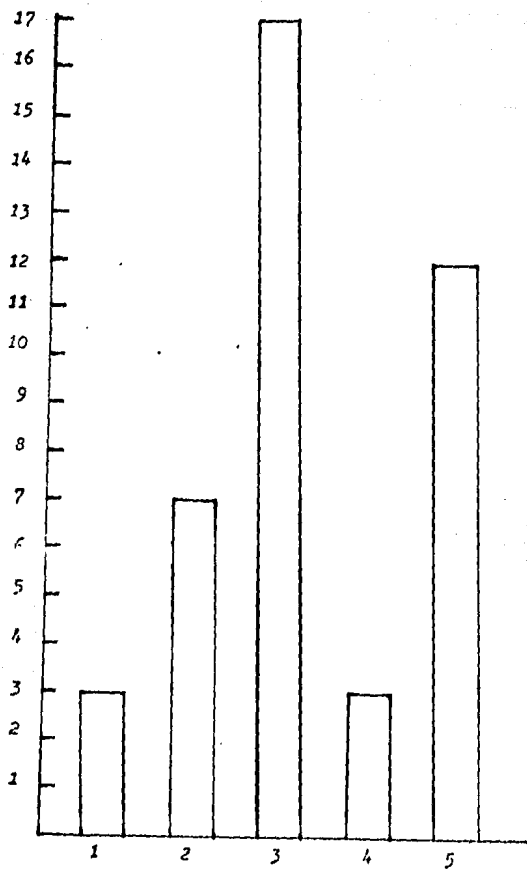
D
E

P
A
C
I
E
N
T
E
S



- 1.- Se niega método anticonceptivo.
- 2.- Salpingoclasta.
- 3.- D. I. U.
- 4.- Hormonales orales y/o inyectables.
- 5.- Hormonales + Salpingoclasta.
- 6.- Hormonales + D. I. U.
- 7.- Salpingoclasta + D. I. U.

P
N A
U C
M D I
E E E
R N
O T
B
3



S I N T O M A T O L O G I A

- 1.- Dispareunia.
- 2.- Sangrado Transvaginal.
- 3.- Leucorrea.
- 4.- Dolor en Hipogastrio.
- 5.- Anisotomdicas.

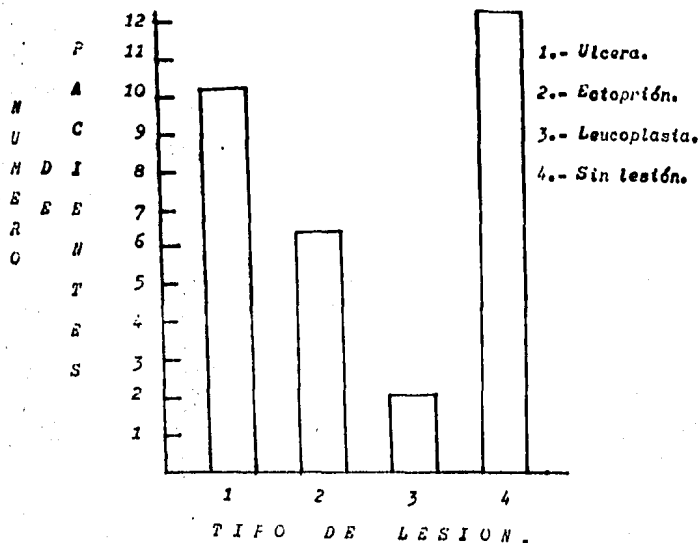
Exploración Armada.

En la exploración con espejo vaginal, observamos que en 10 pacientes se encontró como lesión una úlcera, en otras 6 pacientes se encontró ectoprión y leucoplasia en 2 pacientes.

Lo que en conjunto forma un total de 18 pacientes con lesión macroscópica que corresponde al 55%.

Concluimos que existe lesión macroscópica detectable a la exploración armada en un gran porcentaje de pacientes con cáncer cervical en estadios iniciales, como los de nuestro estudio.

En lo que se refiere a las pacientes completamente asintomáticas, que fueron derivadas por citología positiva a cáncer cervical, fueron un total de 12 pacientes, que corresponde al 36.3%.



Exámenes de Laboratorio.

Se encontró que en la totalidad de las pacientes presentaban exámenes preoperatorios dentro de límites normales.

Ninguna de nuestras pacientes presentó alguna enfermedad o padecimiento concomitante que contraindicara la cirugía.

Nosotros encontramos que en nuestra serie de pacientes el grupo "O" con Rh +, fue el más frecuente, 26 pacientes (78.7%) .

Este hecho no ha demostrado que tenga relación como factor de riesgo -- dentro de la etiología del Ca. Cu., ya que en nuestro medio este grupo y Rh es el más frecuente.

Exámenes de Gabinete.

Dentro del estudio integral de la paciente, se solicitan Telerradiografía de tórax, no encontrándose ninguna patología en las pacientes.

