

1126  
243

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 MORELIA, MICH.



**“Incidencia de Carcinoma Cervicouterino de 1979 a 1983 entre Oaxaca y Michoacán.”**

**T E S I S**

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

**M E D I C I N A F A M I L I A R**

PRESENTA

**Dr. Sergio Lenín Ramírez Romero**

ASESOR DE TESIS:

**DR. JESUS CASILLAS URRUTIA**

**FALLA DE ORIGEN**

**FALLA DE ORIGEN**

MORELIA, MICH. FEBRERO DE 1985.



## **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.

## C O N T E N I D O

RESUMEN-----	2
INTRODUCCION-----	4
ETIOLOGIA-----	6
REVISION-----	7
CLASIFICACION ( FIGO )-----	21
JUSTIFICACION-----	33
MATERIAL Y METODO-----	34
RESULTADOS-----	34
CONCLUSION-----	42
COMENTARIO-----	43
BIBLIOGRAFIA-----	46

INCIDENCIA DE CARCINOMA CERVICOUTERINO DE 1979 A 1983 -  
ENTRE OAXACA Y MICHOACÁN.

Resumen ( SPN )

Se revisó en un periodo de 5 años ( 1979 a 1983 ) la incidencia de Ca Cu en los Hospitales Regionales de zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de los estados de Oaxaca y Michoacán. Los resultados indicaron una tasa por 100 000 media para el estado de Michoacán de 64.42 mientras para el estado de Oaxaca la tasa media en los 5 años fue de 50.5 por 100 000.

La quinta decada de la vida es la etapa en que se diagnosticó con mayor frecuencia. La iniciación de la vida sexual activa ocupa la mayor frecuencia en el grupo de 15-18 años de edad en ambos estados. Con relación a la paridad en ambas entidades se obtuvo un 35% para las multigestas con la diferencia en las nuliparas que logran de 1.4 a 1.8% en Michoacán y Oaxaca, respectivamente. Los principales síntomas encontrados fueron 30% hemorragias vaginales, 70% flujos vaginales, asintomática 25% en Michoacán. Siendo en Oaxaca 73% de hemorragias vaginales, 36% flujos vaginales y 7.5% asintomáticas.

En Oaxaca se encontraron 53.3% de Ca Cu en etapa I y el 03.1 en etapa I en Michoacán. Siendo de estos el 99% carcinomas epidermoides.

Continua siendo las mujeres de alto riesgo aquellas que renunen precocidad sexual, multigestas con flujos vaginales, sangrados vaginales y aun las asintomáticas dentro de la 5a. decada de la vida.

## RESUMEN ( ING )

To Review in period of five years ( 1979-1983 ) the incidence of cervicouterine cancer in the Hospital Center No. 1 Secure Social Mexican Institute in the estate of Michoacán and Oaxaca.

The result to get a rate per 100 000 to measure for estate Michoacán of 64.42 while for Oaxaca state -- the rate measure in five years of 50.5 00/000.

The fifth decade of live is the stage in than diagnostic with greater frequency. The to commence of live sexual active occupy the greater frequency in the group of ( 15-19 ) years age in both state.

With relate a to bring forth in both entities, to get 35 per cent for multiple pregnancies. With the difference in nullity pregnancy than to achieve 1.4 per cent a 1.3 per cent in Michoacán y Oaxaca respectively.

The principal symptom to find 63 per cent vaginal bleeding 70 per cent vaginal discharge, asymptomatic 25 per cent in Michoacán in Oaxaca 36 per cent discharge vaginal 73 vaginal bleeding 7.5 per cent asymptomatic.

In Oaxaca to find 53.3 per cent in stage I and 63.1 per cent in stage I 63.1 per cent in stage I in Michoacán.

The clinical stage most frequently found of these, 99 per cent were squamous cell carcinoma of the uterine cervix.

To continue consider high risk patients those who the ones who marry early, multiple pregnancies with vaginal discharge, vaginal bleeding and asymptomatic in fifth decade of live.

## INTRODUCCION

El Ca Cu patología tan antigua como el hombre mismo tan frecuente como la injusticia de esta tierra, tan preocupante como la miseria, tan estudiada como los múltiples estudios realizados para dar luz a las incógnitas que nos presenta de ellos se han escrito infinidad de artículos todos ellos encaminados a dar en una u otra forma en poco o mucha información para la mejor comprensión de dicha neoplasia, siendo en la actualidad la más conocida.

En Malawi de 1975 a 1973 se encontraron 460 casos positivos que representan 36.3% de los tumores en dicho país.

Haenszel y Hillhouse dan 14.9 00/000 para la población femenina en N. Y. las proporciones varían según grupos sociales y étnicos 3.6 00/000 para mujeres judías 97.6-00/000, para mujeres de Pto. Rico; para mujeres negras-47.3 00/000 y 13.5 00/000 para mujeres blancas.

En Toledo CHIC durante un rastreo de 20 años de 1955- -1974 la frecuencia declinó de 35.5 00/000 a 15.7 00/000

En Israel de 1961 a 1971 se encontró 0.27 00/000 de positividad siendo las más bajas del mundo.

De 1966 a 1975 durante una búsqueda se encontró en indios apaches 9.7 00/000 de positividad.

En México en ciudad Obregon, Sonora de 1975 a 1979 se estudiaron 1760 casos de los cuales correspondieron 600 casos a la positividad con un 34% de frecuencia.

Sólo una imagen para situar a México en relación a otros países y ver la magnitud de esta neoplasia, es necesario tener conciencia para en base a ello tener un modelo de adm médica capaz de hacer frente a esta problemática de salud.

El CaCu, la TBp, la amibiasis, desnutrición son parame -  
tros indiscutibles para catalogar el grado de desa---  
rrollo de cualquier país, así pues es importante co---  
nocer los factores que se relacionan en la etiopatoge  
nia del CaCu, para plantear soluciones a éstos.

Es imperioso y obvio decir que: es mejor prevenir que  
curar.

Es mejor ser que no ser, es mejor conocer que ignorar  
obvio...

## ETIOLOGIA.

(Etiología Unicausal o multifactorial )

El cáncer sintomático invasor puede implicar un lento - proceso quizá 10 años más desde que aparece el CaCu hasta convertirse en invasor.

Se plantean múltiples factores sociales, étnicos, económicos, genéticos, circuncisión, higiene, esmegma, precocidad sexual, multiparidad, múltiples compañeros, relaciones sexuales dentro de la primera semana después del sangrado catemenial DNA del espermatozoide ( copleson y col ) Chlamydias virus herpes 2 simple (tobin y col) trocnomonas, Aps a adenovirus y micoplasma Pneumoniae.

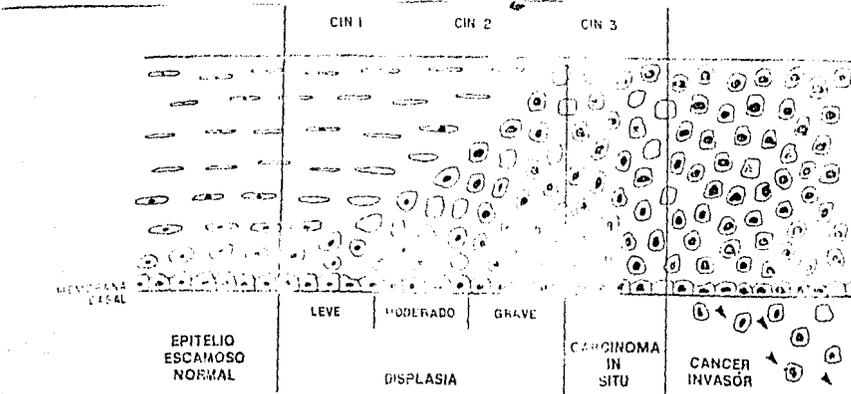
## Revisión.-

El carcinoma intraepitelial *in situ* corresponde a la etapa 0 de la clasificación internacional del carcinoma cervicouterino, por sus características colposcópicas y cito-histológicas, constituyen la tercera etapa de la neoplasia intraepitelial cervical ( NIC 3 ) que se inicia con la displasia leve del epitelio cervical. Es una lesión en todo semejante al cancer francamente invasor , del que se distingue por estar limitada al epitelio y por no tener capacidad de invadir ni de dar metastasis microscópicamente se observa ocupando todo el espesor del epitelio cuya arquitectura trastorna totalmente, respeta la membrana basal y esta constituida por células anaplasicas, inmaduras, con atipias nucleares y polaridad perdida, así como mitosis normales anormales aún en las capas más superficiales.

El carcinoma intraepitelial no se establece como tal desde el principio, sino que antes pasa por una serie de alteraciones displasicas de gravedad progresiva que muy probablemente se inicie a partir de las células basales del epitelio estratificado de las células de reserva localizadas en la proximidad de la zona de con ju ni ón es ca mo - ci l í n d r i c a . Estas alteraciones pueden extenderse progresivamente a las capas superficiales del epitelio ocurriendo así su transformación neoplásica.

