



11226  
201.142

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INCIDENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO Y  
FACTORES SOCIO MEDICOS ASOCIADOS, EN  
DERECHOHABIENTES DEL IMSS DEL SUR DE SONORA

## TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTADA POR

**FALLA DE O<sup>o</sup> GEN**

**DR. JOSE ERNESTO RUEZGA LARIOS**

CIUDAD OBREGON, SONORA

ENERO DE 1987



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 esta 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

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCION.....	2
3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
5. OBJETIVOS.....	14
6. MATERIAL Y METODOS.....	15
7. RESULTADOS.....	33
8. DISCUSION.....	44
9. CONCLUSIONES.....	46
10. BIBLIOGRAFIA.....	47

## RESUMEN :

Se sabe que el cancer cervicouterino ocupa el 1er. lugar de los diez tumores malignos mas frecuentes, y el tercero en letalidad en Mexico.

Esto ha hecho que mediante el programa de detección oportuna de cancer se trate de - localizar a las pacientes con lesion pre- -maligna ó maligna, en estadiós incipientes para lograr un control y curación oportuna. En el presente trabajo, se propone demos - -trar el indice de sospecha de CaCu en la población derechohabiente en el sur del edo. de Sonora, así como los casos positivos de cancer, los estadiós de detección y el manejo establecido y ademas tratamos de - conocer los factores sociomedicos que pre - -sentan.

Se estudiaron 7351 pacientes con vida sexual activa sometidos a DOC, y encontramos un indice de sospecha de  $11.1 \times 1000$ , se con - -firmó la presencia de CaCu en el 18% de los sospechosos, la edad donde se presentó mas frecuente el CaCu fué de los 35 a 44 años. El inicio de vida sexual a temprana edad fue determinante, encontrando mayor porcentaje en la clase de 15 a 19 años. Los embarazos así como la paridad, fue sig - -nificativa encontrando mayor incidencia en las pacientes con mas de 10 embarazos y con paridad entre 5 y 9. Predomino el CaCu in situ y la presencia de bacterias con reac - -ción inflamatoria agregadas a este estadió. El tratamiento que con mas frecuencia se efectuó fue la histerectomia abdominal y la administración de antibioticos.

## INTRODUCCION.

A pesar de los progresos recientes en investigaciones biológicas sobre marcadores de neoplasias malignas, el diagnóstico práctico de cáncer todavía se limita a los exámenes histológicos, así como los radiológicos o endoscópicos basados en la morfología.

Aunque la citología exfoliativa también se basa en la morfología, no se la debe sobreestimar considerandola tan valiosa como el diagnóstico histopatológico. Los criterios histopatológicos de los tumores están representados por 1) anaplasia de las células tumorales, 2) crecimiento invasivo que destruye y sustituye a los tejidos normales circundantes, 3) rápido crecimiento autónomo y 4) metástasis por permeación linfática, siembras hematógenas e implantación.

La citología exfoliativa, en cambio por carecer de estructura histológica, sólo depende de la primera categoría, es decir, la anaplasia o desdiferenciación de las células tumorales. Esto ha hecho que los patólogos vacilen en aceptar la citología exfoliativa (Willis, Búchner, Hamperl), pero este tipo de examen no solo es técnicamente sencillo y repetible, sino también exacto para detectar cánceres incipientes en diversos órganos.

Se publicaron varios trabajos que describen la detección del cáncer del cuello uterino desde que Papanicolau y Traut presentaron su monografía en 1943.

El muestreo amplio en torno del orificio externo y a lo largo del conducto cervical permite detectar el carcinoma cervical - preclínico porque hasta la etapa 0 o carcinoma in situ abarca un área intraepitelial bastante grande. En consecuencia, se puede anticipar altas tasas de diagnósticos positivos (más del 90%) y una escasa proporción de resultados positivos falsos (menos del 0,5%). En algunos carcinomas intraepiteliales limitados a un área focal es frecuente que con una sola punción biopsia no se detecte la lesión. En lo tocante a la detección del carcinoma incipiente del cuello uterino, la citología es mejor que la biopsia. El citodiagnóstico es práctico para realizar exámenes preliminares en masa por su sencillez, repetibilidad y exactitud. Los exámenes preliminares en masa para cáncer cervical arrojaron una incidencia de alrededor del 0,5% y también elucidaron mejor el tema de la correlación entre displasia, carcinoma intraepitelial y carcinoma invasor. Según un estudio de Stern y Neely, la tasa de detecciones en la población vuelta a examinar disminuyó mucho, llegando a 0,09 por millar de mujeres en los cánceres de etapa 0 y 1, respectivamente, mientras que la tasa para displasias siguió siendo un tanto alta.

Además, el hecho de que los casos positivos hallados en el nuevo examen preliminar fueron los mismos que habían exhibido displasia en la primera muestra, sugeriría que este carcinoma evoluciona pasando por la etapa displásica.

El programa de Londres (Ragula y Marks-1973) confirmó la influencia de los exámenes citológicos preliminares sobre la prevalencia de carcinoma cervical y lesiones preinvasivas porque la prevalencia de carcinoma invasor, que había sido 1,6 por 1000 mujeres en 1968, descendió a 0,4 en 1972. Las lesiones preinvasivas, que ascendían a 3,2 por 1000 mujeres en 1968, bajaron a 1,7 en 1972. Se comprobó que las lesiones displásicas se mantienen -- relativamente constantes y se las considera representativas de la incidencia normal. El abrupto aumento de la frecuencia de carcinoma in situ en mujeres de 25 a 29 años, sugiere que es necesario iniciar los exámenes preliminares a la edad de 25 años o antes. En la actualidad todavía se discute la conveniencia de la técnica del extendido de irrigación para hacer exámenes preliminares en masa. Aunque la exactitud de la detección del carcinoma de cuello uterino mediante autoirrigación es baja porque el muestreo de células no es satisfactorio, su principal ventaja radica en que la misma mujer puede recoger la muestra, de modo que la técnica se presta para hacer estos exámenes -- preliminares hasta en las regiones rurales.

Yokoyama adoptó la técnica de la esponja cilíndrica como método de autorrecolección y encontró carcinoma cervical en el 0.39% de 2560 mujeres examinadas por primera vez.

Al cabo de uno a dos años, en el segundo examen sólo aparecieron dos casos de carcinoma in situ y de displasia, respectivamente (0,17%). En cuanto al control efectivo del carcinoma cervical con exámenes preliminares en masa, Christopher-son y Scott hallaron tendencias decrecientes de la mortalidad por carcinoma cervical en las mujeres de 45 a 64 años en las cuales se habían hecho exámenes preliminares intensivos. La mortalidad estandarizada por carcinoma uterino ha venido declinando en este grupo desde que se iniciaron los exámenes preliminares, porque fue 41,7 por 100.000 en 1955, 32,4 en 1960, 27,9 en 1965 y 17,2 en 1971, mientras que las mujeres testigos de Inglaterra Y Gales, donde el sistema de selección preliminar se adoptó hace poco, no desplegaron diferencias significativas en el mismo período.

