

11217

# 66A /ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ"  
I.S.S.S.T.E.

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA DEL CANCER  
GENITAL FEMENINO EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR. DARIO FERNANDEZ

Tesis de Postgrado  
Que para obtener el Título de Especialista en  
GINECOOBSTETRICIA  
Presenta:  
DRA ARIADNA GARCIA PEVIA.

México D.F.

TESIS CON  
FALLA DE COCEN  
Febrero de 1988



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.

## INTRODUCCION

El cáncer en nuestro país debe considerarse en la actualidad y sin lugar a dudas un problema de salud pública y como tal debe ser enfrentado al igual que en los demás países de América Latina y el mundo. A pesar de los programas de investigación en grandes grupos, un gran número de mujeres, no tienen acceso a estos programas, por lo que el cáncer genital femenino sigue ocupando los primeros lugares como causa de muerte y elevada morbilidad, desde hace muchos años, principalmente el cáncer cervicouterino.

Para combatir el cáncer se necesita inicialmente del conocimiento veraz de su frecuencia y sus variedades en las diferentes regiones del País. Los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer deben ser multidisciplinarios, - permitiendo intercambio de información y aplicación de los recursos nuevos, que son vitales para un nivel elevado de calidad de los servicios y adelantos adicionales en el conocimiento.

## GENERALIDADES

### NEOPLASIAS CERVICALES.

Epidemiológicamente, varias características de las mujeres susceptibles de presentar neoplasia cervical indican cuáles -- tienen mayor riesgo de presentar dichas lesiones. La mujeres -- que inician relaciones sexuales tempranamente, que tienen múlti-- ples compañeros sexuales y tienen su primer niño antes de los-- 20 años, se incluyen en esta categoríá. Por lo común estas pa -- cientes se encuentran en los grupos socioeconómicos más bajos y parecen menos inclinadas a ser objeto de estudio periódico-- probablemente deberían ser examinadas más cuidadosamente e in-- clusive con mayor frecuencia que aquellas con menor riesgo.

Se ha sugerido una relación entre la infección transmitida sexualmente y el origen del carcinoma de las vías genitales inferiores.

Dos virus han sido señalados directamente como agentes -- causales potenciales. Estos son los virus del herpes simple y -- del papiloma humano. Las pacientes con carcinoma invasor, carci-- noma in situ y lesiones preinvasoras, tienen titulaciones con -- tra estos virus en un porcentaje mayor, que en controles; esto -- se ha traducido como una posibilidad de presentar neoplasia -- cervical 4 veces mayor. Otro agente participante del coito que-- se ha señalado como carcinogénico es el espermatozoide.

El epitelio cilíndrico endocervical comunmente presente -- en el exocérnix de las mujeres durante la pubertad gradualmen-- te se transforma en epitelio plano, llamada zona de transforma-- ción, mediante un proceso de metaplasia epidermoide. Este proce-- so se inicia en la pubertad y es más activo durante la adoles-- cencia, el embarazo e inmediatamente después del parto, particu-- larmente el primer embarazo y parto; este epitelio metaplásico-- activo es susceptible al carcinógeno probablemente relacionado

con el coito.

La lesión tiene una naturaleza progresiva, por lo que debe de incluirse a las pacientes en programas de estudio y tratamiento, a fin de evaluar el progreso de las lesiones displásicas leves una vez presentes hacia grados más intensos de neoplasia intraepitelial o invasora.

#### CARCINOMA DEL ENDOMETRIO.

Son precursores del carcinoma endometrial invasor la hiperplasia adenomatosa, la hiperplasia atípica y el carcinoma in situ. Se sospecha la participación de las sustancias estrogénicas en la etiología del cáncer endometrial, la relación entre estrógenos y carcinoma endometrial y sus precursores, se basa en su aparición en pacientes con tumores de la teca granulosa, en pacientes con disfunción ovárica y en mujeres que reciben estrógenos.

Las pacientes con disfunción ovárica y ovarios poliquísticos producen estrógenos en ausencia de la producción opuesta de la progesterona y en fases tardías presentan hiperplasia endometriales y carcinoma. La administración de estrógenos exógenos se ha considerado desde hace mucho tiempo como un estímulo para la aparición del carcinoma endometrial.

Pueden aparecer estrógenos en el humano como resultado de la secreción glandular de órganos endócrinos (ovarios, suprarrenales, testículos, placenta) o por formación a partir de andrógenos precursores circulantes endógenos en tejidos no endócrinos la aromatización de andrógenos circulantes, en particular la androstenediona, en algún tejido diferente del útero, los ovarios o las suprarrenales, contribuye con aproximadamente 44ug de estrona al día. Aproximadamente 1.3 % de la androstenediona plasmática se transforma en estrona en la paciente normal y puede-

contribuir a la producción total de estrógenos en ciertas situaciones. El estrógeno así producido puede ser equivalente o mayor que la producción de estrógenos por los ovarios en pacientes con enfermedad poliquística de los mismos, hepatopatía grave o producción de androstenediona por ciertos tumores. La estrona y no el estradiol es la hormona derivada de la aromatización extraglandular de la androstenediona plasmática en cada uno de éstos casos.

La conversión de androstenediona en estrona aumenta con la edad, obesidad notable y hepatopatía, pacientes anovulatorias crónicas, en la enfermedad de ovarios poliquísticos, en ciertos tumores funcionales del ovario y en la hiperplasia del estroma cortical ovárico.

Puede definirse un grupo de pacientes de alto riesgo para esta enfermedad con alguna precisión a mujeres solteras o nulíparas en edad menopáusica o premenopáusica generalmente con retraso de la menopausia, además se observa una susceptibilidad particular en las pacientes obesas con antecedentes de disfunción menstrual prolongada, anovulación e infertilidad. La diabetes, la hipertensión y el antecedente de carcinoma mamario y ovarico contribuyen al riesgo.

#### CARCINOMA DE OVARIO

En la denominación genérica del cáncer de ovario se incluyen numerosos tumores malignos, de diferente estirpe histológica y consecuentemente con variado comportamiento biológico que tienen como única característica común su mismo origen ovárico. Este hecho y el que el ovario es sitio frecuente de metastasis, han dificultado el conocimiento de su histogénesis y suscitado controversias acerca de su clasificación y tratamiento

Actualmente uno de los problemas más serios con los que se enfrenta el ginecólogo es el cáncer del ovario, porque su diagnóstico es difícil, su tratamiento técnicamente complicado y sobre todo porque el primer intento terapéutico es definitivo, determinando las posibilidades de curación de la enferma.

El cáncer de ovario es el tumor maligno que mayor número de muertes causa en los E.U. con aproximadamente 18 000 casos nuevos diagnosticados en 1980 y 11000 defunciones por año. En México no es tan frecuente ocupando el segundo lugar de los cánceres ginecológicos y actualmente el 4% de los cánceres de la mujer en estadística del IMSS.

Se desconoce la etiología del cáncer del ovario, por su diferente frecuencia en los núcleos poblacionales, se han invocado factores ambientales, culturales, socioeconómicos, sin que se haya dilucidado algo al respecto. Las diferencias genéticas pueden modificar la predisposición al cáncer de ovario. Se han observado factores epidemiológicos semejantes en el cáncer de ovario y en el de mama, es más frecuente en mujeres nulíparas y disminuye en las que tienen paridad temprana. La mayoría de los carcinomas se presentan entre los 40 u 60 años, pero hay un grupo de tumores germinales y embrionarios frecuentes en la infancia y la adolescencia que son causa importante de muerte.

El carcinoma de ovario se presenta con sintomatología vaga principalmente digestiva y de menos de 6 meses de duración no es común encontrar el carcinoma de ovario asociado con dolor.