Se acepta que la zona del c é r v i x que más frecuentemente es asiento de carcinoma, es el area de transición de los epitelios escamoso y cilíndrico. Como la situación de esta área cambia la relación con la edad de la enferma o por influencia de factores hormonales, inflamatorios o traumáticos. La localización del carcinoma en relación al ecto y al endocervix puede tener variaciones

semejantes; Sin embargo, la extensión hacia las glandu-  
las endocervicales es lo más frecuente.



## EVOLUCION DEL CARCINOMA IN SITU

Este es otro aspecto que ha sido motivo de prolongada polémica, debido a que existen publicaciones que presentan casos de carcinoma in situ que han regresado aparentemente en forma espontánea, no sin algunas impugnaciones de otras publicaciones. Sin embargo, actualmente casi todos los autores están de acuerdo en que el carcinoma in situ es una lesión morfológicamente maligna, irreversible que constituye una etapa de transición entre las displasias y el carcinoma invasor. El tiempo necesario para que esto ocurra, es decir, su periodo de latencia, es variable; se han publicado cifras extremas como de dos meses la mínima a 19 años la máxima ( Balaguero) 1971. Es evidente que es difícil precisar esta latencia de manera bastante indirecta, por el conocimiento de la edad media de las enfermas con carcinoma in situ y con carcinoma invasor, se concluye que es de aproximadamente 10 años. Aunque esta cifra no es de ninguna manera exacta, sí revela que la evolución del carcinoma in situ es lenta y, por lo mismo, su tratamiento no debe considerarse como urgente.

Sólo es conveniente agregar aquí algún comentario respecto a la posible relación de los anovulatorios orales en la génesis del carcinoma del cérvix. Aunque no hay muchos estudios bien realizados en este sentido, la mayoría de los publicados descartan que estas sustancias tengan alguna influencia en el origen y evolución de las displasias o del carcinoma del cérvix. En 1966 los expertos de la Organización Mundial de la Salud encargados de estudiar los posibles riesgos de los anticonceptivos orales, emitieron la siguiente declaración " No se ha registrado un aumento en el porcentaje de frotis.

citológicos evocadores de cáncer. Nada indica que el carcinoma del cérvix sea hormono-dependiente y ninguna base teórica permite afirmar que los anovulatorios ejercen una acción cancerígena a nivel del cuello uterino" (Balagueró, 1971).

#### ASPECTOS CLINICOS.

En nuestro país la edad promedio de las enfermas con carcinoma in situ es de 35 años, aproximadamente 3 a 10 años más que en las mujeres con displasia. Como sucede en esta última, el carcinoma in situ no se manifiesta por síntoma o signos característicos.

Los síntomas más comunes, por orden de frecuencia son: Leucorrea, dispareunia, sangrado post-coito, flujo hemático y prurito vulvar, todos ocasionados por infecciones cervico-vaginales, más que por el carcinoma mismo. También a estas infecciones se puede atribuir el hecho que las lesiones cervicales más frecuentemente observadas en enfermas con carcinoma in situ, sean erosión y ulceración, comúnmente aunada a ectropión o eversión del cérvix. Los casos con cérvix aparentemente sano son poco frecuentes, porque las infestaciones parasitarias y las infecciones bacterianas, son comunes en el grupo de enfermas con citología sospechosas o positivas.

#### DIAGNOSTICO.

Por lo anteriormente expuesto, el diagnóstico de carcinoma in situ se logra, como el de la displasia, mediante la citología cérvico vaginal, la prueba de Scillerla colposcopia, biopsia del cérvix y, con más frecuencia que en la displasia mediante la conización del cérvix y que ya fue expuesta con anterioridad. De cualquier-

er manera, es conveniente insistir en que ante una citología vaginal sospechosa o positiva para cáncer o con displasia, lo más importante es precisar el diagnóstico con el estudio exhaustivo, del cérvix.

#### TRATAMIENTO.

Como en el caso de la displasia, una vez precisado el diagnóstico de carcinoma in situ, para decidir el tratamiento es muy conveniente tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. El carcinoma in situ es de lenta evolución, luego su tratamiento no es urgente y éste es principalmente válido para las enfermas que cursan con embarazo.

2. El carcinoma in situ no da metástasis. por lo mismo los procedimientos terapéuticos deben ser conservadores.

3. La zona del cérvix más frecuentemente afectada es la de conjunción de los epitelios escamoso y columnar; pero puede tener origen multicéntrico en áreas del exocérvix, de endocérvix o inclusive de los fondos de saco vaginales. Es necesario buscar estos focos neoplásicos antes de decidir el tratamiento.

4. Vemos también que puede extenderse en superficie hacia el endocérvix al endometrio y a la vagina; el tratamiento elegido debe suprimir todo el epitelio que se encuentre afectado.

La conclusión de las anteriores consideraciones es que el tratamiento del carcinoma in situ debe individualizarse de acuerdo con las particulares condiciones de la enferma y de la enfermedad. para ello se cuenta con varios procedimientos terapéuticos cuyas indicaciones se exponen en seguida:

I. Conización del cérvix. La conización es un procedimiento quirúrgico que, bien realizado, tiene morbilidad y no tiene mortalidad. Es capaz de extirpar la neoplasia localizada en la zona periarrostral, en el área de conjunción de los epitelios y en la porción baja del endocérvix. Pero si el carcinoma está fuera de estas zonas quedará residual: la proporción de estos casos es variable, según diferentes estadísticas va del 10% al 40%. Después de la conización; se sabe que toda enferma así tratada requiere de vigilancia citológica postoperatoria cada 6 meses.

De cualquier manera, es un tratamiento con indicaciones como las siguientes:

1. Enfermas jóvenes que quisieran conservar el útero para futuros embarazos.

2. Algunas enfermas con padecimientos intercurrentes que impliquen alto riesgo para cirugía mayor.

II. Histerectomía simple. La histerectomía abdominal o vaginal es el mejor tratamiento del carcinoma in situ, extirpa todas las posibles zonas de asiento de la neoplasia y por lo mismo proporciona el 100% de curación para que así sea, debe incluir el tercio superior de la vagina, pero no es necesario extirpar los ovarios.

Tiene los inconvenientes de que su morbilidad es mayor que en la conización y que, aunque baja, existe mortalidad y, lo más importante es que impide futuros embarazos. De acuerdo con esto, sus indicaciones son las siguientes:

1. Carcinoma multicéntrico no extirpable por la conización.

2. Enfermas con familia completa y con riesgo quirúrgico normal.

3. Enfermas en las que se sabe, que no es posible seguir control citológico después de la conización.

4. Cuando hay recurrencia o persistencia de carcinoma in situ después de la conización.

III. Radium Intracavitario. Este tiene más desventajas que ventajas; las primeras son: supresión de la función ovárica, formación de sinéquias vaginales que dificultan o impiden las relaciones sexuales y, principalmente, como se tiene pieza operatoria para estudio histológico; nunca se puede tener la seguridad de que se está tratando un carcinoma in situ. Lo anterior hace que sea un tratamiento muy poco empleado y sus indicaciones están limitadas a enfermas ancianas que tienen alto riesgo para cirugía mayor en las que por atrofia del cérvix no es posible hacer conización cervical.

IV. Criocirugía. Es un procedimiento que en los últimos 5 años ha sido preconizado por diferentes autores (Towsend, 1973) DiSaia, 1975) como tratamiento efectivo de la neoplasia intraepitelial cervical (displasia y carcinoma in situ). Ha despertado interés porque no afecta la capacidad reproductora de la mujer; es más económico que la conización, no requiere de anestesia ni de analgesia y es posible practicarla en enfermas ambulatorias, en el consultorio o en una sala de cirugía menor. Hasta hace poco tiempo estaba proscrito, porque existía el riesgo de tratar inadecuadamente un carcinoma invasor no advertido por la biopsia; sin embargo, -- existen algunas publicaciones (Ostergard, 1973. Stalf, 1973) que muestran que si en las mujeres con citología-

sospechosa o positiva se hace un estudio completo con citologías repetidas, colposcopia, prueba de Schiller y biopsias del exo y endocérnix, las posibilidades de no diagnosticar un cáncer invasor son mínimas. Por eso, -- ellos recomiendan este tratamiento cuando el estudio -- completo del cérnix ha mostrado una neoplasia intraepitelial cervical que no invade al endocérnix y cuyos límites ha sido posible precisar con el colposcopio.

Seguramente que este tratamiento es útil y seguro cuando se hace por personas con experiencia; pero es necesario advertir que es significativamente riesgoso si no se tiene experiencia en el estudio de las lesiones neoplásicas incipientes del cérnix, sobre todo si no se -- tiene suficientes conocimientos de colposcopia.