También se atribuye una utilidad pronóstica similar a los exámenes preliminares en masa en la comunicación de Macgregor y col, que demuestra la inversión de la gran incidencia del carcinoma clínico entre dos grupos de menos de más de 60 años desde 1950 hasta 1970, porque en la década del 70 la frecuencia del carcinoma cervical, que era más o menos el doble en mujeres menores de 60 años en 1950, se cruzó en su descenso con la de mujeres mayores de esa edad.



La mayoría de las pacientes con carcinoma de endometrio son menopáusicas. La metrorragia irregular en mujeres premenopáusicas y las metrorragias en las posmenopáusicas podrían requerir un examen adicional en busca de carcinoma de endometrio. La citología mediante aspiración endometrial y raspaje es útil para detectar esta neoplasia, Pero el método histológico del curetaje es más confirmatorio que el citológico. Desde 1969 se utilizó una técnica del lavaje en chorro (Gravlee) que ha dado resultados satisfactorios para detectar carcinoma endometrial, el lavaje a presión negativa evita complicaciones como peritonitis e implantación de células cancerosas por reflujo hacia la trompa de Falopio. Wied y col., quienes hallaron que la técnica del lavaje en chorro es muy exacta, recomendaron hacer filtración con membrana para las muestras escasas y preparar un bloque citológico con el sedimento, después de haber realizado el extendido para observar la histomorfología.

El examen histeroscópico seguido por biopsia selectiva habra de prevalecer como recurso diagnóstico exacto para el carcinoma de endometrio, porque permite observar la localización, tamaño y extensión del tumor.

Además de la biopsia bajo visión directa histeroscópica, se podría adoptar la técnica citológica. En consecuencia, a medida que la incidencia del carcinoma endometrial va en aumento, el examen anual o semestral en busca de carcinoma de endometrio adquiere creciente importancia en perimenopáusicas y posmenopáusicas:

Este procedimiento está indicado en pacientes en la edad de mayor riesgo con menorragias normales.

Uno de los descubrimientos recientes es la íntima relación entre la infección por el herpes virus tipo 2 y el carcinoma cervical. La infección primaria no es infrecuente en mujeres jóvenes por promiscuidad sexual. Desde el punto de vista epidemiológico, esta infección se asocia con carcinoma cervical con mayor frecuencia que en los grupos testigos y preceden al carcinoma cervical en unos 10 a 20 años.

Otro aspecto de mucho interés en citología en el tracto genital femenino es la mayor incidencia de adenosis vaginal en niñas cuyas madres fueron tratadas con dietilestilbestrol al comienzo del embarazo.

Aunque el riesgo de cáncer por adenosis vaginal no sería grande, la mayor incidencia de carcinomas de células claras en mujeres de 15 a 25 años nacidas en la era en que se daba dietilestilbestrol para tratar complicaciones del embarazo, es muy sugestiva de una relación causal.

En lo que respecta a los anticonceptivos orales no hay pruebas definitivas de que contribuya en la carcinogénesis del cuello uterino, aunque según algunas publicaciones, en las mujeres que consumen anticonceptivos orales por mucho tiempo hay una prevalencia mayor de carcinoma in situ o de displasia cervical.

Por otra parte, en un estudio citológico comparativo realizado por Fuertes-de la Habay Col. con 4868 usuarias de anticonceptivos orales, y 4829 testigos, no se hayó que la tasa de progresión de los cuadros citológicos fuese distinto. Holser menciona un resultado similar que niega la relación causal. Es necesario considerar los efectos biológicos de los anticonceptivos orales sobre la disminución del nivel sérico de B12 y el trastorno del metabolismo del Folato, podrian inducir anemia megaloblastica complicada con candidiasis vaginal en lugar de postular una relación causal con el carcinoma cervical. Para confirmar la carcinogenesis se requiere muchos años mas de observación.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS .

El cáncer se conoce desde los papiros del antiguo Egipto, donde se han encontrado prescripciones viejas de mas de tres mil años para el tratamiento de esta enfermedad.

En nuestro país, el CaCu era un padecimiento conocido desde las épocas precortesiana, los indigenas le llamaban COALOCALT y su tratamiento era a base de causticos vegetales. (1)

Desde entonces ha sido un problema de salud publica en la Republica Mexicana, ocupando el primer lugar dentro de los tumores malignos que ataca a la mujer(2), constituyendo el 80% de los tumores malignos ginecopelvicos y ocupando el primer lugar como causa de muerte entre los 40 y 50 años; correspondiendole una cuarta parte de las defunciones en mujeres entre los 15 y 74 años de edad. (3)

Esto motivo a que el CaCu se considerara como enfermedad de tipo social y problema de salud publica(4), por lo que se creó una campaña permanente para el diagnostico precoz, asi como otras de pesquisa ó detección dirigidas a aquellos grupos de población de alto riesgo, constituidos por elementos que cumplen ciertas condiciones relacionadas al sexo, edad, vida sexual, promiscuidad, gesta y patologia agregada; siendo mas frecuente en población de nivel socioeconomico bajo y presentando una --

incidencia de 20-26 x 100.000 hab. aquí en México (5) y de 18 x 100.000 hab. en E.U. (2).

En México se realizaron los primeros intentos por hacerle frente a este problema en el año de 1922, en que se fundó el pabellón de cancerología dependiendo de la S.S.A. y partiendo de ésta fecha, se instituyeron diferentes estrategias para darle forma a éste programa y fué hasta 1941, en el que el jefe de la S.S.A. fundó la campaña contra el cancer; posteriormente en 1952 por decreto presidencial se crea el Instituto de Cancerología (6).

En el IMSS se iniciaron los proyectos para la implantación de la detección oportuna de cáncer (DOC) en 1959, motivados por el gran porcentaje de CaCu en estadios avanzados (1).

En 1962 se aprobó la planeación del programa de DOC y se inició en noviembre de ese año, tomando como población de estudio a las mujeres de los 25 años en adelante ó -- con vida sexual activa (1).

En 1967 se instaló el Programa Nacional de DOC en México (6).

En 1975 se consideró de manera muy importante el CaCu como problema de salud pública en México (4).

Actualmente en el IMSS el programa depende de la jefatura de Medicina Preventiva a -- través del Dpto. de epidemiología.

En el D.F. funciona en forma coordinada con las unidades de adscripción y al hospital de Oncología del C.M.N. .

En las delegaciones fóraneas funciona con

unidades de adscripción, epidemiólogos y servicios de diagnóstico y tratamiento correspondiente.