En vista de la inmensa variedad de neoplasia ováricas, no es sorprendente que se hayan ideado muchos métodos de clasificación de las mismas. Actualmente el método más popular y práctico de clasificación se basa en la histogénesis del ovario. En este sistema, las neoplasias primarias del ovario se dividen en cuatro grupos principales, dependiendo de su origen en el epitelio celómico, células germinales primitivas, estroma gonadal -

pecializado o mesénquima inespecífico.

Solo. el 30% de los canceres de ovario son diagnósticados cuando están localizados dentro de la pelvis.



## OBJETIVOS

Aunque el H.G. Dr. Darío Fernández es un hospital de concentración, no cuenta con servicio de Oncología, ni Citología - consecuentemente captamos una población pequeña de pacientes - con problemas neoplásicos; sin embargo, decidimos realizar un - estudio clínico patológico con el interés de investigar el - manejo ofrecido a éstas pacientes en base a un diagnóstico pre operatorio adecuado, persiguiendo los siguientes objetivos.

- a) Conocer cuantos casos de cáncer genital femenino se - diagnosticaron antes de su manejo quirúrgico.
- b) Buscar en los casos en que no se hizo diagnóstico preoperatorio, las causas o fallas para el establecimiento del mismo.

## MATERIAL Y METODOS

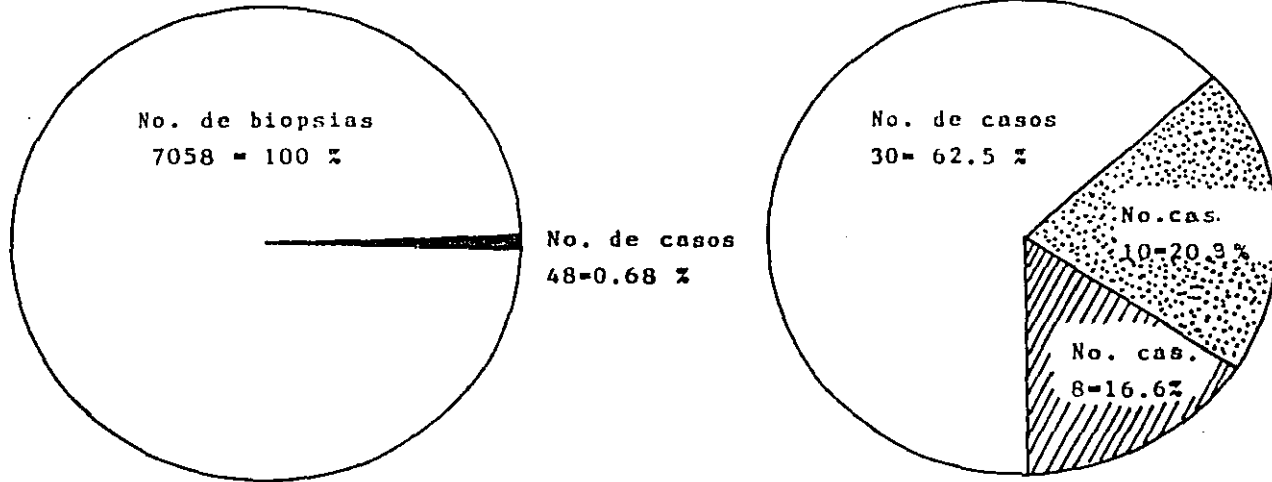
Se revisaron 7058 estudios histopatológicos realizados en el departamento de Patología del H.G. Dr. Darío Fernández, en el período comprendido del 1ro de enero de 1985 al 31 de octubre de 1987, de los cuales se detectaron 48 casos que correspondieron a cáncer genital femenino y se correlacionaron con los siguientes parámetros:

- 1.-Edad.
- 2.-Gestaciones.
- 3.-Paridad.
- 4.-Manifestaciones clínicas.
- 5.-Estudios de apoyo al diagnóstico: citología vaginal, biopsia, Rx, ultrasonido.
- 6.-Diagnóstico clínico preoperatorio.
- 7.-Diagnóstico histopatológico postoperatorio.
- 8.-Criterio quirúrgico.
- 9.-Variedad histológica.

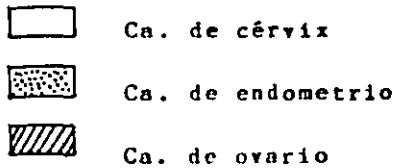
4 pacientes de las 48 fueron excluidas.

G R A F I C A No. 1

DISTRIBUCION DE 48 CASOS DE CARCINOMAS GINECOLO  
GICOS EN 7058 BIOPSIAS



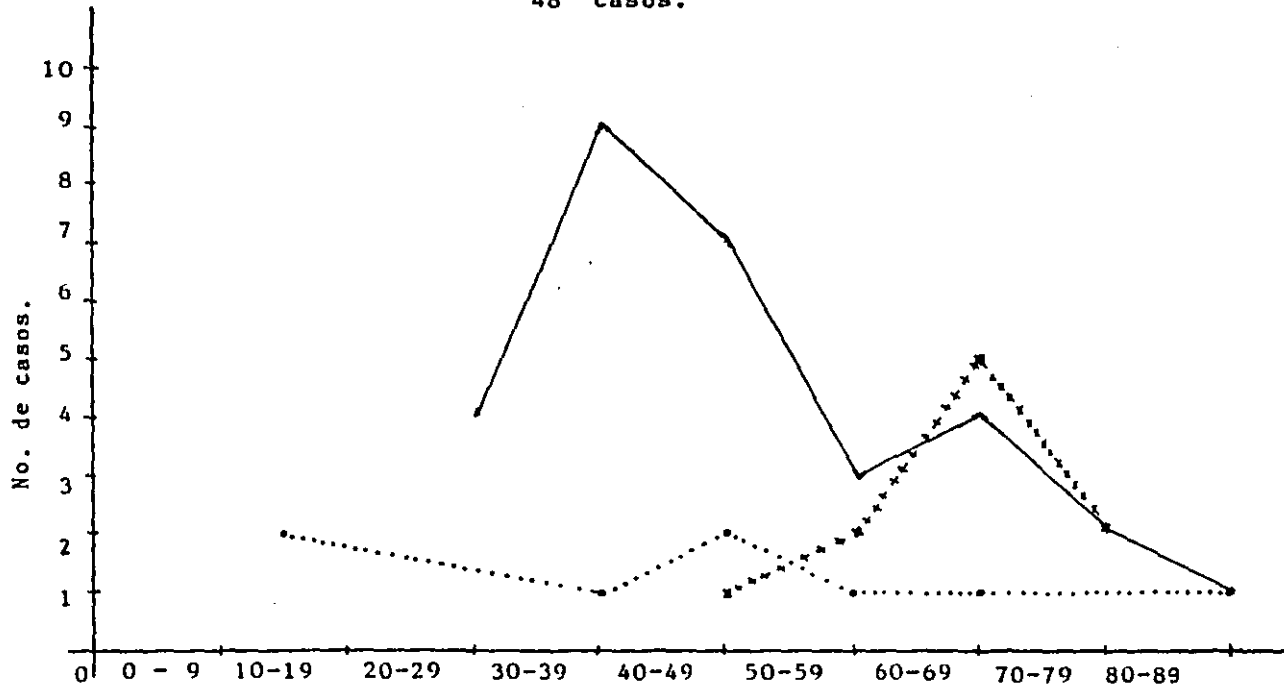
Total de casos 48=100%



H.G.DR.DARIO FERNANDEZ.  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA.

G R A F I C A No. 2  
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE CANCER GENITAL FEMENINO

48 casos.



— CaCU.

+++++ Ca. de Endometrio

..... Ca. de ovario.