#### CONCLUSIONES.

El carcinoma in situ es un proceso neoplásico histológicamente maligno, irreversible generalmente, que constituye la tercera fase de la neoplasia intraepitelial cervical y precede al carcinoma invasor en la gran mayoría de los casos. No se manifiesta por datos clínicos específicos y su diagnóstico se logra mediante la citología cérvicovaginal, la prueba de Schiller, la colposcopia, las biopsias del exo y endocérnix y la conización cervical. Su tratamiento más efectivo es la histerectomía -- simple abdominal o vaginal; en enfermas con necesidad de conservar el útero puede hacerse conización cervical siempre que sea factible el control citológico posterior. En estas mismas enfermas, si se tiene experiencia y se dispone de los elementos necesarios para un estudio completo del cérnix, es posible tratar esta lesión con criocirugía.

## La importancia de la biopsia endocervical.

### VIAS DE DISEMINACION.

Las principales son:

1. Por continuidad: Hacia la vagina, el endocérvix y el micetrio hasta el istmo uterino e inclusive, el cuerpo en pocas ocasiones.

2. Por contigüidad: Al tejido parametrial a los ligamentos vesicouterino y utero-sacros hasta llegar a -- los huesos pélvicos, también a los tabiques véscico-rec-tovaginales, pudiendo invadir a esos órganos.

Desde luego que en buena proporción, esta invasión por contigüidad se hace siguiendo los troncos linfáticos.

3. Por vía linfática. Hacia los ganglios pélvicos y para-aórticos que desde los estudios de Henriksen -- (1949) se consideran en dos grupos, según la mayor o -- menor frecuencia con que los encontró positivos en la -- autopsia de enfermas con cáncer cérvicouterino no trata-- das.

A. Grupo primario (el afectado con más frecuencia)

a. Ganglios parametriales situados en el espesor -- del parametrio. Positivos en el 77 por ciento de las en-- fermas no tratadas.

b. Para-cervicales o ureterales, situados en la -- confluencia de la arteria uterina y del uretero. Positi-- vo en el 31 por ciento de los casos.

c. Obturadores, situados en la vencidad de los va-- sos de este nombre y del nervio obturador en la fosa ob-- turatriz. Positivos en 27 por ciento de los casos.

d. Hipogástricos, que siguen a la vena hipogástri-- ca (ilíaca externa) en su confluencia con la vena ilíaca externa. Afectados en el 31 por ciento de los casos.

e. Ilíacos externos, situados a lo largo de estos vasos, en su cara interna. Positivos en el 27 por ciento de los casos.

f. Sacros; situados en la pared anterior del sacro en la zona de inserción de los ligamentos útero-sacros. Positivos en 23 por ciento de los casos.

#### B. Grupo Secundario.

a. Ilíacos comunes, situados a lo largo de estos vasos (ilíacos primitivos) que se encuentran positivos en 31 por ciento de los casos.

b. Inguinales, incluyen los femorales profundos y superficiales. Son invadidos en el 3 por ciento de los casos, cuando el tumor se extiende al cuerpo uterino.

c. Para-aórticos, situados en la pared anterior de la aorta en su confluencia con la vena cava. Positivos en 27 por ciento de los casos, su positividad contraindica la cirugía radical.

#### PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico del carcinoma invasor del cérvix no implica mayores dificultades porque su localización es muy accesible a la simple exploración ginecológica. Desgraciadamente no es raro que esta exploración se dificulte o se haga en forma inadecuada, sobre todo fuera de los medios hospitalarios y en enfermas embarazadas, por lo que es conveniente insistir en la necesidad de esta exploración en el estudio de toda enferma que ha iniciado relaciones sexuales.

Ahora bien, descubrir el cáncer invasor del cérvix no constituye su diagnóstico; para que éste sea integral es necesario conocerse extensión, variedad histológica, forma de crecimiento, datos que son necesarios para pla

Cuando existen crecimientos malignos en regiones inguinales o supraclaviculares, es necesario extirpar el más característico para elucidar la existencia de metástasis.

#### ANATOMIA PATOLOGICA.

El 90% de los carcinomas del cérvix son epidermoides, originados en el epitelio estratificado del exocérvix. Cinco por ciento son glandulares o adenocarcinomas que se forman en el epitelio cilíndrico del endocérvix. De esta variedad hay tres tipos: el adenocarcinoma puro tipo productor o mucinoso estructurado sólo por epitelio glandular, el adenocarcinoma que está constituido por células del tipo del epitelio glandular con zonas de metaplasia escamosa sin datos de malignidad y, finalmente, el carcinoma mixto formado por células malignas, tanto del epitelio glandular como del escamoso.

En relación al adenocarcinoma aún existen algunos aspectos que son motivo de controversia. Se discute si su epidemiología y modo de evolución son igual a los observados en el carcinoma escamoso y, sobre todo, si la respuesta al tratamiento con radiaciones es la misma en ambas variedades. En realidad, la poca frecuencia de adenocarcinoma impide que se tengan suficientes datos para elucidar estos aspectos, pero con los actualmente disponibles no se sustentan ninguna diferencia, sólo que debido a la localización endocervical del adenocarcinoma, el diagnóstico suele ser tardío y, además, frecuentemente hay infiltración al útero uterino, ambos hechos agravan el pronóstico.

Recientemente, Alcores descubrió el primer caso de carcinoma del cérvix y a la fecha ha reunido varios casos.

Todavía no se conoce su capacidad de diseminación ni su respuesta a las radiaciones.

#### CLASIFICACION CLINICA.

La clasificación clínica de los tumores busca determinar la verdadera extensión de los mismos basándose en los datos obtenidos mediante la exploración clínica y estudios especiales de laboratorio y gabinete conocida la extensión, se agrupan en etapas clínicas o estudios con el objeto de que en cada grupo los casos tengan características similares y por ende, pronóstico semejante y que requieran tratamiento similar. Esto permite uniformar los tratamientos y valorar su efectividad mediante la comparación de resultados en grandes grupos de pacientes. La clasificación tiene pues, fundamentalmente, fines estadísticos, pero además es útil para determinar, en cada caso particular, el tratamiento o tratamientos más adecuados.

La primera clasificación del carcinoma cérvicouterino fue hecha en 1937, por un comité nombrado por la liga de las Naciones, en ella sólo se consideraba al carcinoma invasor preclínico, así como el reconocer que dentro de un mismo grupo los casos tienen pronóstico diferente según el modo de diseminación obligó a idear una clasificación que considerará con mayor acuciosidad las características del tumor primario, de las metástasis ganglionares y de las metástasis hematógenas. De ahí surgió la clasificación TNM preconizada por la Unión Internacional contra cáncer (UICC), en la cual la inicial T corresponde a la descripción del tumor primario, la N a la de los ganglios locoregionales metastásicos y la M a la de las metástasis nematógenas localizadas en otros órganos en cuanto a la extensión tumoral y por lo mismo en cuanto a

su pronóstico, pero su principal inconveniente es que, si se usa como único método de clasificación, los casos tratados se subdividen en muchos grupos pequeños, por lo -- que la valoración estadística del material no es posible. Por otra parte, en el cáncer del cérvix, la apreciación de las metástasis ganglionares pélvicas y paaórticas no es factible por los procedimientos clínicos habituales, -- por lo que el margen de error de la clasificación TNM en este respecto, no cambia sustancialmente del observado -- en la clasificación por etapas clínicas.

En abril de 1970, se reunió en Nueva York la Asamblea General de la federación Internacional de Ginecología y -- Obstetricia (FIGO); el comité de cáncer de esta agrupación, basándose en la experiencia de varias institucio-- nes de todos los continentes, llegó a la conclusión de -- que tanto desde el punto de vista estadístico como pronó-- stico, el agrupamiento por etapas clínicas de los casos-- con tumor maligno ginecológico es admisible y útil. De -- ahí surgió la actual clasificación que entró en funcio-- nes a partir de enero de 1971 y que es aceptada por la -- gran mayoría de los centros hospitalarios en los que se trata cáncer ginecológico. En ella el agrupamiento por -- etapas está basado exclusivamente en el exámen clínico y sus reglas generales son las siguientes: (17 Ann. Report. FIGO, 1979).

1) Cada caso de carcinoma de útero y de la vagina -- debe ser clasificado y asignado a una etapa antes de cual-- quier tratamiento definitivo.

2) Para tener una correcta y uniforme clasificación y definición de etapa, el Comité de Cáncer considera que deben usarse solamente exámenes que puedan ser realiza-- dos en cualquier hospital por médicos cirujanos.

Los exámenes que llenan los requisitos son los siguientes:

- a) Inspección
- b) Palpación
- c) Colposcopia
- d) Histeroscopia
- e) Legrado fraccionado.
- f) Radiografías de tórax y esqueleto
- g) Urografía excretora

Los estudios más especializados como: linfografía, arteriografías, venografía, histeroscopia, laparoscopia, etc. pueden, en ocasiones, proporcionar información de importancia, pero ninguna de ellas se utiliza de rutina y, -- además, existen opiniones diferentes entre radiólogos -- acerca de la interpretación de los hallazgos observados en linfografías, venografía o histerografías. Por lo mismo, el Comité de Cáncer de la FIGO no recomienda tales exámenes como base para asignar etapas.

3) Cuando existe duda respecto a la etapa clínica -- en que debe incluirse un caso, se agrupa en la etapa inmediata inferior.