A partir del 10 de Marzo de 1984 en el HGZ No. 1 en Cd. Obregón, empezó a laborar el laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste, que procesa y diagnostica DOC proveniente de todas las clínicas de los estados de Sonora, Sinaloa, BCN y BCS.

El diagnóstico se hace de acuerdo a la clasificación de Papanicolaou, asimismo se confirman por patología con biopsia los resultados sospechosos y positivos del Sur del estado, correspondiendo a esta zona a Cd. Obregon, Navojoa, Huatabampo, Vicam, Bacobampo, Etchojoa, Sn. Pedro, Villa Juárez, Col. Militar, Jupare, Yavaros, Bacum Fco. Javier Mina, San Jose de Bacum, 1 de Mayo (ejido), Cocorit, Cuauhtemoc, Pueblo Yaqui, Quetchehueca, Rosario de Teslpaco, Alamos, Col. Marte R. Gomez y cinco unidades móviles.

En 1984 se presentó un índice de sospecha de 5.1 x 1000 exámenes interpretados en el Edo. de Sonora (7) y algunos autores refieren que se requiere para estudio por biopsia aproximadamente el 3% de los estudios de Papanicolaou efectuadas para detección de CaCu y definir mejor el diagnóstico (8). Conociendo el índice de sospechosos en el Edo. de Son., consideramos justificado el conocer la incidencia de CaCu y su tratamiento en los pacientes controlados en este hospital.

**PROBLEMA:**

Se sabe que el CaCu ocupa el 1er lugar de las causas de cancer en la población femenina sexualmente activa, por lo que consideramos de vital importancia la detección oportuna de CaCu en la población sexualmente activa y supuestamente sana para evitar que este llegue a etapas más desarrolladas donde sea difícil su control.

Por lo anteriormente expuesto, nos hacemos las siguientes preguntas:

- 1.- Cual es el indice de sospecha de CaCu en la población derechohabiente en el sur del Edo. de Sonora ?
- 2.- Cual es la incidencia de CaCu en la población derechohabiente en el sur de Edo. de Sonora ?
- 3.- Que factores sociomedicos se asocian más frecuentemente a la paciente con CaCu ?
- 4.- Que porcentaje de D O C sospechosos en derechohabientes son confirmados positivamente por anatomopatología ?

**5.- Cual es el tratamiento más  
frecuentemente instituido  
en paciente con CaCu ?**



## OBJETIVOS

1. - Determinar la incidencia de sospechosos de Cancer Cervicouterino en población derechohabiente supuestamente sana en el sur del Edo. de Sonora mediante D.O.C.
2. - Conocer la incidencia de casos positivos confirmados por cono y -- biopsia, sobre los casos con papanicolaou catalogados como sospechosos o positivos.
3. - Determinar los factores sociomédicos más frecuentes de las derechohabientes con papanicolaou catalogados como sospechosos o positivos.
4. - Investigar el tratamiento instituido en pacientes con cancer cervicouterino confirmado por biopsia.

## MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio se llevó a cabo en la clínica Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd. de Obregon Sonora.

Nuestro universo de trabajo fue la población sometidos a DOC del 1.º de Dic. de 1985 al 30 de Agosto. de 1986. en el sur del edo. de Son. datos que fueron obtenidos del Dpto. de Medicina preventiva. Se utilizaron como criterios de exclusión a las mujeres no derechohabientes, a las foraneas y aquellas que no fueron controladas por esta unidad o no localizadas.

El tipo de estudios es observacional y prospectivo.

El trabajo fué dividido en varias etapas:

Etapa 1.-

Encaminada a conocer el total de población sometida a DOC en el sur del edo. de Son. durante el 1 de Dic. 1985 al 30 de Agosto 1986. (con el proposito de determinar que porcentaje de derechohabientes de esta zona con indicación de DOC son sometidos a este examen).

Etapa 2.-

Identificar el porcentaje de pacientes derechohabientes sometidos a DOC, con resultados del Papanicolaou como negativo, sospechoso y positivo según clasificación utilizada en esta unidad. ( cuadro 1.)

**Etapa 3.-**

Clasificar a los pacientes sospechosos y positivos, según los diferentes estadios de papanicolaou utilizados en esta unidad y sus porcentajes. ( cuadro 1).

**Etapa 4.-**

4 a). Consistente en evaluar el total de casos de CaCu confirmados por patologia y su porcentaje sobre los casos con papanicolaou catalogados como sospechosos ó positivos.

4 b). Recolectar las características sociomédicas de cada paciente con CaCu según cuestionario del Dpto. de medicina preventiva para detección de CaCu forma 4-31-20-QH-72 (cuestionario 1).

**Etapa 5.-**

Conocer el tipo de tratamiento instituido a las pacientes Positivos de CaCu, confirmadas por biopsia y como según reglamento y normas del servicio de ginecología para el diagnóstico y tratamiento del carcinoma cervico-uterino del Centro Médico del Noroeste.

**Etapa 6.-**

Los resultados obtenidos serán computados y procesados mediante medidas de tendencia central y dispersión, las cuales se graficarán de acuerdo a la figura adecuada. Finalmente, el instrumento de investigación será la forma 4-31-20- C1-72 a Excepción de los Rubros 1 a 9, 12 a 21 y 28 a 34 de dicha forma.

Se anexa a esta el resultado anatomopatológico, así como el tratamiento instituido.

## CUADRO 1

CLASE I	Ausencia de células atípicas ó anormales	Negativo
CLASE II	Citología atípica sin evidencia de malignidad.	Negativo DCL
CLASE III	Citología sugestiva de malignidad, pero no concluyente	Sospechoso DCM DCS
CLASE IV	Citología muy sugestiva de malignidad	Positivo
CLASE V	Citología concluyente de malignidad	Positivo

### CLASIFICACION DE PAPANICOLAOU MODIFICADA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
HOSPITAL DE ONCOLOGIA

CLASIFICACION CLINICA DE LOS TUMORES MALIGNOS GINECOLOGICOS

CARCINOMA CERVICO-UTERINO

FIGO 1971

CARCINOMA PREINVASOR

ETAPA C Carcinoma "in situ", o carcinoma intraepitelial.

CARCINOMA INVASOR

- ETAPA I Carcinoma estrictamente confinado al cérvix.
- ETAPA Ia Micro-invasor, que ha roto la membrana basal y penetra al estroma, no más allá de 5mm.
- ETAPA Ib Todos los otros casos restantes de la etapa I.
- ETAPA II Carcinoma que se extiende más allá del cérvix pero sin llegar a la pared pélvica.
- ETAPA IIa Carcinoma que se extiende a la vagina, pero sin llegar al tercio inferior y sin infiltración a los parametrios.
- ETAPA IIb Carcinoma que se extiende a los parametrios sin llegar a la pared pélvica.
- ETAPA III Carcinoma que se extiende a la pared pélvica e infiltración la vagina en su tercio inferior
- ETAPA IIIa Tumor que se extiende hasta el tercio inferior de la vagina sin que los parametrios estén fijos a la pared pélvica
- ETAPA IIIb Tumor que infiltra los parametrios hasta la pared pélvica
- ETAPA IV El carcinoma se ha extendido mas allá de la pelvis verdadera, o invade la mucosa de la vejiga o el recto, o metástasis de la pelvis de tipo ganglionar o visceral.

NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CA. CU. CONDUCTA DIAGNOSTICA

CITLOGIA SOSPECHOSA O POSITIVA

COLPOSCOPIA

NEGATIVA

POSITIVA

BIOPSIA ENDOCERVICAL

BIOPSIA DE ZONA SOSPECHOSA Y ENDOCERVICAL

B. NEGATIVA O  
C/DISPLASIA

B. POSITIVA

B. POSITIVA

B. NEGATIVA O DISPLASIA

TRAT. MEDICO  
REPETIR ESTUDIOS

NEGATIVOS

SOSP. O POSIT.

SOSP. POSIT. O  
DISPLASIA SEVERA

TRAT. MEDICO Y  
REPETIR ESTUDIOS

NEGATIVA

CONTROL C/6  
MESES

CLINICA  
CONJUNTA

CONTROL C/3  
MESES EN D.O. C.  
ALTA DESPUES DE  
2 CITOLOGIAS  
NEGATIVAS

NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO  
CLINICA CONJUNTA

CITOLOGIA SOSPECHOSA O POSITIVA CON  
BIOPSIA NEGATIVA O CON DISPLASIA

CONIZACION

Negativa o  
c/Displasia

Control citológico  
anual

Ca. In Situ

Necesario conservar  
el útero. R.Q. alto

Control citológico  
semestral

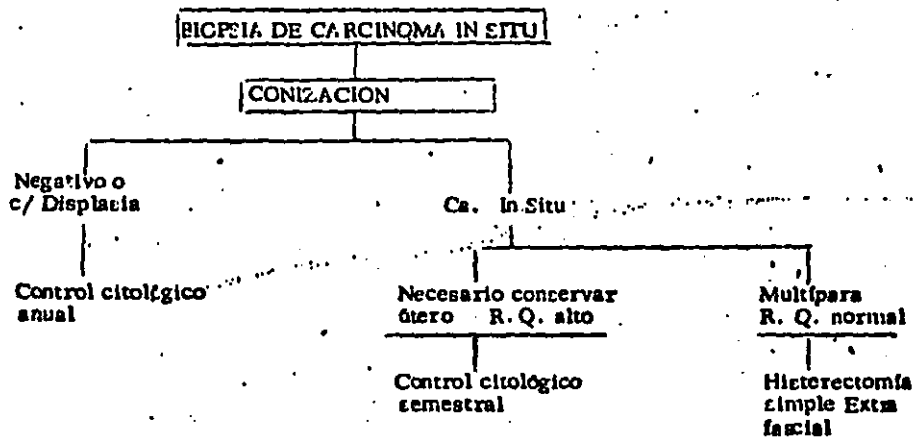
Múltipara  
R.Q. normal

Histerectomía  
simple extra,  
fascial

Hospital de Oncología  
I.M.S.S.  
1978



**NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO  
CLINICA CONJUNTA**

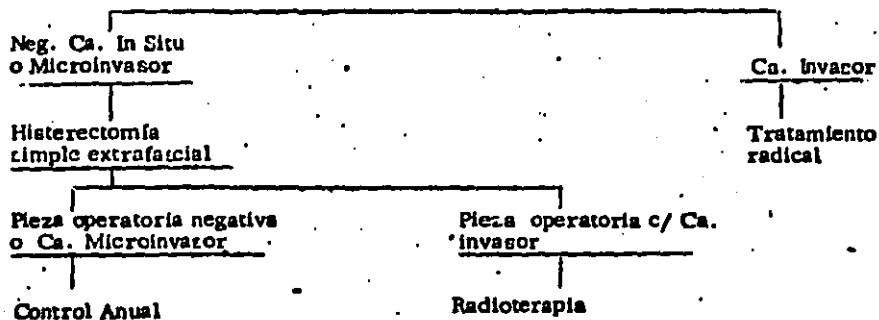


22

NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO  
CLINICA CONJUNTA

BIOPSIA DE CA. MICROINVASOR

CONIZACION

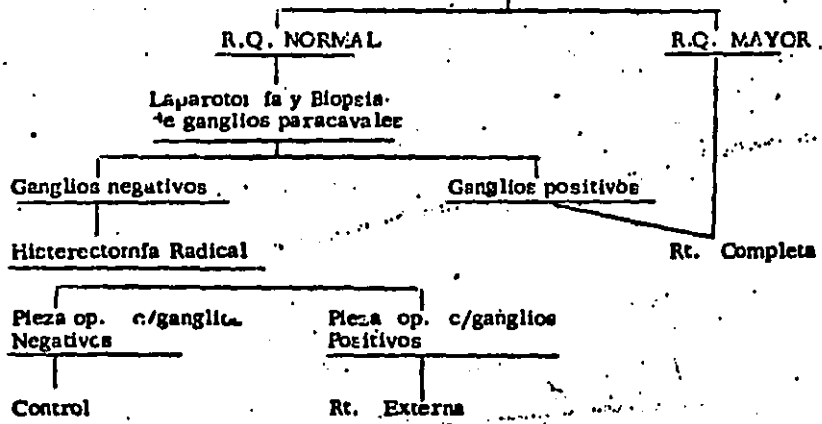


23

Hospital de Oncología  
I.M.S.S.  
1978

NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA,  
CARCINOMA CERVICOUTERINO INVASOR  
CONDUCTA TERAPEUTICA

ETAPAS IB Y IIA  
ENFERMAS MENORES DE 35 A.