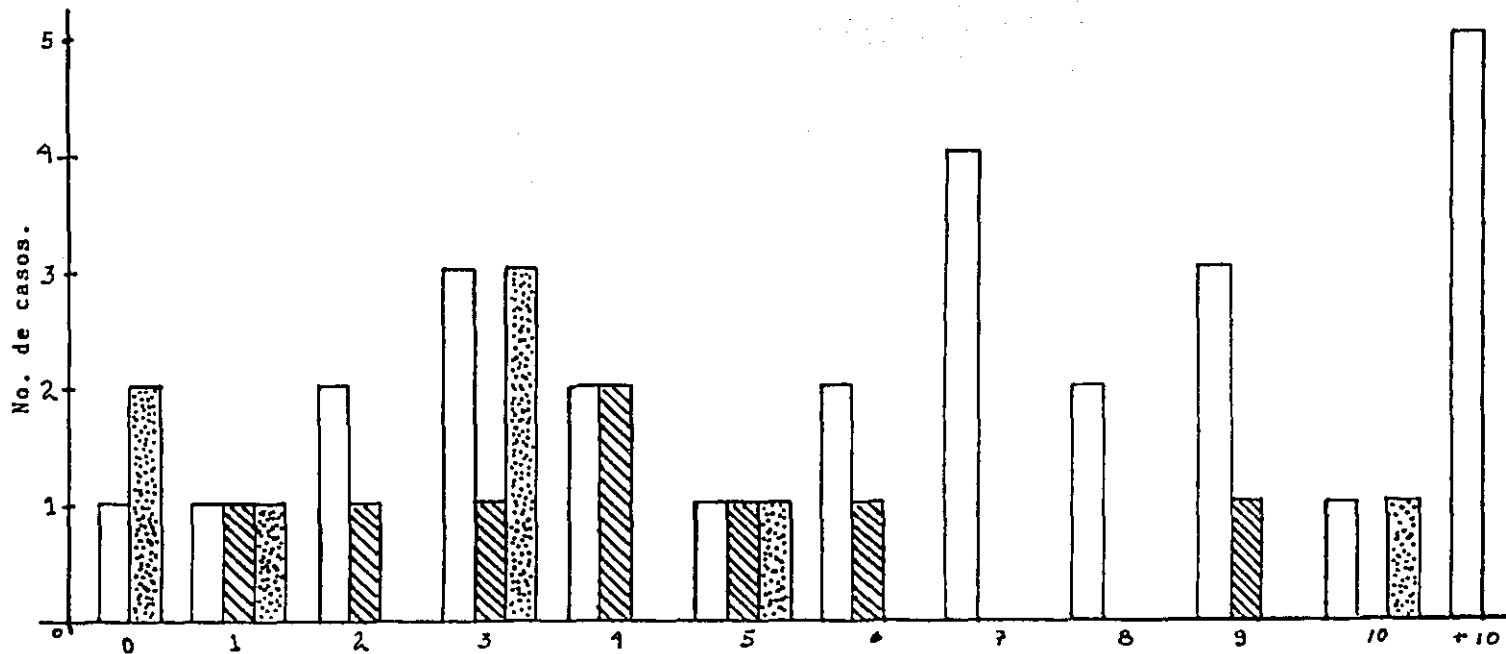
H.G.DR.DARIO FERNANDEZ.




I.S.S.S.T.E.

GINECOOBSTETRICIA.

GRAFICA No. 3

RELACION EN 44 CASOS DE CANCER GINECOLOGICO Y NUMERO DE EMBARAZOS.



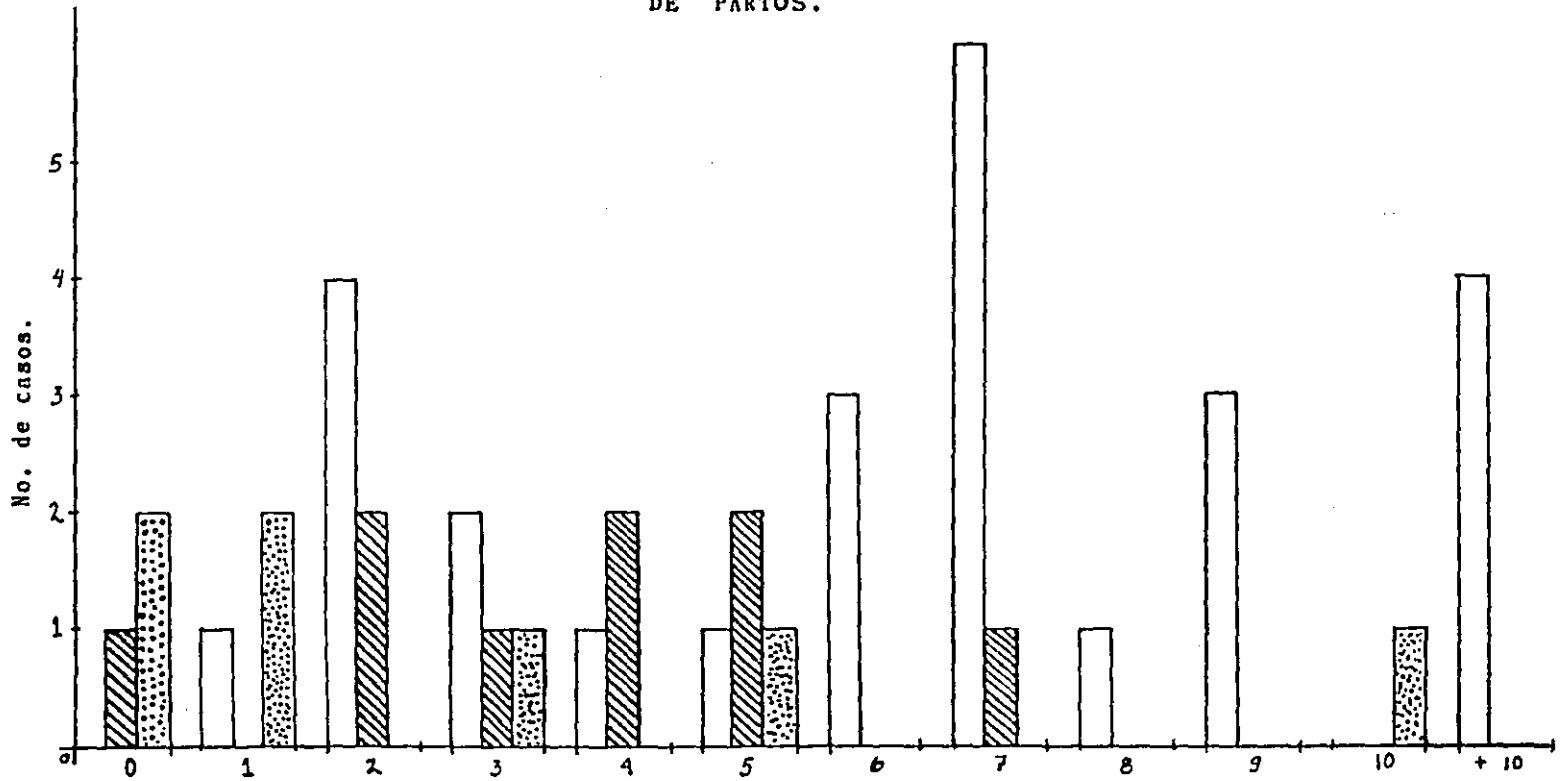
-  CaCU
-  Ca. de Endometrio
-  Ca. de ovario.

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ.

I.S.S.S.T.E.