Las reglas de clasificación específicas para el carcinoma del cérvix, son las siguientes:

1) Deben clasificarse como carcinoma del cérvix los casos en los que el primero se origina en este sitio anatómico.

2) Se deben incluir todos los tipos histológicos.

3) La designación de la etapa clínica está basada -- en los procedimientos clínicos estipulados en las reglas generales de la clasificación.

4) La conización o amputación del cérvix debe considerarse como un examen clínico: así, un carcinoma invasor

diagnosticado por estos procedimientos debe clasificarse como tal a pesar de que la biopsia previa haya mostrado solo carcinoma in situ.

5) Los casos de carcinoma invasor que por error son diagnosticados en el estudio histológico de la pieza operatoria de histerectomía, no son clasificables y deben ser excluidos de las estadísticas de tratamiento del cáncer invasor. Sin embargo, como la detección de casos tempranos favorece el empleo de histerectomía después de la citología positiva o de biopsia de carcinoma in situ; el número de carcinomas invasores microscópicos encontrados en piezas de histerectomía después de un estudio completo, es cada vez mayor; por lo que el comité de cáncer recomienda que estos casos si incluyan en la etapa I, pero bajo el subtítulo de Etapa IB oculto.

#### CUADRO 1. AGRUPAMIENTO POR ETAPAS.

Etapa 0	Carcinoma pre-invasor, Carcinoma in situ. Carcinoma intraepitelial. Estos casos no deben ser incluidos en ninguna estadística de resultados.
Etapa I	Carcinoma invasor. El carcinoma se encuentra confinado al cuello uterino. La extensión al cuerpo uterino. La extensión al cuerpo uterino no cambia la etapa.
Etapa Ia	Carcinoma microinvasor (invasión temprana del estroma).
Etapa Ib	Todos los otros casos de Etapa I (carcinoma francamente invasor confinado al cérvix). El cáncer oculto debe marcarse "Ib o c".
Etapa II	El carcinoma se extiende más allá del cérvix sin llegar a la pared de la pélvis o bien involucra la vagina sin llegar al tercio inferior.

- Etapa 11a No hay invasión parametrial evidente. El carcinoma se extiende a la vagina.
- Etapa 11b Los parametrios se encuentran involucrados -- sin llegar a la pared de la pélvis. En el exámen rectal se encuentra espacio libre entre -- el tumor parametrial y la pared pélvica.
- Etapa III El carcinoma se extiende hasta la pared de la pélvis. Al exámen rectal no hay espacio libre entre el tumor parametrial y la pared pélvica. El tumor involucra el tercio inferior de la -- vagina. Los casos con hidronefrosis o exclu-- sión renal obstructiva por tumor.
- Etapa IIIa Invasión central, el carcinoma se extiende al tercio inferior de la vagina sin invadir los -- parametrios hasta la pared de la pélvis.
- Etapa IIIb Invasión parametrial hasta la pélvis. Hidrone -- frosis o exclusión renal.
- Etapa IV El carcinoma se extiende más allá de la pélvis o ha invadido la mucosa de la vejiga y/o rec -- to. El edema buloso no permite clasificar el caso como etapa IV.
- Etapa IVa El carcinoma se extiende a órganos adyacentes
- Etapa IVb El carcinoma se extiende a órganos distantes.

6) La presencia de hidronefrosis o exclusión renal -- debida a obstrucción uteral por tumor, obliga a incluir -- tales casos en la etapa III, aún cuando, de acuerdo a -- otros nallazgos, el caso pudiera ser catalogado en una -- etapa más temprana.

#### COMENTARIOS A LA CLASIFICACION.

El uso de la citología cérvicovaginal, de la prueba de -- Schiller y de la colposcopia ha incrementado el número --

de carcinomas tempranos; pero su número en cada Institución depende principalmente del criterio del patólogo, - pues existe aún controversia en lo concerniente al criterio de lo que debe considerarse como invasión temprana o microinvasión.

Los criterios usados son, principalmente, la profundidad de penetración en el estroma que, según varios autores, - varía de 1mm. a 9mm. aunque la mayoría considera que una profundidad menor de 5mm. define la etapa Ia. Otros autores plantean que la multicentricidad de focos de invasión en el estroma, independientemente de su extensión coloca el caso en la etapa Ib.

En la fecha en la que la FIGO planteó esta clasificación recomendaba un mejor estudio de grupos importantes de enfermas con carcinoma temprano, para lograr conocimientos básicos que sustentarán un criterio definitivo. Esto aún no se ha logrado y, probablemente, nunca se pueda establecer una línea de separación entre las etapas Ia y Ib. Existe acuerdo general en considerar a la etapa Ia como la fase más temprana de transición entre el carcinoma in situ y el francamente invasor, con capacidad biológica - por invadir tejidos vecinos o dar metástasis, pero poco se ha estudiado respecto al grado de penetración del estroma, en el que la presencia de metástasis sea estadísticamente significativa, pues un buen número de reportes expone la frecuencia de metástasis pélvica en enfermas operadas con diagnóstico de carcinoma microinvasor, sin que se especifique el criterio seguido para diagnosticar la etapa Ia. En otros casos la histerectomía se hizo sin conización previa y el diagnóstico de microinvasión se - bazó sólo en la biopsia del cérvix no muestra la verdadera extensión del tumor; de hecho en el Hospital de Onco-

logía, Centro Médico Nacional, IMSS, el 44 por ciento de las enfermas con biopsia de carcinoma microinvasor, tienen un carcinoma francamente invasor en el estudio de la conización.

El criterio del Servicio de Patología del Hospital de Oncología es considerar como carcinoma microinvasor al carcinoma intraepitelial con invasión del estroma no mayor de 5 mm. siempre que no haya infiltración de vasos linfáticos y/o sanguíneos.

#### TRATAMIENTO.

Para el tratamiento del carcinoma invasor del cérvix se dispone de dos procedimientos terapéuticos fundamentales: Cirugía y radioterapia. Cada uno de ellos tiene múltiples modalidades cuya aplicación requiere, en primer lugar, del conocimiento de sus limitaciones y alcances, y de experiencia acerca del comportamiento del tumor. En segundo lugar, es muy conveniente que en la decisión del plan terapéutico concuerden las opiniones del citujano ginecólogo, del radioterapeuta y, frecuentemente, del patólogo. Esta labor de equipo conduce, necesariamente, a la individualización del tratamiento, que debe ser la primera fase de toda terapéutica, porque mediante la colaboración multidisciplinaria es posible valorar no sólo la estirpe histológica y la extensión tumoral, sino también las características particulares de la enferma y los elementos técnicos de que dispone para lograr el mejor tratamiento.

De lo anterior se desprende que no es conveniente establecer normas rígidas para el tratamiento del carcinoma del cérvix; sin embargo, a continuación se exponen li--

neamientos generales cuyos resultados satisfactorios son avalados por experiencia.

#### ETAPA (CARCINOMA MICROINVASOR).

Como es la etapa más temprana del carcinoma invasor, debe lograrse su curación en el cien por ciento de los casos mediante tratamientos poco complicados. Para conseguirlo es necesario hacer un diagnóstico preciso y, como éste, a su vez, debe proporcionar al patólogo tejido cervical adecuado para su estudio.

En el Hospital de Oncología se considera que el diagnóstico de carcinoma microinvasor sólo es posible en el estudio histológico del cono o de la biopsia anular del --cervix, piezas más pequeñas muy frecuentemente conducen a errores diagnósticos. Así, la conización se indica en las siguientes condiciones:

1) Más de una citología sospechosa o positiva con --biopsias exo y endocervical negativas.

2) Si la biopsia es reportada con carcinoma in situ o con carcinoma microinvasor.

Las indicaciones de la biopsia en anillo se limitan a --las enfermas con cervix atrófico o con embarazo que se --encuentren en las condiciones mencionadas para la coniza--ción.

Precisado el diagnóstico, el tratamiento de elección es la histerectomía abdominal extrafacial con un buen man--guito de vagina y sin ooforectomía. Las razones para preferir este tratamiento son las siguientes:

1) La histerectomía extirpa el cáncer totalmente, --lo cual es el ideal de la terapéutica oncológica.

2) La vía abdominal permite la exploración de los --ganglios pélvicos y paraórticos. En caso de que el estu-

diagnóstico histológico transoperatorio revelará metástasis pélvicas, es posible, sobre la marcha, modificar la conducta y hacer histerectomía radical.

3) La extirpación del manguito vaginal evita las recurrencias o persistencias en la cúpula de la vagina.

4) Si se considera que la mayoría de las enfermas - en esta etapa son menores de 40 años, la conservación de los ovarios es lo más adecuado.

5) La morbilidad y mortalidad de esta operación son mínimas, si el cirujano tiene experiencia y las condiciones de la enferma son satisfactorias.

6) Finalmente, la histerectomía proporciona el útero para estudio histológico, con lo que es posible descubrir casos de carcinoma francamente invasor que la conización no haya mostrado, sea por insuficiencia del conocimiento por estudio inadecuado del mismo.