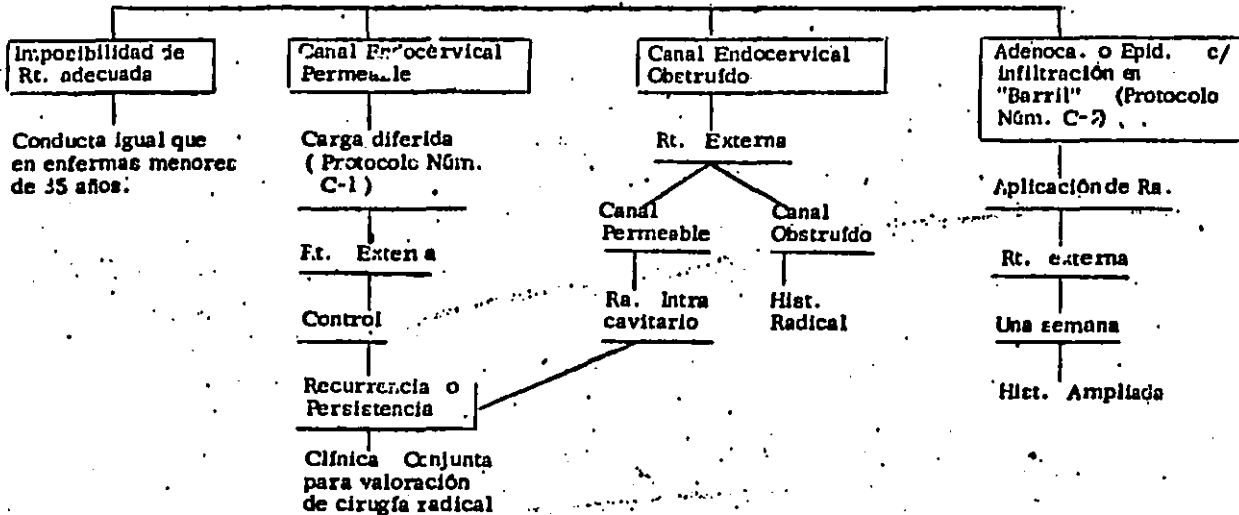
Hospital de Oncología  
I.M.E.S.  
1973

24

6

**NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.  
CARCINOMA CERVICOUTERINO INVASOR.  
CONDUCTA TERAPÉUTICA.**

**ETAPAS IB Y IIA  
ENFERMAS DE 35 AÑOS O MÁS**



Hospital de Oncología  
I.M.S.S.  
1978

NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO INVASOR  
CONDUCTA TERAPEUTICA

ETAPA IIB  
(PROTOCOLO NUM. C-3)

CARGA DIFERIDA + RT. EXTERNA

PERSISTENCIA LOCAL

AUSENCIA DE TUMOR LOCAL

LAPAROTOMIA Y BIOP. DE  
GANGLIOS PARACAVALES

LAPAROTOMIA Y BICFIA DE  
GANGLIOS PARACAVALES

GANGLIOS NEGATIVOS

GANGLIOS POSITIVOS

GANGLIOS POSITIVOS

GANGLIOS NEGATIVOS

CIRUGIA RADICAL

RT. A GANGLIOS PARA  
CAVALES

CONTROL

NC RMAS DEL SERVICIO DE GINECLOGIA  
CARCINMA CERVICOUTERINO INVASOR  
CONDUCTA TERAPEUTICA

ETAPA III  
(Protocolo Núm. C-4)

RT. EXTERNA + RA. INTRACAVITARIO

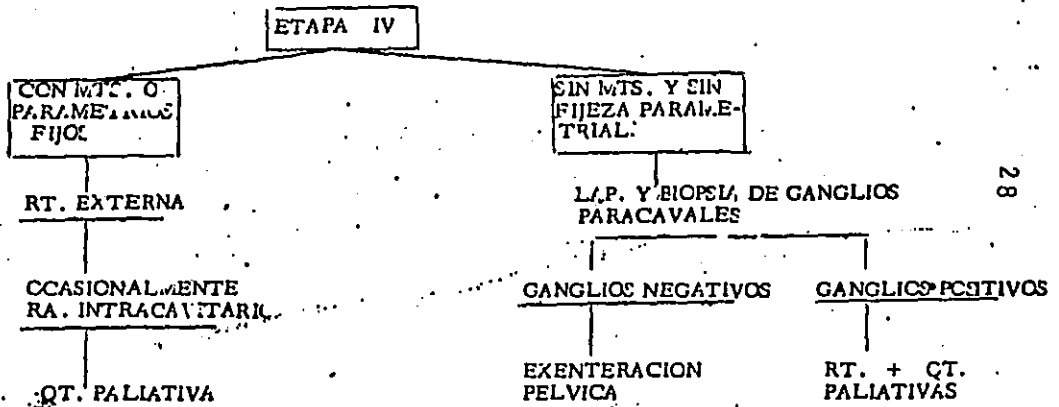
PERSISTENCIA  
TUMORAL LOCAL

VALORACION DE  
CIRUGIA RADICAL

AUSENCIA DE TUMOR LOCAL

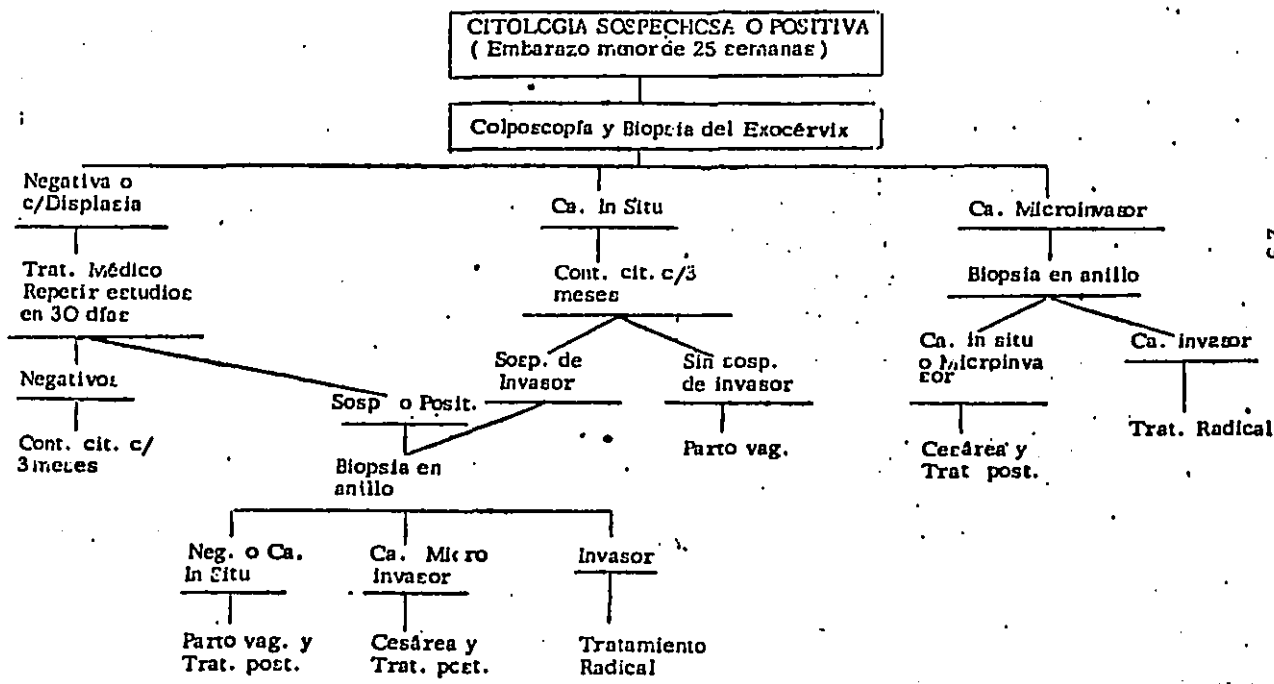
LAPAROTOMIA Y BIOP. DE  
GANGLIOS PARACAVALES

REGIMENES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO INVASOR  
CONDUCTA TERAPEUTICA



**NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO Y EMBARAZO  
CONDUCTA DIAGNOSTICA**

IG.