GINECOLOGIA

**G R A F I C A No. 4**  
**RELACION EN 44 CASOS DE CANCER GINECOLOGICO Y NUMERO**  
**DE PARTOS.**

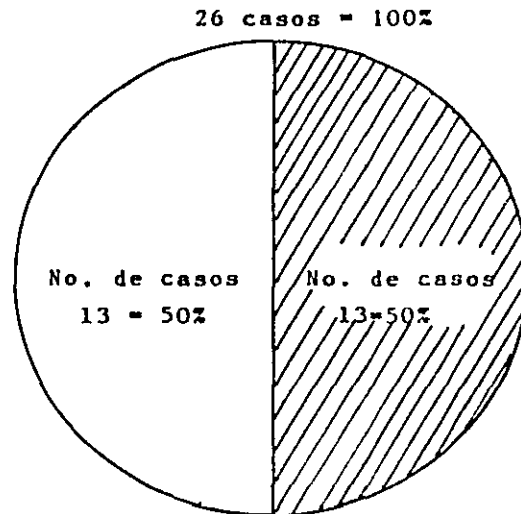


CaCU  
 Ca. de endometrio  
 Ca. de ovario.

**H.G.DR.DARIO FERNANDEZ**  
**I.S.S.S.T.E.**

G R A F I C A No. 5

DISTRIBUCION DE 26 CASOS DE CaCU SEGUN SU TRATAMIENTO.



Tratados en el hospital



No tratados en el hospital

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ.

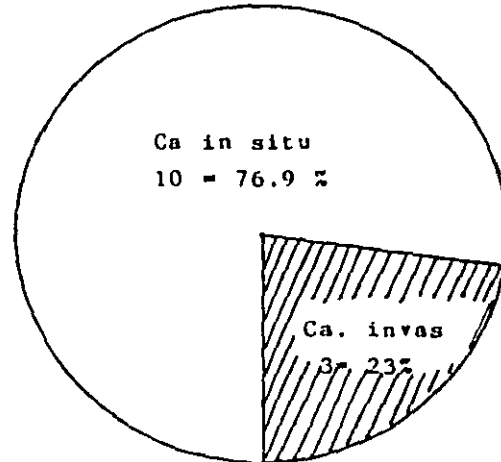
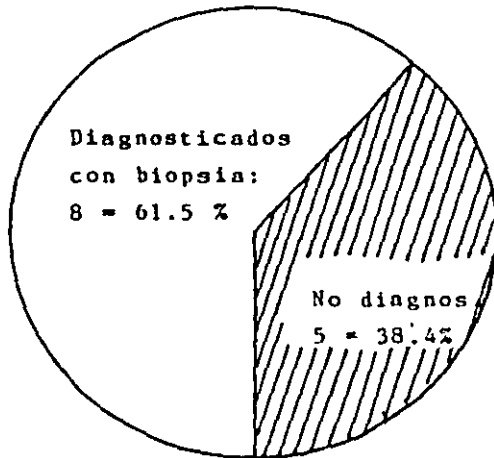
I.S.S.S.T.E.

GINECOOBSTETRICIA.

G R A F I C A No. 6

DISTRIBUCION DE CASOS DE CaCU DE ACUERDO A  
RESULTADOS POST\_HISTERECTOMIA.

Total de casos  
13 = 50%



H.G.DR.DARIO FERNANDEZ.  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA.



**CUADRO No. 7**  
**MANIFESTACIONES CLINICAS**

**CANCER DE CERVIX 26 CASOS**

Síntoma	In Situ	Invasor
STV	9	13
Leucorren	6	
Dolor	1	
Síntomas generales		2
Sensación de cuerpo extraño	3	
Pérdida de peso		2

**CANCER DE ENDOMETRIO 10 CASOS**

Síntoma	
STV	10
Síntomas generales	2
Antecedentes	
Diabetes Mellitus	1
Hipertension arterial	5
Uso de hormonales	1

**CANCER DE OVARIO 8 CASOS**

Síntoma	
Dolor en hemiabdomen inferior	5
Crecimiento abdominal	6
Masa abdominal.	5
Naúsea	3
Vómito	2
STV*	1
Síntomas urinarios	3
Pérdida de peso	2
Anorexia	2
Febrícula	3
Amenorrea	2

La paciente que refirió STV coexistía con miomatosis u  
uterina.

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA

ESTUDIO DE LA CITOLOGIA VAGINAL EN 44 PACIENTES CON  
CANCER GINECOLOGICO

	Ca - Cu		ENDOMETRIO	OVARIO
	IN SITU	INVASOR		
NEGATIVO	2	2	3	3
SOSPECHOSO		5	1	1
POSITIVO	5	4	1	
SIN ESTUDIO	6	2	5	4

DE LOS 44 CASOS 27 TUVIERON ESTUDIO CITOLOGICO LO QUE REPRESENTA  
UN 61.4%

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO CANCER GENITAL.

Ca Cu

DX PREOPERATROIO	13 CASOS
DISTOPIA GENITAL	3
CaCu IN SITU	7
MIOMATOSIS UTERINA	2
DISPLASIA SEVERA PERSISTENTE	1

Ca DE ENDOMETRIO

DX PREOPERATORIO	10 CASOS
ADENOCARCINOMA	4
ADENOACANTOMA	1

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA

CUADRO No.10

DIAGNOSTICO CANCER GENITAL

DX DE 8 CASOS DE CARCINOMA DE OVARIO

DX PREOPERATORIO	8 CASOS
MIOMATOSIS UTERINA	3
QUISTE DE OVARIO	3
PROBABLE CA DE OVARIO	1
APENDICITIS	1

DX Ca DE OVARIO	8 CASOS
U.S.G.	6
RX	2
BIOPSIA TRANSOPERATORIA	1

DX Ca DE OVARIO	8 CASOS
PREOPERATORIO	1
TRANSOPERATORIO	1
POSTOPERATORIO	6

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ

I.S.S.S.T.E.

GGINECOOBSTETRICIA.

CUADRO No. 11

MANEJO QUIRURGICO DE 44 CASOS DE CANCER GINECOLOGICO

Ca DE CERVIX	13 CASOS
H.V..R	3 3
H.T.A.	3
H.T.A.+S.O.B	7

Ca DE ENDOMETRIO	10 CASOS
H.T.A.+ S.O.B.	5 5
SIN TX QUIRURGICO POST ▲ BIOPSIA	5

Ca DE OVARIO	8 CASOS
H.T.A. + S.O.B.+OMENTEC- TOMIA	2
H.T.A.+ S.O.B.	2
SALPINGOFORECTOMIA UNILATERAL	3
SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL	1

H.G.DR.DARIO FERNANDEZ  
I.S.S.S.T.E.  
GINECOOBSTETRICIA

**CUADRO No. 12**  
**VARIEDAD HISTOLOGICA DE 44 CASOS DE CANCER GINECOLOGICO**

<b>CANCER EPIDERMOIDE DE CERVIX</b>	<b>26 CASOS</b>
<b>IN SITU</b>	<b>10</b>
<b>BIEN DIFERENCIADO</b>	<b>8</b>
<b>INVASOR</b>	
<b>MODERADAMENTE DIF.</b>	<b>4</b>
<b>POCO DIFERENCIADO</b>	<b>4</b>

<b>CANCER DE ENDOMETRIO</b>	<b>10 CASOS</b>
<b>ADENOCARCINOMA</b>	<b>9</b>
<b>ADENOACANTOMA</b>	<b>1</b>

<b>CANCER DE OVARIO</b>	<b>8 CASOS</b>
<b>CISTADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO</b>	<b>4</b>
<b>DISGERMINOMA</b>	<b>1</b>
<b>TUMOR MALIGNO DE TECA GRANULOSA</b>	<b>1</b>
<b>TUMOR DE SENOS ENDODERNICOS</b>	<b>1</b>
<b>LEIOMIOSARCOMA DE LIGAMENTO OVARICO</b>	<b>1</b>

**H.G.DR.DARIO FERNANDEZ**  
**I.S.S.S.T.E.**  
**GINECOOBSTETRICIA**

## RESULTADOS.

Se revisaron 7058 biopsias y estudios de piezas quirúrgicas, encontrando 48 casos de cáncer ginecológico, que correspondieron al 0.68 %, de los estudios histopatológicos realizados. Gráfica No. 1.