Pocos centros hospitalarios preconizan el tratamiento de esta etapa con radium; pues como tratamiento de elección tiene más inconveniente que ventajas. Los inconvenientes son:

1) Suprime la función ovárica; desventaja importante cuando la mayoría de las enfermas son jóvenes.

2) Frecuentemente produce sinequias vaginales y pérdida de la elasticidad vaginal que puede interferir con la función sexual.

3) Sus complicaciones, como cistitis y proctitis, - son más frecuentes y más serias que las que tienen la histerectomía correctamente realizada.

4) Como no se explora la cavidad abdominal, algunos casos con metástasis pélvicas pueden pasar inadvertidos y ser tratados inadecuadamente.

5) Al no proporcionar pieza operatoria para estudio histológico, no es posible descubrir los casos de carci-

noma invasor que no diagnostica la conización.

Sin embargo, la aplicación de radias intravaginal e intrauterino es un tratamiento satisfactorio del carcinoma microinvasor en mujeres ancianas, con mucho riesgo operatorio; al después el estudio clínico se tiene una seguridad razonable de que se trata de etapa IA.

#### CARCINOMA TRANSICENTE INVASOR.

La controversia que durante varios años existió entre cirujanos y radioterapeutas, basando la presencia en el tratamiento del carcinoma cervicouterino invasor, afortunadamente ya se ha finiquitado.

Aparentemente los resultados de ambos procedimientos son semejantes, pero, en la actualidad, la mayor parte de las escuelas oncológicas están de acuerdo en que la etapa IB en adelante, el tratamiento de elección es la radioterapia, por las siguientes razones:

1. La radioterapia es un procedimiento cuya planeación y aplicación tienen menos posibilidades de variación en relación a capacidad o preferencias personales. La radicalidad de la cirugía depende mucho de la habilidad y preparación del cirujano y de las circunstancias particulares de la enferma.

2. La radioterapia tiene más aplicabilidad. Hay muchas condiciones, tanto del tumor como de la enferma, que contraindican la cirugía.

3. La radioterapia tiene menos mortalidad y menos morbilidad que la cirugía radical.

Sin embargo, en algunas enfermas está indicada la cirugía como tratamiento primario en las etapas IB y IIA y, rara vez, en la etapa IV.

Por otra parte, durante mucho tiempo se ha hecho operaciones radicales en enfermas con recurrencia o persisten-

cia tumoral después de la radioterapia, como última posibilidad de curación, pero actualmente tiende a abandonarse - esta política porque en estas condiciones la cirugía tiene muchas complicaciones que aumenta la mortalidad; por -- eso ahora sólo se indica en enfermas con tumor central, - pequeño, en buenas condiciones de nutrición y no mayores de 60 años. La combinación de ambos procedimientos --- también tiene algunas indicaciones: cuando el tumor invade al miometrio e infiltra el istmo, formando lo que se -- llama " utero en abril ", la población celular de esta zona es muy numerosa con necrosis que disminuye su oxigenación, lo que hace a las células tumorales: radiosensibles - En estos casos las posibilidades de persistencia son mayores, por lo que es conveniente que en enfermas con etapa IB y II, con estas características, se haga histerectomía - ampliada después de radioterapia completa.

El tratamiento con radiaciones se lleva efecto por dos -- métodos: radiación intracavitaria, de contacto o braquiterapia, y por radiación externa.

La radiación intracavitaria se hace colocando dentro de - la cavidad uterina y de la vagina, tubos de radium incluido en cápsulas de plástico de tamaño y forma variable, -- que se adecúan al caso particular. Esta aplicación se hace bajo anestesia y la enferma permanece en reposo y hospitalizada alrededor de tres días, dependiendo de la dosificación calculada por el radioterapeuta.

Para la radiación externa se usan diferentes máquinas, -- que según la energía de la radiación que emiten, se clasifican como de alto voltaje, o sea aparatos de rayos X de - 150 a 500 Kv , y de mega o supervoltaje, cuya energía es de 1 a 40 MeV ( millones de voltios ). de estos -----

existen varios tipos: el llamado acelerador lineal, con una energía de radiación de 5 a 5 MeV. El Betatrón con 20 a 40 MeV. y las unidades de teleterapia, o bombas de cobalto y de cesio, cuya radiación proviene de esos isótopos contenidos en las máquinas.

Los tipos de operaciones que se realizan son los siguientes:

Histerectomía ampliada que consiste en la extirpación - del útero, con o sin los ovarios, incluyendo el primer-relevo linfático (ganglios ureterales situados en el -- cruce de la arteria uterina con el uretero), los parame- trios y el tercio superior de la vagina. Sus tiempos - principales son: la ligadura de la arteria uterina en - su cruce con el uretero, lo que permite la separación - de este hacia afuera y la sección del ligamento de Ma-- kenrod por fuera del uretero, para incluir los ganglios mencionados; y la sección del ligamento úterosacro unos 3 cm. atrás de su inserción con el útero.

Histerectomía radical. Con ella se extirpa el útero, - con o sin los ovarios todos los ganglios de la pélvis y la extensión de vagina necesaria según la invasión tumo- ral. Los límites de la disección son: por arriba, la bi- furcación de las arterias ilíacas primitivas. Por fuera y por delante, los vasos ilíacos externos y la pared an- terior del musculo psoas; por fuera y abajo, el nervio- obturador; por atrás, la pared anterior del sacro (el - ligamento úterosacro se liga en su inserción posterior) por abajo, los músculos elevadores del ano. Se disecciona - en el tercio inferior del uretero y la arteria uterina, se liga en su nacimiento de la hipogástrica.

Histerectomía radical ampliada. Igual que la anterior; - pero en esta se resecan también el tercio inferior con

un segmento de vejiga y se hace reimplante ureteral en la vejiga.

**Exenteración anterior.** Aquí, además de la histerectomía radical, se reseca la vejiga y se insertan los ureteros en un segmento aislado del ileón (vejiga ileal).

**Exenteración total.** Es la combinación de las dos operaciones anteriores, con vejiga sigmoidea (que consiste en la inserción de los ureteros en el segmento sigmoideo - aislado) y colostomía.

Siempre deben hacerse con fines curativos. Ninguna de estas operaciones se justifica si no extirpa todo el tumor.

#### TRATAMIENTO DE LAS TAPAS IB Y IIA.

La radioterapia es el tratamiento de elección. La cirugía, como tratamiento primario, está indicada en las siguientes condiciones:

1) Enfermas menores de 35 años con tumor pequeño. - La cirugía, se prefiere porque conserva la función de los ovarios, no hace sinequias vaginales que dificulten, o impidan las relaciones sexuales u, al extirpar el órgano no afectado y el epitelio vecino, disminuye las posibilidades de recurrencia o de aparición de un segundo primario, en una enferma con larga expectativa de vida.

2) Cualquier condición del útero o de los anexos -- que impida una radioterapia adecuada, o, definitivamente la contraindique, como: miomas uterinos de gran tamaño, tumores ováricos o abscesos anexiales, tuberculosis genital.

Como tratamiento secundario la cirugía está indicada en casos de tratamiento incompleto con radiaciones y en algunos casos, muy seleccionados (por tumor pequeño, enferma joven y en buenas condiciones), de recurrencia o persistencia después de radioterapia completa.

En todas las condiciones anteriores, el tipo de operación que se hace es la histerectomía radical.

#### CUADRO 2. SEGUNDA FACILIDAD CRITERIOS DE INOPERABILIDAD.

- a) Metástasis fuera de la pelvis.
- b) Edema de miembros inferiores, uni o bilateral, atribuible a compresión tumoral en la pelvis.
- c) Exclusión renal por compresión del uretero por tumor.
- d) Dolor incoercible por compresión delplexo lumbosacro.
- e) Fijación tumoral de los parametrios a la pelvis.
- f) Incapacidad mental de la enferma para adaptarse a -- las condiciones post-operatorias.
- g) Más de 60 años de edad.

Como ya se dijo anteriormente, en algunos casos con tumor en estas etapas clínicas, pero con invasión al istmo, es conveniente hacer histerectomía ampliada después de la radioterapia completa con objeto de extirpar el tumor -- primario que, en las condiciones mencionada, tiene mayores posibilidades de recurrencia. Es lo que se llama cirugía complementaria.

#### TRATAMIENTO DE LAS ETAPAS IIB III.

En estas etapas, el tratamiento de elección es siempre -- la radioterapia; no está indicada la cirugía como tratamiento primario porque las posibilidades de que se extirpe totalmente el tumor son muy pocas. Se después de las radiaciones hay persistencia o recurrencia del tumor, se deben valorar las posibilidades de cirugía radical, tomando en cuenta que tiene una morbi-mortalidad muy alta, y que las posibilidades de curación son reducidas, sobre todo si hay ganglios pélvicos positivos.

Si el tumor es central y no hay invasión de los órganos

vecinos, se hará histerectomía radical, cuando comprime el tercio inferior del uretero, sin invadir la vejiga, - se intenta la histerectomía radical ampliada; y cuando - hay invasión del recto y/o la vejiga, se hace exenteración pélvica.