29



NORMAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO Y EMBARAZO  
CONDUCTA DIAGNOSTICA

CITCLOGIA SOSPECHOSA O POSITIVA  
EMBARAZO DE 25 SEMANAS O MAS

COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DEL EXOCERVIX

Negativa o  
c/Displasia

Trat. Médico y  
Repetir estudios

Negativos

Sosp. Positivos  
de Ca. In Situ  
o Disp. severa

Ca. In Situ

Parto Vaginal  
y Trat. Posterior

Ca. Sin Definir  
Invasión

Cesárea y completar  
Estudio posteriormente

Ca. Microinvasor

Cesárea hysterecto-  
mía o trat. después  
de la cesárea.

30

Hospital de Ginecología  
I.M.S.S.  
1978

**PERMAN DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
CARCINOMA CERVICOUTERINO Y EMBARAZO  
CONDUCTA TERAPEUTICA**

**ETAPA 0**

Control hasta  
Viabilidad.  
Parto vaginal y  
Trat. posterior

**ETAPA IA**

Control hasta via-  
bilidad. Cesárea,  
Histerectomía o  
Histerectomía des-  
pués de la Cesárea.

**ETAPAS IB Y IIA**

Hasta 25 semanas  
de Embarazo

R. Q. Normal  
( Protocolo Núm. 5 )

Hist. Radical y  
Transposición de  
Ovarios.

P. O. c/ganglios  
Positivos

Rt. Externa

P. O. c/ganglios  
Negativos

Control

R. Q. Insuper

Rt. Externa

Aborto

No Aborto

Histerotomía

Radium

Después de  
25 semanas

Esperar viabilidad  
cesárea y trat.  
post.

31

Hospital de Oncología  
I.M.S.E.  
1978

NO MAS DEL SERVICIO  
 CARCINOMA CERVICOUTERINO : EMBARAZO  
 CONDUCTA TERAPEUTICA

ETAPAS II y III

Hasta 25 semanas

Rt. Externa

Aborto

Ra. Intracavitario

No. Aborto hasta  
 2 semanas después  
 de Rt.

Histerotomía y  
 Ext. del producto

Ra. Intracavitario

Después de 25  
 semanas

Esperar viabilidad  
 Cesárea y Trat.  
 posterior

ETAPA IV

Individualizar el tratamiento  
 de acuerdo con las condicio-  
 nes de la enferma y posibili-  
 dades de viabilidad del pro-  
 ducto.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 7351 pacientes que se les realizó citología exfoliativa mediante el programa de DOC en el HGZ 1 de Cd. Obregón Son.

La edad de los pacientes estudiados fué entre 15 a 70 años y todos habian mantenido vida sexual activa.

Del total de los pacientes, se observó un índice de sospechosos de  $11.1 \times 1000$  con 83 casos, reportandose 50 casos con DCM, 21 casos con DCS, 7 casos con clase IV y 5 con clase V. Se requirió de la valoración por el patólogo en 27 casos (32.5%) obteniendo 15 casos positivos de CaCu (18 %) como se demuestra en la grafica 1.

En la tabla No. 1 se observan los diagnósticos de los casos confirmados por patología, siendo estos de 2 con cervicitis crónica, 1 con DCL, 7 con DCM, 2 con DCS, 6 con CaCu in situ, 1 en etapa Ia, 5 en etapa Ib, 1 en etapaIIa, 1 en la IIb y en uno no se determino la etapa. De estos se confirmó por biopsia y/o cono a 21 pacientes, y ha 6 por citología.

En la tabla No. 2 encontramos los casos con CaCu confirmados por biopsia y/o cono clasificados de acuerdo a diferentes gpos. de edad y observamos mayor frecuencia de

CaCu en estadio 0 (40 %), asimismo en las edades donde se encontró mayor incidencia de cáncer fué en las comprendidas entre los 35 a 44 años (26.6%) y un segundo incremento en los pacientes con mas de 65 años (26.6%).

En la tabla No. 3 se observa la relación que existe en el IVSA en diferentes gpos. de edad, con la etapa clínica del CaCu -- correspondiendo el mayor porcentaje (53.3%) a la edad de 15 a 19 años con 8 casos, 3 en etapa 0, 4 en etapa Ib y uno en etapa IIb.

En la tabla No. 4 se relaciona al No. de embarazos con la etapa clínica de CaCu -- observando una frecuencia de 6 casos (40%) en las pacientes con 10 ó mas embarazos, predominando el Ca in situ con 3 casos, (2 en etapa Ib y uno en etapa IIa). Las pacientes con 5 a 9 embarazos presentaron 4 -- casos (26.6 %) de CaCu sin predominio de alguna etapa y en las pacientes con 0 a 4 gestas se presentaron 5 casos (33.3%) con predominio de la etapa 0 y Ib con 2 casos cada uno y 1 en la etapa IIb

La tabla No. 5 presenta la relación, del No. de partos con las etapas clínicas de CaCu y observamos una mayor frecuencia de cáncer en las pacientes con 5 a 9 partos con 6 casos (40%) predominando la etapa 0 con 2 casos, en etapa Ib 2 casos, 1 en

etapa IIa y uno sin etapa clinica.  
Las pacientes con 0 a 4 partos presentaron 5 casos ( 33.3%), 2 en etapa 0, 2 en etapa Ib y 1 en etapa IIb.

En 4 casos (26.6%) las pacientes tenian 10 ó mas embarazos ( 2 en etapa 0, 1 en -- etapa Ib y 1 en IIa ).

El informe del laboratorio de citología demostró la presencia de bacterias en 6 pacientes (31.5 %) predominando en la etapa 0; reacción inflamatoria en 7 casos (36.8%) presentandose mas fcte. en etapa 0, en cuatro pacientes 21% se encontro sangre y solo en una sola tricomonas y hongos en la etapa 0.