Debido a que nuestro hospital no es de atención oncológica, encontramos una frecuencia baja, comparada con otros grupos de estudio. En 1983-1984 se detectaron 32612 casos nuevos de cáncer en el D.F. correspondiendo el 8.2% al C.H. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., 10.9% al Instituto Nacional de Cancerología, 28% al Hospital de Oncología del I.M.S.S. y 12.9% al Hospital General de México, siendo las 4 instituciones del Sector-Salud que más casos de cáncer tuvieron en ese lapso. (3,4).

Debemos tomar en cuenta que el porcentaje encontrado en nuestro estudio, es en relación al total de estudios realizados por Patología, no al número de casos de cáncer en general.

30 casos correspondieron a Carcinoma de cérvix (62%), 10 a carcinoma de endometrio (20.9%), y 8 casos de carcinoma de ovario (16.6%). Gráfica No.1.

Los tumores malignos del cérvix ocuparon el primer lugar en las diferentes instituciones del sector salud en el D.F. en 1983-1984, con un 21.4% de los cánceres en general y el 35% de los cánceres en la mujer, siguiéndole el carcinoma de ovario con un 4% y el de útero con un 4%. El porcentaje para el carcinoma de útero, corresponde a todos los tumores malignos del mismo, no solo a los de endometrio. De todos los casos reportados por el I.S.S.S.T.E. el Ca de cérvix ocupó un 61%. (3,4,8), correspondiendo esta cifra con nuestros resultados que fué de 62%. Encontramos más casos de carcinoma de endometrio que de ovario, lo que no concuerda con la literatura ya que se considera que el carcinoma de ovario ocupa el segundo lugar de los cánceres ginecológicos. (14,19). Puede deberse a que la población que abarca nuestro estudio es muy reducida.

También se revisaron los expedientes clínicos de 44 pacientes, faltando 4 expedientes del archivo clínico del hospital, pero que se encontraron en los libros de reportes anatómopatológicos, por lo que estas pacientes entraron en la tabulación de la distribución del cáncer y en la de los grupos de edad, excluyéndose del resto de los cuadros siguientes. Las 4 pacientes correspondían al grupo de carcinoma cervical.

En la gráfica No.2 se aprecia que las edades de las pacientes con Ca Cu variaron de una mínima de 24 años y una máxima de 86 años, encontrándose el mayor número de casos en las décadas de 30-39 años y de 40-49 años, con 9 y 7 casos respectivamente de los 26 casos estudiados.

Es posible observar que el cáncer de cérvix, se presenta entre los 20 a 80 años de edad, siendo raro antes o después de estas edades, su mayor frecuencia está entre los 30-39 años para el Ca Cu in situ y microinvasor y de 40 a 59 años para el cáncer invasor. (13,19). Mc Indoe, reporta casos de cáncer invasor en mujeres desde los 17 años. (16).

En el cáncer de endometrio se encontró una edad mínima de 48 años y una máxima de 78 años, correspondiendo a la década de los 60 a 69 años 5 casos de los 10 estudiados.

El carcinoma de endometrio se presenta preferentemente en mujeres perimenopáusicas o posmenopáusicas, 75% de las enfermas tienen más de 50 años y solo 4% menos de 40, con un promedio de edad de 55-61 años. (6,7,15,17,19).

En nuestro estudio el mayor número de casos se encontró entre 60-69 años de edad, coincidiendo con los autores.

En el cáncer de ovario se encontró una edad mínima de 15-años y una máxima de 85 años, hubieron 2 casos en la década de 10 a 19 años y 2 en la década de 40 a 49 años de los 8 casos estudiados.

En la mayoría de los casos el cáncer de ovario se presenta en mujeres entre los 40 y 60 años, con un promedio de 50 a -



Hos.( 6,14,19,20).

Existe un grupo de tumores germinales y embrionarios frecuentes en la infancia y la adolescencia.(19,20).

En nuestro estudio se presentó la mayor frecuencia en las décadas de los 10-19 años y de los 40-49 años, correspondiendo con los autores.

Gráficas 3 y 4. Se describen gestaciones y paridad.

Se encontró que el número de gestaciones para el Ca Cu variaron entre 1 a 15, encontrando 9 pacientes con 1 a V gestaciones, 11 con VI a X y 5 con más de 10 gestaciones. Respecto a la paridad el Ca Cu presentó un mínimo de 1 parto y máxima de 16 partos, con el mayor número de casos en el grupo de pacientes con 7 partos, correspondiendo a 6 pacientes.

El hallazgo epidemiológico más constante es la estrecha relación entre el coito y el cáncer de cérvix, se considera que el inicio de las relaciones sexuales tempranas y múltiples parejas sexuales son los factores más significativos; otros factores frecuentes son la edad del primer parto antes de los 17 años y la multiparidad.(8,9,15).

Se ha observado que las mujeres con 0 hijos o más teniendo más probabilidades de presentar cáncer de cérvix, que las que han tenido un solo hijo.(8,16,19).

En nuestro estudio 16 de las 26 pacientes tuvieron 6 hijos o más.

En el cáncer de endometrio se encuentran dos pacientes-- con 4 gestaciones y una paciente en los grupos de 0, I, II, III, V, VI y IX gestaciones, no existiendo predominancia en los grupos de menos gestaciones. Una paciente no tuvo antecedentes ginecoobstétricos en la historia clínica. Respecto a la paridad se encontraron 2 pacientes con 0 partos, una por ser nuligesta y otra por resolverse un embarazo con operación cesárea, 2 pacientes en los grupos de II, IV y V partos y una con 7 partos.

El cáncer de endometrio se presenta mas frecuentemente en nulíparas o nuligrávidas (31.3%), siguiéndole, para I (14%), para II (24.8%), para III (11.1%), y para IV o mas ( 18.5%), según - D. Palo (17) coincidiendo con serie de Connelly. (7).

Estos resultados no están de acuerdo con los encontrados en nuestro estudio en que la mitad de las pacientes tuvo 4 hijos o más.

En el carcinoma de ovario se encontró el mayor número - de pacientes en el grupo de 3 gestaciones correspondiendo a 3 pacientes, se presentaron 2 pacientes con 0 gestaciones, una con 1.5 y 10 gestaciones. Respecto a la paridad se encontraron 2 pa- cientes con 0 partos, 2 con un parto, una con 3, 5 y 10 partos y- una paciente con 3 gestaciones resueltos todos por operación- cesárea.

Se ha observado que el cáncer de ovario se presenta dos - veces más frecuentemente en mujeres vírgenes o nulíparas que - en pacientes que han tenido hijos. (14, 20).

También se ha sugerido que el riesgo de cáncer ovárico - disminuye con la paridad temprana, (3, 19). En nuestro grupo no- coincide con éstas cifras. Solo habieron dos pacientes nuliges- tas.

Gráfica No. 5. De las 26 pacientes con Ca Ca (100%), que - se captaron en el hospital, 13 pacientes (50%), se recibieron - con evidencia clínica de carcinoma o citología vaginal posi-tiva o sospechosa; a todas se les realizó biopsia cervical repor-tándose cáncer invasor por lo que se canalizaron a otra unidad con servicio de oncología.

Se ha hecho incapié, en que esta enfermedad ataca con ma - yor frecuencia a la clase social y económicamente más débil, - con limitaciones para el acceso a las campañas de detección, - por lo que aún se observa una frecuencia alta en pacientes con etapas clínicas avanzadas. (1, 16, 19).

En 1984 en el Instituto Nacional de Cancerología solo el 24% de las pacientes con carcinoma cervical, llegaron en etapas tempranas.(3).

En las pacientes de nuestro estudio encontramos un 50%, ya con cáncer invasor, estando un poco más alto el porcentaje que en otros reportes.