#### TRATAMIENTO DE LA ETAPA IV.

Generalmente sólo se hace radioterapia externa con fines paliativos, pues la invasión de los tabiques vesico y rectovaginales, o la existencia de fístula por invasión tumora, no permiten la aplicación de radium.

Ocasionalmente es posible hacer exenteración pélvica como tratamiento primario, en enfermas con las siguientes condiciones:

- a) Tumor central con invasión a recto y/o vejiga, - sin que los parametrios se fijen a la vejiga.
- b) Tumor limitado a la pélvis.
- c) Enferma no mayor de 60 años de edad, en buenas condiciones de nutrición.

## JUSTIFICACION.

La tasa de mortalidad en 1973 en toda la República Mexicana fue de 52.9 por cien mil.

Situandonos en la realidad de nuestro país se hace NESTER mediante parametros dentro del terreno de la salud, ver la evolución que ha tenido, en los últimos 10 años de nuestra nación, hemos avanzado? o seguimos con los mismos problemas después de 10 años?

Una investigación como la presente por el sólo hecho de trabajar con el CaCu tiene valor, pues sabemos que tan importante es nuestro país los estragos que causa dicha patología. Interesante aun la comparación entre dos estados con bastante tradición y características que los hacen representativos en el 100% y refleja la verdadera cara del pueblo mexicano.

## HIPOTESIS.

1. No se ha incrementado a través de los años mayor detección de CaCu.
2. La temprana iniciación de la vida sexual activa es factor importante en la aparición del CaCu.
3. Si mejoraran las condiciones higiénicas y de educación sexual, la frecuencia del CaCu disminuiría.
4. En el estado de Michoacán es más alta la frecuencia del CaCu que en el estado de Oaxaca.

## MATERIAL Y METODO:

El estudio se realizó en el estado de Oaxaca y Michoacán con pacientes derechohabientes estudiadas de 1979 a 1983 de los Hospitales Regionales de zona No. con Medicina - Familiar en la ciudad de Oaxaca y Michoacán.

Se detectaron la positividad en los departamentos anatómopatológicos de dichos hospitales.

El total de casos en los cinco años fueron 158 casos para Oaxaca y 336 casos positivos para la Ciudad de Morelia.

La revisión equipará las tasas en frecuencia, distribución por edades, número de gestaciones, precocidad sexual, sintomatología, etapas y tipo histopatológico de la lesión.

## RESULTADOS.

En Oaxaca se obtuvo una tasa por 100 000 de 50.5 con 158 casos positivos en los 5 años revisados. Siendo el año de 1979 donde se detectó menos casos y en 1980 el año de mayor detección.

En Morelia se obtuvo una tasa por 100 000 de 64.42 con 336 casos positivos en los 5 años revisados. Siendo el año de 1983 donde se detectaron el menor número de casos y el año de 1981 donde hubo mayor detección.

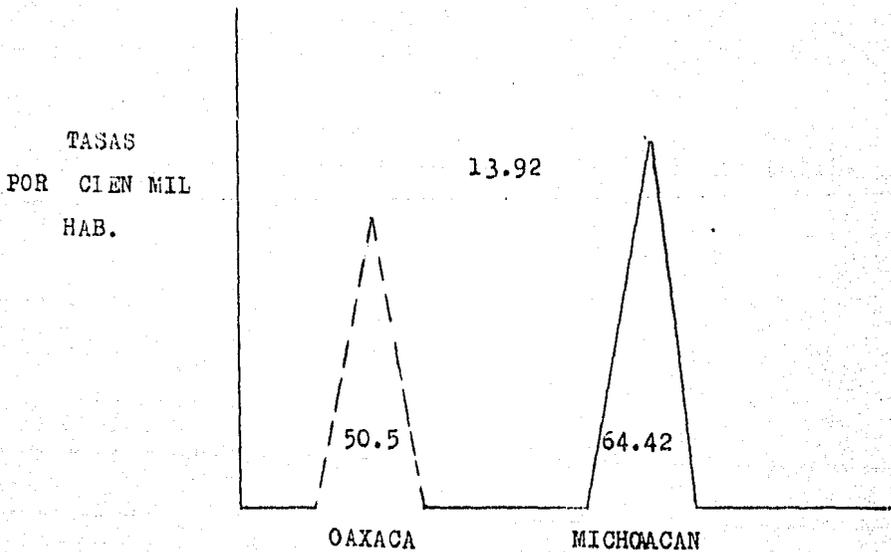
La diferencia hace que Michoacán tenga 13.92 00/000 más de incidencia que Oaxaca.

Oaxaca (Rojo) ----

Mi choacán (Azul) \_\_\_\_\_

Grafica que representa la incidencia en tasa por cien mil, e ilustra la diferencia encontrada.

Grafica que representa la incidencia CaCu en tasa por cien mil e ilustra la diferencia encontrada.



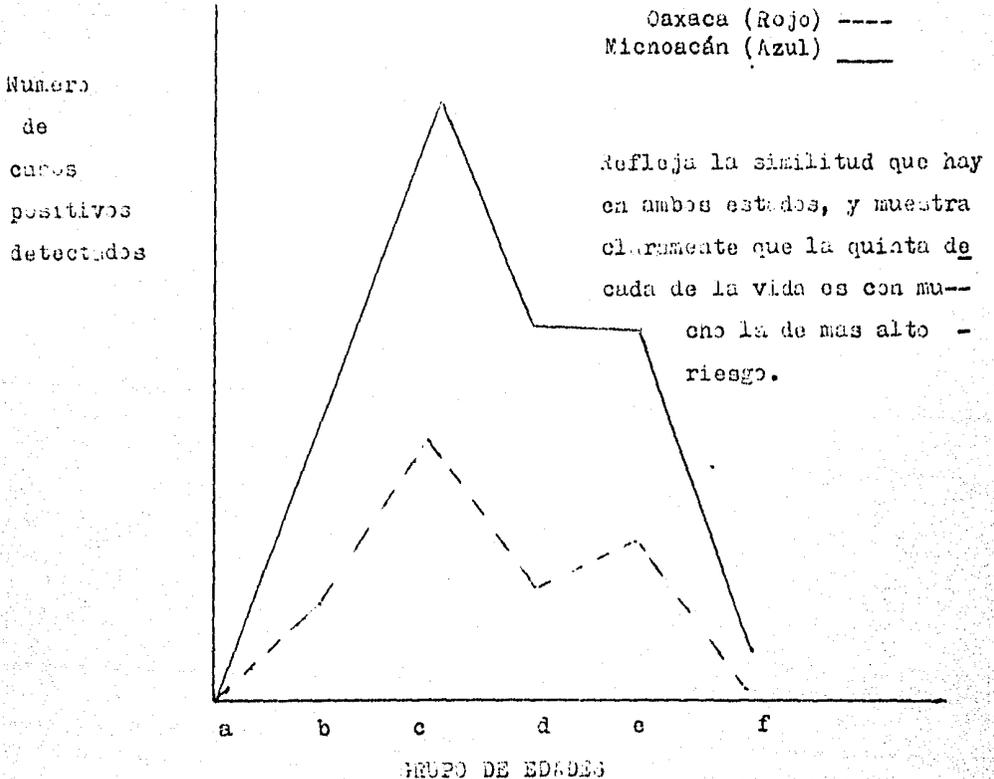
## Distribución por edad.

la quinta década de la vida (40-49 años) donde se detectó mayor número de casos positivos.

54 casos en Oaxaca, contra 112 casos en Michoacán.

	Edad	Oaxaca	Michoacán
a	20-29 años	3	3
b	30-39 años	24	56
c	40-49 años	54	112
d	50-59 años	27	72
e	60-69 años	36	72
f	70- + años	9	16