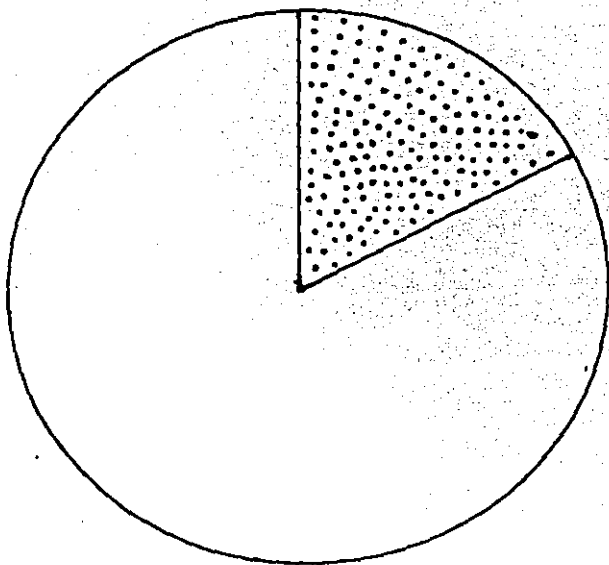
El tratamiento que se les administró a las pacientes sospechosas y positivas fué de acuerdo al protocolo establecido como -- sigue :

Sin tratamiento	2	pacientes
Antibiotico	7	"
Electrofulguración y antibiotico	1	"
Cono	1	"
Histerectomia abdominal	6	"
Histerectomia mas SOB	2	"
Histerectomia con SOB y radioterapia	2	"
Histerectomia mas radioterapia	1	"


Radioterapia	3 pacientes
Radioterapia con quimioterapia	2 "

Por último cabe agregar que en los diagnósticos citológicos, encontramos 2 falsos positivos y 7 falsos negativos en los resultados patológicos.

37



 CASOS SOSPECHOSOS 83

 CASOS POSITIVOS 15 (18%)

GRAFICA 1



TABLA No. 1

AÑOS	CERVICITIS CRONICA	DCL	DCM	DCS	ETAPAS				SIN ETAPAS	No.	%
					0	Ia	Ib	IIa			
5-14											
15 -24			2						2	7.4	
25 -34			4		1			1	6	22.2	
35 -44	1			2	1	3			7	25.9	
45 -54	1	1	1		2	1			6	22.2	
55 -64					1		1		2	7.4	
65 ó mas					1	1	1		1	4	14.8

TOTAL 27

No. DE CASOS CONFIRMADOS POR PATOLOGIA

TABLA No. 2

AÑOS	ETAPA 0	ETAPA Ia	ETAPA Ib	ETAPA IIa	ETAPA IIb	SIN ETAPA	No.	%
5_14								
15-24								
25-34	1				1		2	13.3
35-44	1		3				4	26.6
45-54	2		1				3	20.0
55-64	1			1			2	13.3
65 ó mas	1	1	1			1	4	26.6
TOTAL							15	

CLASIFICACION DE CASOS CON CaCu CONFIRMADOS  
POR BICPSIA COMO

TABLA No. 3

IVSA AÑOS	ETAPA 0	ETAPA Ia	ETAPA Ib	ETAPA IIa	ETAPA IIb	SIN ETAPA	No.	%
10-14		1					1	6.6
15-19	3		4		1		8	53.3
20-24	1			1			2	13.3
25 ó mas	1					1	2	13.3
**	1		1				2	13.3
TOTAL							15	

\*\* SE IGNORA

ETAPA CLINICA DE CaCu Y SU RELACION CON  
EL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

TABLA No. 4

GESTA	ETAPA 0	ETAPA Ia	ETAPA Ib	ETAPA IIa	ETAPA IIb	SIN ETAPA	No.	%
0-4	2		2		1		5	33.3
5-9	1		1	1		1	4	26.6
10 ó mas	3		2	1			6	40.0
TOTAL							15	

ETAPA CLINICA DE CaCu Y SU RELACION CON EL  
NUMERO DE EMBARAZOS

TABLA No. 5

PARA	ETAPA 0	ETAPA Ia	ETAPA Ib	ETAPA IIa	ETAPA IIb	SIN ETAPA	No.	%
0-4	2		2		1		5	33.3
5-9	2		2	1		1	6	40.0
10 ó mas	2		1	1			4	26.6
TOTAL							15	

ETAPA CLINICA DE CaCu Y SU RELACION CON  
EL NUMERO DE PARTOS

TABLA No. 6

LABORATORIO	ETAPA 0	ETAPA Ia	ETAPA Ib	ETAPA IIa	ETAPA IIb	SIN ETAPA	No.	%
BACTERIAS	4		1		1		6	31.5
SANGRE	2		1		1		4	21.0
TRICOMONAS	1						1	5.2
REACCION INFLAMATORIA	4		2		1		7	36.8
HONGOS	1						1	5.2
TOTAL							19	

ETAPA CLINICA DE  $CaCu$  Y SU RELACION CON EL  
INFORME DEL LABORATORIO DE CITOLOGIA

## DISCUSION .

Del total de los pacientes estudiados en el sur de Son. del mes de Dic. '85 al de Agosto de '86, se encontró una relación acorde con los índices de sospecha de CaCu en los años anteriores correspondientes al Edo. de Son.

En 1984 el índice de sospecha fué de  $5.1 \times 1000$  (11); en el año de 1985 se presentó un índice de sospecha de  $7.79 \times 1000$  y en el año de 1986 fué de  $11.7 \times 1000$ .

En nuestro estudio el índice de sospecha fué de  $11.1 \times 1000$ . Es conveniente hacer -- notar que ha partir del 11 de Nov. de 1985 se consideró a la DCM que anteriormente se clasificaba como clase II, como de clase III, con lo que se podría explicar el aumento en el índice de sospecha en el año de 1986 ya que el No. de laminillas revisadas en 1985 fué de 22,697 con 177 casos sospechosos y en 1986 se revisaron 21,591 laminilla presentando 253 casos sospechosos.

En el presente trabajó se revisaron 7351 laminillas y se reporta un índice de sospecha de  $11.1 \times 1000$  con 83 casos.

Por lo anterior consideramos que no hay -- diferencia significativa en el Sur de Son. y el resto del edo.

La valoración por el patólogo fué en 27 casos de los sospechosos, de los cuales 12 fueron reportados como no malignos y 15 -- con alguna etapa de CaCu, requiriendo para ello la confirmación por biopsia y/o como en 21 pacientes ( 0.28% del total de los estudios citológicos ), con lo que diferimos con Ricaud Rothiot y col. (8), posiblemente

por haber efectuado estos autores su estudio en un hospital de concentración ó por haberse excluido de este estudio a 15 pacientes que entraron dentro de los criterios de exclusión.

La frecuencia encontrada de CaCu del 0.2% del total de pacientes sometidos a DOC y del 18% del total de sospechosos, esta -- dentro de lo esperado.

La mayor incidencia de cáncer en las edades de 35 a 44 años y en pacientes de mas de 65 años, nos demuestra la importancia del DOC en etapas reproductivas de la vida como metodo preventivo de CaCu y asimismo en la senilidad, por ser frecuente el considerar a las pacientes sexualmente inactivas sin indicación de DOC.

El IVSA a temprana edad se demostró que es significativo, al haberse obtenido el 53,3% de los pacientes con CaCu, en edad comprendida entre 15 y 19 años.

La multigesta con mas de 9 embarazos -- aumentó la frecuencia de Ca, así como la multiparidad con mas de 5 partos, resultados que no difieren con lo ya aceptado.