Gráfica No. 6. Las otras 13 pacientes fueron manejadas en el Hospital con histerectomía. A 8 pacientes (61.5%), se les realizó biopsia previa, con Diagnóstico de cáncer in situ y 5 casos (38.4%) no fueron diagnosticados preoperatoriamente; de estos 3 casos fueron carcinomas invasores y 2 in situ. En total - en este grupo se encontraron 10 carcinomas in situ (76.9%) y 3 carcinomas invasores (23%).

De estas 5 pacientes no diagnosticadas, se encontró que una paciente con reporte postoperatorio de cáncer invasor, presentaba un carcinoma con disposición exofítica, por lo que a pesar de contar con citología y biopsia previa, no se diagnosticó malignidad. Se ha postulado que ante sospecha de malignidad y citología vaginal negativa, debe realizarse biopsia dirigida a zonas sospechosas, obteniendo suficiente tejido para estudio. (16, 19, 24).

Dos pacientes no tuvieron estudios completos antes de la cirugía y dos al parecer fueron citologías vaginales falsas - negativas.

Cuadro No.7. En cuanto a las manifestaciones clínicas, las pacientes acudieron tanto en los casos de Ca in situ como invasores por sangrado transvaginal, ya fuera en escasa o abundante cantidad. El segundo síntoma en frecuencia fué la leucorrea de larga evolución; solo una paciente refirió dolor relacionado con el coito, 3 acudieron por presentar sensación de cuerpo-

extrano en vagina por distopia genital; 2 pacientes manifestaron malestar general y dos pérdidas de peso. Algunos pacientes refirieron más de un síntoma.

En el Ca de cérvix, la mayoría de las pacientes presentan sangrados anormales, siendo el síntoma más constante, y/o leucorrea. En etapas tempranas son asintomáticas siendo referidas por citología anormal. (13, 22).

El dolor se presenta cuando hay invasión a parametrios; al invadir vejiga y recto la paciente presenta, disuria, hematuria-pujo, tenesmo, rectorragia y finalmente fístula rectovaginal. 19.

3 pacientes manifestaron síntomas propios del prolapso uterino que presentaban, coexistiendo con cáncer invasor temprano siendo todavía asintomático. Este grupo se comportó de acuerdo a lo descrito por los autores.

Las pacientes con cáncer de endometrio acudieron en un 100% por sangrado transvaginal posmenopáusico o alteraciones menstruales perimenopáusicas. Por asociarse este padecimiento con factores como obesidad, hipertensión, diabetes y uso prolongado de hormonales, se incluyeron en este cuadro. Se encontraron 5 pacientes, hipertensas, 1 diabética y una con uso prolongado de hormonales.

En el carcinoma de endometrio el sangrado es el principal síntoma referido, reportándose 90 a 92% de frecuencia y un 7% asintomáticas. Los síntomas aparecen aproximadamente 1 a 3 meses antes del diagnóstico. (7, 17, 18).

Nuestra casuística está de acuerdo con la de estos autores. La obesidad se valora de acuerdo a la estatura y se asocia a los factores que predisponen al Ca de endometrio, la diabetes mellitus se determinó en un 15% y la hipertensión en un 45% y 11 y 27% en otra serie. (7, 15, 17, 18).

El uso de hormonales se asocia en alto grado con la géne-

sis de esta enfermedad.(3,5,6,11,15,19).

Las pacientes con carcinoma de ovario, presentaron predominantemente dolor difuso en hemiabdomen inferior, 5 casos; crecimiento abdominal, 6 casos; masa abdominal 5 casos, sintomatología urinaria prolongada, 3 casos; una paciente con náusea y vómito por presentar abdomen agudo, dos pacientes con pérdida de peso; en las dos pacientes de 15 años se presentaron febrícula, - anorexia y amenorrea. La paciente que presentó sangrado transvaginal, presentaba también miomatosis uterina.

El cáncer de ovario se presenta con síntomas vagos, molestia abdominal baja, no bien especificada, distensión abdominal - progresiva, masa abdominal y pérdida de peso, no presentan sintomatología temprana, ni sangrado posmenopáusico. El cáncer de ovario debe descartarse en mujeres con molestias abdominales persistentes, disfunción ovárica y 40 años de edad o más.(14,20).

Los síntomas referidos por nuestras pacientes, coinciden con lo reportado por los autores.

En el cuadro No.8 se resume el estudio de la citología - vaginal; se encontró que 27 de 44 pacientes contaban con estudio citológico, lo que corresponde al 61.4% y 38.6% no lo tuvieron.

Para el Ca Cu de las 26 pacientes 4 tuvieron citología -- negativa, 2 con Ca Cu in situ y 2 con Ca invasor, correspondiendo al 15.4%. 5 pacientes (19.2%) del grupo del Ca invasor presentaron citología sospechosa, no hubo casos en el grupo del Ca in situ. 9 pacientes, con Ca invasor 4 y 5 con Ca in situ tuvieron citología positiva (34.6%). y 8 pacientes 30.7% con Ca in situ y 2 con cáncer invasor no les fué practicada citología vaginal antes de su procedimiento quirúrgico.

El cáncer de cérvix puede detectarse en la mayoría de los casos usando criterios citológicos, que juegan un importante papel en el diagnóstico de esta lesión.(1,22,24).

Se ha señalado que existe una tasa negativa falsa de 10 a

20% en un estudio de Papanicolaou; sin embargo repitiendo la citología vaginal anualmente, la posibilidad de falsas negativas disminuye. (1, 23, 24).

Basándose en la naturaleza progresiva de las neoplasias cervicales, una displasia leve evoluciona hacia el carcinoma in situ antes de hacerse invasora; inclusive cuando un estudio está equivocado, el médico tiene otra oportunidad de detectar lesión en la fase preinvasora. (1, 16, 23, 24).

Cuando se diagnostica anormalidad cervical en una mujer que tuvo previamente un estudio negativo, existen dos posibilidades: 1.-La anormalidad no existía cuando fue tomada la muestra o 2)La anormalidad existía pero no fué reconocida. O sea hay error en la toma o en la interpretación de la muestra. (23).

En nuestro estudio se encontró a la mayoría de las pacientes con citología positiva, se tuvieron 4 falsas negativas.

De las 10 pacientes con Ca de endometrio (100%), 3 tuvieron citología negativa (30%), 1 paciente tuvo citología sospechosa (10%), y 1 tuvo citología positiva (10%). 5 pacientes no tuvieron citología (50%).

La citología en el cáncer de endometrio no es muy confiable para el diagnóstico a menos que se realice mediante lavados con presión negativa y se tome la muestra por aspiración.

La mayoría de los autores la consideran poco confiable. (6, 7, 5).

Nuestras pacientes solo contaban con citología cervical.

De las 8 pacientes con cáncer de ovario (100%), 3 tuvieron citología negativa 37.5%, una reporte sospechoso (12.5%) y 4 no tuvieron estudio citológico (50%).

El cáncer de ovario no es susceptible de dx por citología a menos que ya haya invasión. (14).

En el cuadro No. 9 se demuestran las indicaciones preoperatorias de 13 pacientes con Ca Cu, (100%), 3 fueron por distopía genital (23%). 7 pacientes por Ca Cu in situ (53%), una paciente por displasia severa persistente y prob. Ca Cu y 2 pacientes por miomatosis uterina, (15.3%).

Se debe realizar una rutina de estudio, que comprenda historia clínica, valoración ginecológica y exámenes de laboratorio, rayos X de tórax. La cistoscopia, rectoscopia y urografía excretora se dejan para etapas más avanzadas de II a. (8,21).

En nuestro grupo de pacientes no se encontró historia clínica completa en ningún caso y se hizo valoración cardiológica, solo en las pacientes mayores de 40 años.