## No. de Casos Positivos Detectados.

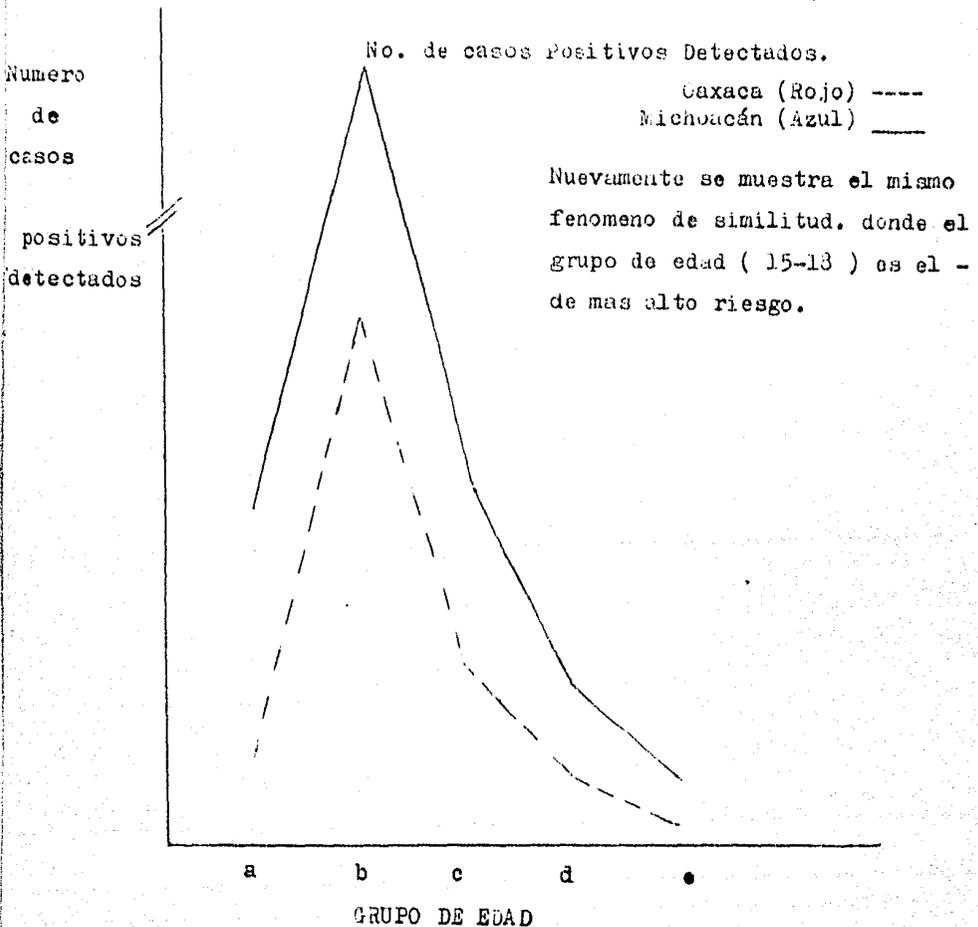


## Precocidad Sexual.

La iniciación de la vida sexual activa.

Entre los 15-13 años de edad fue el grupo de mayor frecuencia en Oaxaca 94, y en Michoacán 163 casos.

	Edad	Oaxaca	Michoacán
a	Menos de 15 años	10	60
b	15-13 años	94	163
c	19-21 años	32	53
d	22-25 años	12	23
e	26 o más años	4	12



## Número de Gestaciones.

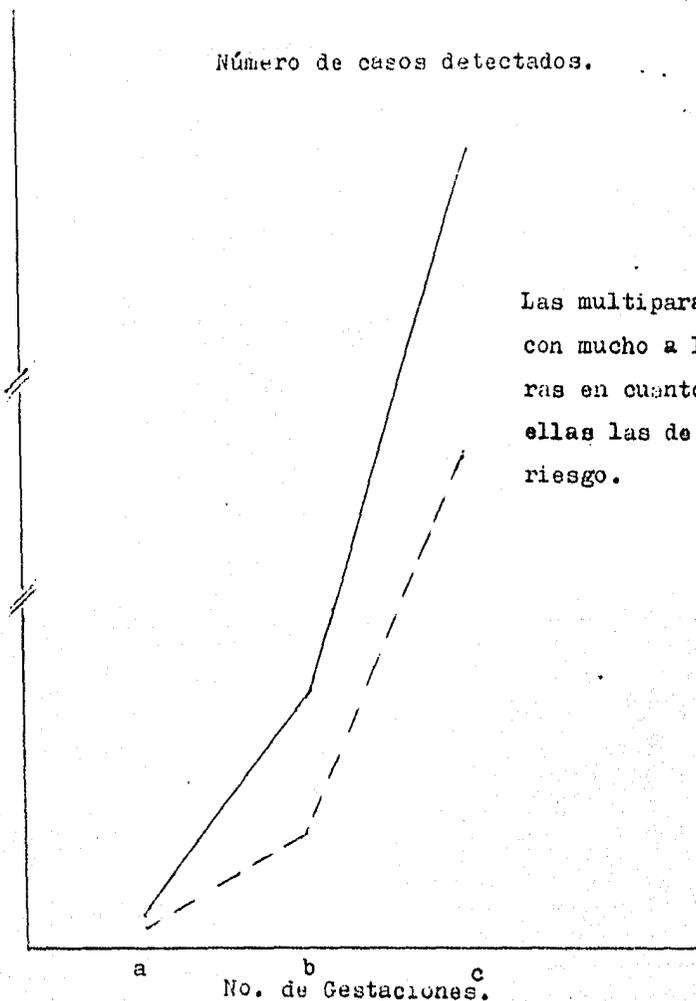
85% son multigestas para ambos estados.

No. de gestaciones	Oaxaca	Michoacán
a. 0	3	5
b. 1-3	20	45
c. 4 o mas	135	236

Oaxaca (Rojo) ---  
Michoacán (Azul) ———

## Número de casos detectados.

Numero  
de  
casos  
positivos  
detectados



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

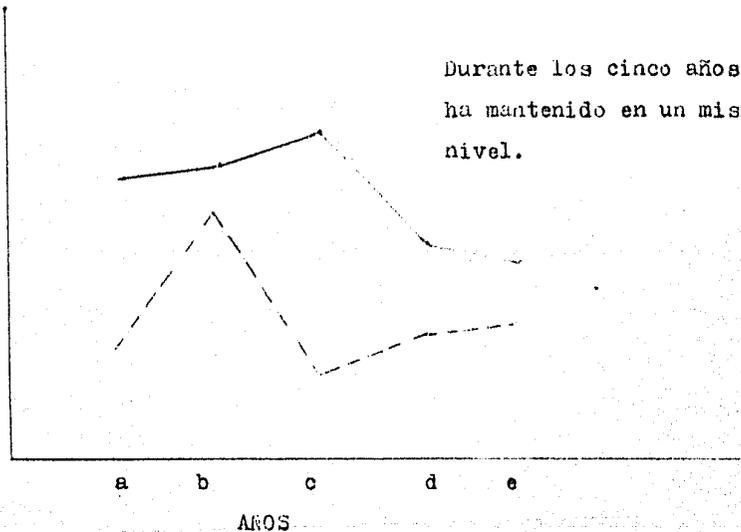
Frecuencia.  
( ) Casos Positivos

Año	Pob. derechohabiente		tasas	
	Oaxaca	Michoacán	Oaxaca	Michoacán
a 1979	63133	90217	38.01 (24)	69.33 (63)
b 1980	65095	93049	63.03 (41)	70.93 (66)
c 1981	72265	102132	34.59 (25)	70.37 (78)
d 1982	79254	120302	40.37 (32)	57.94 (70)
e 1983	64144	112442	42.73 (30)	52.47 (59)
		Media	50.50	64.42 00/000
		Diferencia	13.92	

Traduce que cada año por cada 100 000, derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social se detecta - 64.42 casos nuevos positivos de CaCu en Michoacán y -- 50.50 casos nuevos positivos en Oaxaca.

Oaxaca (Rojo)----  
Michoacán (Azul)---

TASAS  
POR  
CIEN MIL



Durante los cinco años se ha mantenido en un mismo nivel.

AÑOS

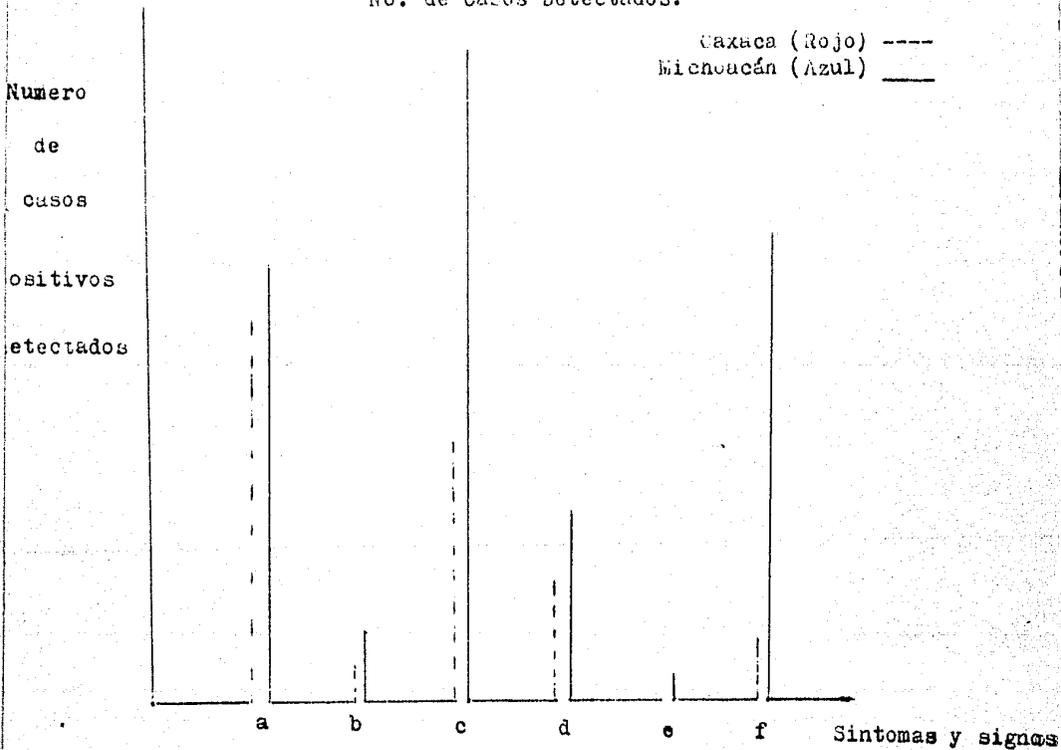
## Sintomatología

La hemorragia vaginal predominó en Michoacán, siendo la leucorrea el dato predominante en Oaxaca.