La presencia de bacterias y reacción -- inflamatoria en el cervix con mayor frecuencia y el predominio de la etapa 0 de CaCu, nos demuestra la importancia del Dx. precos y el tratamiento oportuno con grandes posibilidades de curación completa.

En vista de que los resultados de CaCu de los pacientes, no pasaron de la etapa Iib, el tratamiento instituido con mas frecuencia fué la histerectomia, utilizando en otras SOB, radioterapia, quimioterapia, con evolución satisfactoria hasta el momento .



## CONCLUSIONES.

A pesar de que en la era actual contamos con abundante literatura acerca del CaCu y con programas para DOC en todo el país todavía se le sigue considerando como un problema de salud pública, ya que ocupa el 1er. lugar de los tumores malignos en la mujer y en letalidad el 3ro. (10) en México.

Por lo anteriormente expuesto consideramos el DOC como un programa capaz de disminuir los índices de CaCu.

En el presente estudio se observó :

- 1.- No hay diferencia significativa en los índices de sospechosos en el Sur del Edo. de Son. con el resto del Edo. .
- 2.- La frecuencia encontrada de CaCu del total de pacientes sospechosos fué del 18%.
- 3.- Se observó mayor incidencia de cancer, en pacientes de 35 a 44 años y en mujeres de mas de 65 años, con inició de vida sexual entre los 15 a 19 años. Asi como la multigesta con mas de 9 embarazos y la multiparidad con mas de 5 partos la edad fue determinante.  
Por citología predominó la presencia de bacterias y la reacción inflamatoria.
- 4.- El tratamiento que mas se efectuó fué la histerectomía abdominal, ya que predomina el CaCu in situ.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gallegos Vargas y col.; Evolución de los catorce años del programa de DOC Rev. Pat.; vol. 17 #1 1979, pag. 1-10.
- 2.- Mesa Redonda; Diagnostico temprano del cancer; Rev. Fac. Med. vol. 20 año 20, no. 8, 1977, pag. 10-12 .
- 3.- Revista de la Facultad de Medicina, marzo 1974, vol. xviii, año 17 no.3
- 4.- Zalce Horacio y Col.; Los programas de detección de CaCu y de mama en los edos. de la frontera del norte de Mex.; Salud publica de Mexico; vol. 17 #6, nov. y dic. 75, pag. 803-12.
- 5.- Arriaga Cruz y col.; Prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Estudio comparativo entre población femenina usando anticonceptivos; Gin. Obs. Mex. vol. 46 # 273, jul. 79, pag. 37-44
- 6.- Gallegos Vargas y col.; programa de diagnostico oportuno de cáncer C.U. en el IMSS; La prensa medica mexicana, vol. 3-4 # 93 1970.
- 7.- Programa de DOC; Jefatura de Med. Preventiva Cd. Obregon Son. IMSS 1985.
- 8.- Ricaud Rotheriot y col.; Neoplasia intraepitelial del cervix. Gin. Obst. Mex.; Vol. 52, no. 332, Dic. 84, pag. 285.
- 9.- Masayoshi Takahashi; citologia del cancer 2a edición, 1982 .

- 10.- Avances en el registro de los tumores malignos mas frecuentes, IMSS, sub-dirección general medica, 1986.
- 11.- Archivo del laboratorio regional de citologia exfoliativa HGZ 1 Cd. Obregon Informe anual de indice de sospechosos

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
DETECCION DE CANCER CERVICOUTERINO

NUMERO DE AFILIACION - SEXO - EDAD - NOMBRE

UNIDAD

No. LAB.

DOMICILIO

DOMICILIO TRABAJO

1-2		LOCALIDAD
3-4		CLINICA
5-6		EXAMEN

7 ESTADO CIVIL

- 1 Casada
- 2 Soltera
- 3 Viuda
- 4 Divorciada

8 TRATAMIENTO PREVIO

- 1 Cirugía cuello uterino
- 2 Cirugía cuerpo uterino
- 3 Cirugía ovario
- 4 Radioterapia
- 5 Cauterización
- 6 Anticonceptivo oral
- 7 Anticonceptivo local químico
- 8 Anticonceptivo local mecánico
- 9 Hormonal

9 

1	2
---	---

 TURNO

10-11 

--	--

 EDAD

EDAD INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA

12-13 

--	--

Fecha última menstruación

14-18 

			1		
--	--	--	---	--	--

 DIA MES AÑO

MESES TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO

20-21 

--	--

22-23 

--	--

 Gestaciones

24-25 

--	--

 Partos

26-27 

--	--

 Abortos

28-29 

--	--

 CICLO

30 

--	--

 POR

31 

1	2
---	---

 REGULAR IRREGULAR

32 IMPRESION CLINICA

- 1 Normal
- 2 Ulcerado
- 3 Desgarro
- 4 Tumor
- 5 Sangrado
- 6 Quiste
- 7 Pólipo
- 8 Ectropión
- 9 Material escaso

33 ESPOSO CIRCUNCIDADO

- 1 Si
- 2 No
- 3 La ignora

34 AMENORREA

- 1 Embarazo
- 2 Lactancia
- 3 Menopausia
- 4 Ausencia óvulo
- 5 Causa desconocida

Fecha de la toma

35-40 

--	--	--	--	--	--

 DIA MES AÑO

Nombre de la enfermera

CITOLOGÍA VAGINAL (f. C. ...)

4 31 20-01-72

SAAR DE LA BIBLIOTECA  
ESTADÍSTICA NO DEBE

INFORME DEL LABORATORIO DE CITOLOGIA

41 FLORA BACTERIANA

44 CITOLISIS

46 SANGRE

49 TRICOMONAS

42 REACCION INFLAMATORIA

45 HONGOS

47 NECROSIS

50 AMIBAS

43 ATIPIAS CELULARES

51 REPORTE PATOLOGICO

48 DIAGNOSTICO CITOLOGICO

- 1 Ausencia de atipias
- 2 Inflamatoria
- 3 Hiperplasia simple
- 4 Metaplasia
- 5 Regeneración
- 6 Queratinización
- 7 Viral
- 8 Deficiencia foliata
- 9 Discariasis
- 10 Displasia cervical ligera
- 11 Displasia cervical moderada
- 12 Displasia cervical severa
- 13 Hiperplasia adenomatosa
- 14 Ca. intraepitelial
- 15 Ca. microinvasor
- 16 Ca. epidermoide invasor
- 17 Adenocarcinoma endocervical
- 18 Adenocarcinoma endometrial
- 19 Otros

52 TRATAMIENTO INSTITUIDO

- 1 Clase I
- 2 Clase II
- 3 Clase III
- 4 Clase IV
- 5 Clase V

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

91-56 FECHA  DIA  MES  AÑO

Nombre del Citólogo