De los 10 casos de carcinoma de endometrio, ya diagnósticos por biopsia, 5 se manejaron quirúrgicamente; 4 con Dx preoperatorio de adenocarcinoma y un caso con diagnóstico de adenoacantoma. 5 pacientes no tuvieron seguimiento.

Para el Diagnóstico de certeza del cáncer de endometrio se debe realizar una biopsia o un legrado fraccionado, ya que se necesita material histológico más que citológico para el diagnóstico de estados precursores. (5,7,17,18,19).

A todas las pacientes de nuestro estudio se les realizó legrado diagnóstico. Las pacientes que no se les hizo histerectomía, no tenían consignado en su expediente su manejo posterior a la biopsia.

En el cuadro No. 10. El diagnóstico preoperatorio de los 8 casos de carcinoma de ovario. (100%), fué de quiste de ovario en 3 casos (37.5%), miomatosis uterina en 3 casos, (37.5%), probable Ca de ovario en un caso, (12.5%), y un caso de abdomen agudo por apendicitis, que fué un quiste torcido de ovario. (12.5%).

De estos casos se encontró que a 6 de las pacientes se les realizó estudio ultrasonográfico, 5 se diagnosticaron erróneamente.

neamente y en un caso se sospechó malignidad.

A dos pacientes se les realizó estudio radiológico, sin llegar a un diagnóstico. Solo a una paciente se le solicitó estudio transoperatorio. El diagnóstico de 8 casos de carcinoma de ovario, fue realizado preoperatoriamente en un caso 12.5% - transoperatoriamente en un caso 12.5% y postoperatoriamente - por estudio histológico en 6 casos 75%.

El que la enfermedad pueda ocurrir a partir de la infancia y en mujeres adultas, que en ocasiones no han tenido hijos y el que comprenda gran variedad de tipos histológicos, con diferente comportamiento clínico y con distinto pronóstico, más - la imposibilidad de llevar a cabo el diagnóstico de certeza - previo a la exploración quirúrgica, puede ser causa de confusión y falta de uniformidad en la conducta terapéutica aplicable a cada caso en particular, lo que necesariamente repercutirá en los resultados finales. Solo el 30% de los cánceres de ovario es diagnosticado, dentro de la pelvis. (14, 20).

El ultrasonido sirve para confirmar o descartar la existencia de un tumor anexial sospechoso en la exploración ginecológica y para diferenciar si el tumor es uterino u ovárico y si es sólido o quístico. Existen estudios que reportan un 73% - de valor predictivo, en los tumores malignos y un 95.6 % en los benignos, con estudio ultrasonográfico. (14, 19).

Estos datos no coinciden con nuestros casos estudiados.

La radiología puede mostrar la opacidad difusa de ascitis o el tamaño del tumor, pero no es concluyente. (19).

El estudio transoperatorio mediante cortes por congelación y biopsia en cuna del ovario opuesto y la biopsia de lesiones sospechosas de malignidad; así como la toma de muestras de líquido de la cavidad peritoneal, constituyen elementos importantes dentro de la metodología de estudio para el diagnóstico



integral de estas lesiones.(20).

En el cuadro No. 11 se observa que en los 13 casos con cáncer de cérvix ,el manejo quirúrgico,fué con histerctomía,en 3 casos histerectomía vaginal reconstructiva,en 3 casos histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía,y en 7 casos-histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilate - ral.

Se clasifica a la paciente de acuerdo a la clasificación de la FIGO.Siendo los criterios de manejo los siguientes.

En etapa 0,si la mujer es joven y tiene deseo de seguir - procreando,se debe practicar solo conización y seguimiento citológico posterior.Si ya ha procreado el número de hijos que - desea se hace histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral si es premenopáusica y si es joven está indicado dejar uno de los ovarios.Los cánceres invasores deben tratarse con radioterapia y en ocasiones revaloración del caso, posterior a radiación,para realizar panhisterectomía con lin - fadenectomía,ya limitado el tumor. (8,21).

En nuestro estudio todas las pacientes se trataron con histerectomía con salpingo oforectomía o sin ella.

A las 5 pacientes de carcinoma de endometrio que se manejan dentro del hospital,se les realizó histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral.

Puede obtenerse la regresión de los estados precursores del cáncer endometrial en las mujeres premenopáusicas mediante el restablecimiento de la ovulación o la utilización de compuestos progestacionales.(5,6,11,19).

En los años postmenopáusicas y perimenopáusicas,el tratamiento de elección es la histerectomía con salpingooforectomía bilateral.(17,19).

El criterio quirúrgico de estos autores está de acuerdo con el aplicado a nuestra población de pacientes.

En caso de comprobarse invasión, se debe administrar radioterapia complementaria.

De las 8 pacientes con carcinoma de ovario a 2 se les realizó histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral y omentectomía, a 2, histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral, a 3 únicamente salpingooforectomía unilateral y a una paciente salpingooforectomía bilateral, sin histerectomía.

El tratamiento del carcinoma de ovario es motivo de controversia. La tendencia actual es considerar para la mejor terapéutica final, una serie de factores como el tipo histológico de la lesión en estudio, el grado de diferenciación celular, presencia o ausencia de invasión a la cápsula del tumor, de adherencias de este a estructuras vecinas, ruptura accidental del quiste, y desde luego, si la lesión es unilateral o bilateral y si existe o no líquido libre en cavidad peritoneal, conteniendo células neoplásicas. (14, 20).

El cirujano se encuentra con frecuencia ante la disyuntiva de sacrificar o no los órganos de la reproducción en pacientes que no han tenido hijos. Se considera que el tratamiento quirúrgico de elección del carcinoma ovárico es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y omentectomía. A menos que se desee conservar la fertilidad, que la lesión se limite a un ovario, con integridad de la cápsula y que se tenga el diagnóstico de neoplasia epitelial de bajo grado de malignidad o disgerminoma puro, puede realizarse una salpingooforectomía simple. (2, 14, 19, 20).

Se deben valorar posteriormente la radioterapia y poliquimioterapia. Se reportan cifras de curación hasta del 87 %, en seguimientos a largo plazo. (3, 14, 20).

Cuadro No.12 Las variedades histológicas en los 44 casos de carcinoma ginecológico fueron las siguientes:

Un 100% correspondió al carcinoma cervical, variedad epidermoide, de los cuales 10 corresponden a Ca Cu in situ, 38.4% y 16 casos a carcinoma invasor, 61.5%; de estos 8 casos fueron bien diferenciados (50%), 4 moderadamente diferenciados 25% y 4 poco diferenciados 25%.

El carcinoma de cérvix variedad epidermoide es el más frecuente de las variedades histológicas, habiendo acuero aproximado en que ocupa el 95% de todos los casos de cáncer cervical, correspondiendo un 5% al adenocarcinoma. (13, 13).

En el Instituto Nacional de Cancerología en 1983 el carcinoma epidermoide se encontró en un 76.8%, el adenoescamoso 14.9%, el adenocarcinoma 6.2% y el carcinoma indiferenciado 2.1% (3).

En nuestro estudio solo se encontraron cánceres de la variedad epidermoide.

En los 10 casos de carcinoma de endometrio, 9 fueron adenocarcinoma en un 90% y un adenoacantoma, 10%.

La variedad histológica en el cáncer de endometrio está constituido por el adenocarcinoma (epitelio glandular), es la más frecuente. Su diferenciación histológica tiene importancia para el tratamiento y el pronóstico. Si el tumor está constituido por tejido bien diferenciado, se clasifica como grado I, si es poco diferenciado, es grado II y si es indiferenciado, es grado III, el pronóstico es mejor, mientras mejor diferenciado esté el tamaño de la cavidad uterina y la invasión a cérvix. (5, 7, 19)

Menos frecuentemente se presenta el adenoacantoma, constituido por la combinación de adenocarcinoma con tejido escamoso benigno, se considera una variedad menos agresiva. (5, 7).