Dato	Oaxaca	Michoacán
a Leucorrea	70	30
b Dolor pélvico	0	12
c hemorragia vaginal	49	120
d Síntomas generales	21	35
e Masa tumoral	0	4
f Asintomáticas	12	35

Lo más importante es hacer resaltar que no es necesario tener un cuadro clínico para poder pensar en CaCu.

No. de Casos Detectados.



La importancia del PAPANICOLAU en la detección del CaCu.

## Etapas.

El 53.3% en Taxaca corresponde a la etapa I

El 03.1% en Michoacán corresponde a la etapa I, de ellos el 99% fueron epidermoides. Según la (FIR)

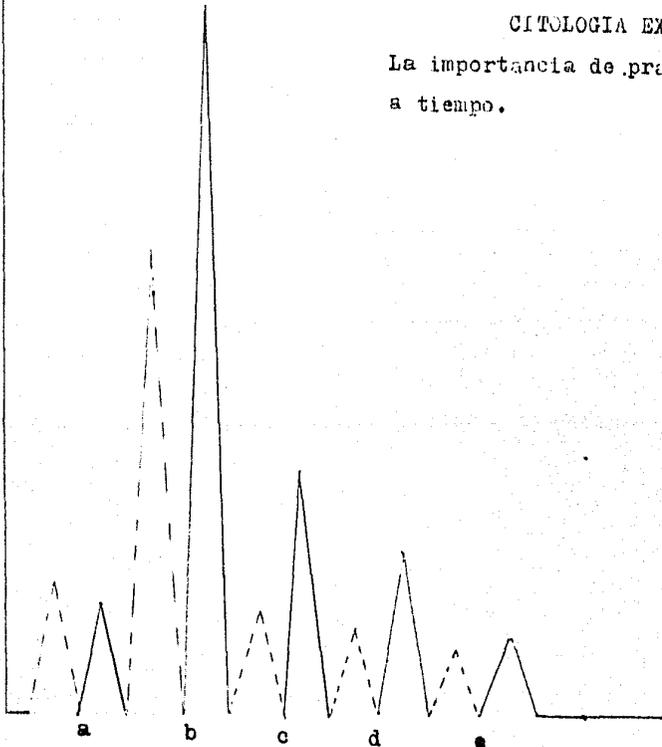
	Etapa	Taxaca	Michoacán	
a	0	25	20	
b	I	39	229	
c	II	20	44	
d	III	10	29	Caxaca (Rojo) ----
e	IV	12	14	Michoacán (Azul) _____

## Casos Detectados.

## CITOLOGIA EXPOLIATIVA

La importancia de practicar y hacerlo a tiempo.

Casos  
detectados



**CONCLUSIONES:**

la tasa de mortalidad en 1973 en toda la república fue de 52.9 oo/ooo.

Aun nos quedamos pensativos, pues a pesar de lo avanzado en los últimos años en el campo de la medicina la población mexicana sigue conservando los mismos porcentajes de -- hace 10 años; mientras no evolucionemos, mientras no mejoramos el nivel de vida, mientras no eliminemos todos aquellos factores de riesgo, creemos que la lucha por abatir -- la incidencia del CaCu será una lucha perdida antes de -- iniciar la batalla.

## COMENTARIO FINAL.

Después de la recopilación de datos, minuciosamente seleccionada, que abarcó puntos de vista históricos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos y estadísticos, y con la finalidad de dar una información condensada, sistemática y de uso diario en la práctica médica, se ha llevado a cabo el presente estudio.

El carcinoma cérvico-uterino sigue ocasionando, aproximadamente el 13% de muertes en la mujer al año, por 100 000 hab. debido a cáncer; la anterior afirmación se basa en estadísticas nacionales y extranjeras que muestran que a pesar de conocerse las posibles causas, de haberse avanzado importantemente en las terapéuticas y de haberse extendido la campaña de detección oportuna del cáncer, no se ha llegado a despertar la conciencia de la población femenina general, que en un momento dado puede ser víctima de esta enfermedad, al haber hecho caso omiso del mensaje y no acudir a los centros especializados, para practicársele los estudios necesarios para mayor control o detección de nuevos casos, tanto en lugares cercanos como lejanos a las grandes ciudades. La falta de conciencia no solo la encontramos en nuestro país sino también en otros países del mundo, en los cuales aunque ha disminuido la mortalidad, la incidencia se ha mantenido (v.gr. E. U. A.), lo que nos dice como la detección y tratamientos cada día mejoran la sobrevivencia de las pacientes afectadas y que las causas de la muerte son en muchos casos ajenas al cáncer que padecen.

En otros aspectos es también importante tener en cuenta la gran influencia de personalidades de la Patología, -

que han venido restringiendo criterios diagnósticos, en beneficio de las pacientes, ya que como lo mencionan Govan, - A.D.T., Haines, R.M., Langley, P.A., Taylor, C.W. - en material revisado retrospectivamente, encontraron el 11% de lesiones que con los nuevos criterios solo fueron clasificadas como displasias, metaplasia escamosa con inflamación - y no como fueron diagnosticados inicialmente como carcinoma " in Situ ", confundiendo así mismo el diagnóstico procesos de embarazo o reacción decidual, en que cambia importantemente la morfología del epitelio, por lo que hay que tener mucho cuidado y conocimiento para el diagnóstico -- preciso.

Además se observa concordancia con factores generales relacionados a frecuencia alta como edad, ingresos bajos, --- precocidad sexual, frecuencia de coitos, número de consortes procesos infecciosos previos cervicales y raza. También - se tomaron en cuenta los síntomas acompañantes y pacientes con ausencia de ellos, cifras que así mismo son coincidentes, en otros países incluso, observándose que las pequeñas diferencias entre los dos centros hospitalarios estudiados, deben ser atribuidos a efectos socio-culturales, derivados de sus formas particulares de vida, en ocasiones - difícilmente modificables y otras veces debido a factores socio-económicos, que por muchos recursos que se tengan, a veces no llegan a algunos puntos por su localización tan apartadas, y otras veces aunque lleguen no existen los expertos que pueden llevar a feliz fin su labor, que redundaría en detección y control de este padecimiento, siendo así mismo de primordial importancia la colaboración decidida y espontánea de los pobladores de dichas regiones.

bueno es lo que en la actualidad se ha logrado pero el ideal de este y muchos parecidos dentro de la medicina, probablemente en un futuro no lejano sea la profilaxis en vez de la curación.

## BIBLIOGRAFIA

- SCOTT W. JORDAN MD and CHARLES R KEY MD PhD: Carcinoma of the cervix in Southwestern American Indians: Cancer 47:25 23-2532,1981.
- DAVID LOWE, MB JOHANNA JORIZZO, BA J CHIPHANGWI MD and M.S. HUTT MD: Cervical carcinoma in Malawi: Cancer 47:2493-24 95.1981.
- N. HARDT MD J.R. van NABEEL MD and MARUYAMA MD: Radiation induced tumor regression as a prognostic factor in patients with invasive cervical cancer. Cancer- 49:35-39,1982.
- PHILIP J DIASIA MD: Surgical aspect of Cervical carcinoma cancer 48:899-543-559,1981.
- TATE THIGPEN MD and J BLESSING PHD: Cis platinum treatment of advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the -- cervix cancer 48: 399-903,1981.
- J WERCZER MD V VOLIOVITH MD ,M MODAN M Sc: Some epidemio-- logic aspect of carcinoma the vulva y cervix in israel AM J OBSTET. GYNECOL 15: 143:393-396,1982.
- NANCY O WHITLEY MD UMBERTO VILLA SANTA MD: Computed tomographic evaluation of carcinoma of the cervix: radiology 142:2 438-446,1982.
- Joseph H BELLINA MD v HOHENSCHUTZ L.P.N. : Carbon dioxide laser management of cervical intraepithelial neoplasia AM J OBSTET GYNECOL 141: 323,1981.
- SEYMOUR L. ROMMEY MD GAIL MILLER R.N. DAVID LUCIDO: retro-- ids and prevention of cervical dysplasias AM J OBSTET GY-- NECOL 141: 390,1981
- S CECCHINI cervical intraepithelial neoplasia in younger women: LANCET 23: 533,1982
- J.R. MD carcinoma cervicouterino en el noreste de mexico REV MEX ISSN 2,21 183-189,1983.

Dr. RAMIREZ ROMERO SERGIO LENIN