En todas las pacientes se les realizó Urografía Excretora, detectándose Cistocèle y Litiasis Vesicular como hallazgo, y un Colon por enema, siendo éste de caracteres normales.

Estos y otros estudios de extensión no son necesarios en el estudio rutinario de las pacientes con cáncer cervical en estadio 0 y Ia.

Citología.

Todas las pacientes presentaron examen citológico, siendo positivo IV - en un 63% y positivo V en un 37 % para cáncer cervical.

En solo una paciente se reportaron imágenes histológicas semejantes a - proceso viral como el Herpes Cervical.

El examen citológico da una positividad del 100% de enfermedad maligna - ya que a través de este estudio nos permite realizar el diagnóstico de -

cáncer temprano, mucho antes de que se presente alguna sintomatología. Se han reportado hasta un 20% de negativas falsas, dato que en nuestra serie no se detectó.

Biopsia.

Se toma directamente de la lesión en pacientes que la presentan y/o por cuadrantes. El reporte histopatológico no varía del reporte de la citología. El tipo histológico correspondió a Ca. Cu, epidermoide in situ en un 69.6% y a Ca. Cu. Microinvasor en un 12.1% .

Se reportó una paciente con lesiones semejantes a proceso viral.

En una paciente la biopsia fue curativa, ya que en el cono y en la pieza de la histerectomía no se encontró tumor residual.

La biopsia es dentro de la metodología de estudio de las pacientes, un método que confirma el diagnóstico de carcinoma; esta debe ser obtenida del área sospechosa y de los cuadrantes del cérvix.

Sin embargo con la biopsia se estima que se pasa por alto el 6% de los carcinomas invasores.

Conización.

La conización dentro de nuestra metodología no sirve para confirmar en definitiva el diagnóstico de Ca. Cu.

Y en nuestro estudio la comparación entre el resultado de la biopsia y el cono no varió en ninguno de los casos, excepto que hubo un carcinoma epidermoide de mas.

Aclaramos que el cono en nuestro hospital no se utiliza como tratamiento, sino con fines diagnósticos.

Y tambien concluimos que la biopsia es un método seguro para realizar el diagnóstico de Ca. Cu. siempre y cuando se haga posteriormente la conización.

El cono como tratamiento es aceptado por algunos autores, quienes reportan una falla del 20%, comprobada con frotis subsecuentes y que actualmente con el uso del colposcopio mencionan un 9% de enfermedad residual quedando claro que el uso de este medio no ha mejorado el pronostico del Ca. Cu., así como de ser un aparato demasiado caro y sofisticado. En nuestro medio no se utiliza.

La conización se utiliza en pacientes que desean continuar con su vida reproductiva o en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

En las piezas obtenidas en nuestro estudio no se reportan márgenes, por lo que no es posible utilizar el cono como tratamiento.

Benedet en una revisión del tejido extirpado por conización, se encontró que el 25 % tenía existencia incompleta de la lesión, con displasia o con Ca. Cu. in situ extendido a los márgenes de la excisión.

La principal morbilidad de la conización es la hemorragia postoperatoria. Villasanta y Durkan reportan un 10% de complicación por hemorragia con el 3.5% de los casos transfundidos.

Nosotros tuvimos una paciente con hemorragia que requirió de transfusión e histerectomía de urgencia, sin mortalidad. Esto equivale al 3.3% de las pacientes conizadas.

Histerectomía

Carcinoma In situ o Estadio 0.

Las pacientes con carcinoma in situ, dentro de las cuales se incluyen -

aquellas con severa displasia, son mejor tratadas con una Histerectomía total abdominal con o sin segmento de vagina. La decisión de extirpar - los ovarios depende del estado de estos y la edad de la paciente.

Cuando las pacientes desean mas embarazos, pueden ser tratadas conseruadamente con conización, crioterapia, radioterapia, rayo laser o cauterización.

El inconveniente de la conización como tratamiento es el de la posibilidad de dejar cancer invasor en la periferia del corte, o el alto indice de residiva.

Con los otros métodos, el principal problema es el producido a nivel -- del epitelio, provocandose alteraciones celulares que en determinado momento dejan duda en que si la paciente presenta o no cáncer cervical.

Por lo que en nuestro hospital no es aceptado como forma de tratamiento definitivo.

De nuestras pacientes, de las cuales 29 tenían el diagnóstico de Ca. Cu in situ, se les realizó Histerectomía Extrafacial con tercio superior - de vagina y según la edad ooforectomía uni o bilateral.

Nosotros no manejamos a las pacientes con Ca. Cu. in situ con radioterapia, pero en la Universidad de Washington las han manejado con Radium - intracavitario unicamente, con dosis de 5000 miligram/hora (mgh) y no reportan recurrencias.

Se reporta que la recurrencia del Ca. Cu. in situ despues de la histerectomía es del 0.7 al 6.6%.

Encontramos en nuestra revisión que en 11 pacientes hubo reporte de cánc_{er} residual en la pieza quirúrgica posterior a la histerectomía, lo que corresponde al 33.3%, que es un porcentaje alto en relación a otras se-

ries reportadas en la literatura mundial, que es del 9% de cáncer residual, como se ha mencionado en hojas anteriores.

Estadio Ia.

La definición de microinvasor es la invasión temprana del estroma por el epitelio neoplásico hasta una profundidad de 3mm y en la que no se demuestra afección linfática o vascular.

La histerectomía extrafacial total abdominal ha sido evocada como tratamiento del carcinoma in situ y estadio Ia.

Los estudios de Boyes y colaboradores, Christopherson y colaboradores y Ng y Reagan indican que las recurrencias son una rareza y que los índices de supervivencia se aproximan al 100%, cuando la lesión es un pequeño foco aislado de 3 mm de profundidad y sin afectar el espacio linfático.

En nuestra serie de las 11 pacientes en quienes se reportaron con cáncer residual, el tamaño del cono fué en promedio de 2.66cm X 2.13cm X 1.35cm; siendo el cono mas grande de 3.5cm X 3cm X 2.5cm y el mas pequeño de 1.5cm X 1.5cm X 1cm.

En las pacientes en quienes se reportó sin cáncer residual, el tamaño promedio del cono fué de 3.07cm X 2.15cm X 1cm, y siendo el de mayor tamaño de 3.5cm X 3 X 2.5cm, y el mas pequeño de 2cm X 1.5cm X 1 cm.

Por lo que concluimos que en nuestra serie debido al alto porcentaje de cáncer residual postcoización, todas las pacientes con cáncer cervical in situ y estadio Ia, deben ser sometidas a la histerectomía extrafacial con tercio superior de vagina postcoización y desechar como tratamiento el cono y solo utilizarlo como medio diagnóstico.

Tambien concluimos que este método de manejo es efectivo en cuanto a la concordancia entre el diagnóstico de biopsia y pieza, que tiene una baja morbilidad, y que el seguimiento posterior de las pacientes se realiza como en una mujer libre de carcinoma, tomándosele cada 6 meses citologías vaginales.

Y ademas no se tienen las dificultades para evaluar las citologías como en la fulguración y crioterapia, por modificación en el epitelio, que en un momento dado pueden llevar a dudas diagnósticas.

En el resto de conclusiones y hallazgos que hemos obtenido de acuerdo a la edad en que se realiza el diagnóstico, inicio de vida sexual activa, gestas, compañeros sexuales con circuncisión o sin ella, estan en completa relación a lo descrito en los reportes de la bibliografía a nivel mundial.

BIBLIOGRAFIA.

Cáncer Cervico Uterino.

De Vita Vincent.

Principios y Práctica Clínica Oncológica

Edición en Inglés, 1982

Carcinoma del Cuello Uterino.

Capítulo 12.

Páginas de la 299 a la 351

Novak

Tratado de Ginecología

Edición en Español, 1984

Ackerman LV, del Regato JA

Cáncer: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico.

Páginas 717 a la 819.

St. Louis CV Mosby. 1977

Christopherson WM, Parker JE.

Relation of Cervical to early marriage and Childbearing.

N. Engl. J. Med. ; 273: 235 a la 239.

1965

Boyce JG, Lu T, Nelson JH Jr. et al.

Cervical Carcinoma and oral contraception.

Gynecol. Invest. 40:139 a 146.

1972

Melaned MR, Flehtinger BJ.

Early incidence rates of precancerous cervical lesions, in women using -
contraceptives.

Gynecol. Oncol. 1: 290 a 298.

1973

Rothin ID.

Adolescent and cervical cancer associations of related events with in-
creased risk.

Cancer Res. 27: 603 a 617.

1967.

Boyce et al.

Prognostic factors in stage I carcinoma of cervix.

Gynecologic Oncology. 12: 154 a 165.

1981.

Benedet et al.

Colposcopy , Conization, Hysterectomy.

Obstetrics and Gynecology

Vol. 60 No. 5 Nov. 1982.

Seibel, Freemann and Graves.

Hysterectomy for carcinoma in situ and sexual function.

Gynecology Oncology 11 : 195 a 199.

1981

Reddy et al.

Carcinoma of the Uterine Cervix.

Cancer 47: 1916 a 1919.

1981

Benedet et al.

Colposcopic evaluation of patients with abnormal cervical cytology.

Br. J. Obstet. Gynecol. 83: 177.

1976.

Javahert et al.

Cryotherapy in CIN.

Obstetrics and Gynecology.

Vol. 58 No. 1.

July 1981.

Creasman et al.

**Efficacy of Cryosurgical Treatment of severe cervical intraepithelial -
neoplasia.**

Obstetrics, Gynecol. 41 : 501

1973

Kenneth et al.

Cryosurgery of cervical intraepithelial neoplasia.

Obstet. Gynecology 57 : 692.

1981.

Funnell and Merrill

Recurrence after treatment of carcinoma in situ the cervix.

Surg. Gynecol. Obstet. 117 : 15

1983.