La mayoría de las pacientes de nuestro estudio, presentan adenocarcinoma confinado al útero.

En los 8 casos de carcinoma de ovario (100%), predominaron el cistadenocarcinoma papilar seroso con 4 casos (50%), se encontró un disgerminoma (12.5%), un tumor maligno de teca granulosa (12.5%), un tumor de senos endodérmicos, (12.5%) y un leiomiomasarcoma de ligamento ovárico(12.5%).

En general, el pronóstico del cáncer del ovario depende del tipo histológico, del grado de diferenciación y de la etapa clínica, pero cada tumor tiene rasgos clínicos más o menos característicos cuyo conocimiento es útil en el diagnóstico diferencial y en la decisión del tratamiento. ( 2,20).

### CONCLUSIONES.

- 1.-La frecuencia de cáncer genital femenino en el material revisado, fué baja.
- 2.-La frecuencia del carcinoma de cérvix sigue siendo muy elevada, aún en una población tan pequeña como la estudiada.
- 3.-Las edades encontradas en las diferentes entidades corresponden con las consultadas en la literatura.
- 4.-La multiparidad, se encontró como factor frecuente en las mujeres que presentaron carcinoma de cérvix.
- 5.-Las pacientes con carcinoma de endometrio y de ovario, presentaron mayor número de partos, de los que se postulan en la literatura para estos casos.
- 6.-Más del 50% de las mujeres con carcinoma de cérvix, se captaron en etapa invasora.
- 7.-La mayoría de las pacientes manejadas en el Hospital presentó un protocolo de estudio preoperatorio incompleto.
- 8.-La sintomatología referida por las pacientes en los carcinomas de cérvix, endometrio y ovarios, coincidió con la mencionada en las referencias consultadas.
- 9.-La citología vaginal, en las pacientes a las que se le efectuó, fué de gran valor para orientar el diagnóstico en el carcinoma de cérvix. Así en los carcinomas de endometrio y ovario, en los que los resultados no fueron concluyentes.
- 10.-Se debe tener en cuenta que la citología vaginal, es un auxiliar diagnóstico con margen de falla, y aplicar criterios clínicos en caso de duda.
- 11.-La certeza diagnóstica antes de la cirugía para pacientes con Ca Cu in situ fué de 53%, con carcinoma de endometrio de un 100% y con carcinoma de ovario de 12.5%.
- 12.-El legrado biopsia es de indiscutible valor para el diagnóstico del carcinoma de endometrio.

- 13.-El diagnóstico del carcinoma de ovario, constituye un reto para el clínico, por sus particulares características de presentación.
- 14.-Los estudios de apoyo como UDG y Rx no fueron de utilidad para establecer diagnóstico.
- 15.-Se desaprovecha un recurso muy valioso en la decisión quirúrgica del carcinoma de ovario, como es el estudio transoperatorio.
- 16.-Los criterios quirúrgicos para el manejo del carcinoma de cérvix y de endometrio, se ajustaron a los protocolos establecidos.
- 17.-El manejo quirúrgico de los tumores de ovario, evidenció la falta de unificación en el criterio oncológico para esta patología.
- 18.-Se encontraron las estirpes histológicas más frecuentes, por cada entidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ayer Bhuvana, M.Sc., C.T..(I.A.C.), et al.  
The cytologic diagnosis of the cervix uteri and related lesions. Acta Cytol 31:397,1987.
- 2.-Barnhill Danny, et al.  
Epithelial ovarian carcinoma of low malignant potential.  
Obstet Gynecol 65:53,1985.
- 3.-Barroso Eduardo y cols.  
Registro nacional del cáncer.  
Revista del Instituto Nacional de Oncología. 32:191-203,1986
- 4.-Cassab Hafura Guillermo y cols.  
Progresos en el registro del cáncer en el I.M.S.S.  
Rev.Med.I.M.S.S. (Mex).24:125 -129,1986.
- 5.-Christopherson, M.D., et al.  
Carcinoma of the endometrium.  
An analysis of prognosticators in patients with favorable -  
subtypes and stage I disease.  
Cancer. 51:1705-1709,1983.
- 6.-Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol 3  
Ed.Interamericana.  
Pags, 783-784, 801-802, 813-814, 845, 861, 881. 1986.
- 7.-Connolly Patrick J., MD, et al.  
Carcinoma of the endometrium.  
Analysis of 65 cases of adenocarcinoma and adenoacanthoma.  
Obstet Gynecol 59:569-574,1982.
- 8.-Díaz Perches Rodolfo.  
Cáncer del cuello uterino.  
Rev.Med.Hosp.Gral.Vol. XLII. 4:167-177,1979.
- 9.-Gallup Donald G., MD, et al.  
Poor prognosis in patients with adenosquamous cell carcinoma of the cervix.  
Obstet Gynecol 65:416-421,1985.

- 10.-Geisinger Kimm R.,MD, et al.  
Correlation of female sex steroid hormone receptors with -  
histologic and ultrastructural differentiation in adenocarcinoma of the endometrium.  
Cancer 5t:1506-1517,1986.
- 11.-Geisinger Kim R.,MD,et al.  
Endometrial adenocarcinoma.  
A multiparameter clinicopathologic analysis including the-  
DNA profile and the sex steroid hormone receptors.  
Cancer 58:1518-1525,1986.
- 12.-Herrmann Ulli J. Jr,MD,et al.  
Sonographic patterns of ovarian tumors:prediction of ma --  
lignancy.  
Obstet Gynecol 69:777-780.1985.
- 13.-Ireland David,MA,MB, et al.  
Adenocarcinoma of the uterine cervix:a study of 73 cases.  
Obstet Gynecol 65: 82,85,1985.
- 14.-Katz Martin E.,MD.,et al.  
Epithelial carcinoma of the ovary:Current strategies.  
Annals of Internal Medicine 95:98-111,1981
- 15.-Kauppila Antti,MD.,et al.  
Clinical outcome in endometrial cancer.  
Obstet Gynecol 60:473-480,1982.
- 16.-Mc Indoe William A.,MD.,et al.  
The invasive potential of carcinoma in situ of the cervix.  
Obstet Gynecol 64:451-458,1984.
- 17.-De Palo G.,MD.,et al.  
Endometrial carcinoma stage I.  
A retrospective Analysis of 262 patients.  
Obstet Gynecol 60: 227-231,1982.



18.-Renaer Marcel.

Exploración de la mujer con hemorragia posmenopáusicas.  
Rev.Chil.Obstet Ginecol. 50:244-246,1987.

19.-The american college of obstetricians and gynecologists.  
Ginecoobstetricia actual.

Ed.Manual moderno. Pags.215-216,222-225,229-230.1983.

20.-Torres Lobatón Alfonso y cols.

Cáncer ovárico temprano.

Rev.Med.Hosp.Gral.Mex.S.S.A. Vol.XLVII:205-216,1984.

21.-Torres Lobatón Alfonso y cols.

Cáncer cervicouterino.

Consideraciones del tratamiento quirúrgico en 351 casos.

Rev.Med.Hosp.Gral.Mex.S.S.A. Vol XLVI;268-272,1983.

22.-Valente P.T.,MD.,and P.Hanjani.,MD.

Endocervical neoplasia in long term users of oral contra-  
ceptives:clinical and pathologic observations.

Obstet Gynecol 67:695-704,1986.

23.-Van der Graaf Yolanda,MD,,et al.

Screening errors in cervical cytologic screening.

Acta Cytol 31:434-436,1986.

24.-Vogel Hans P.,MD.,and Gooffrey Mendelsohn,MD.

Laminin immunostaining in hyperplastic,dysplastic,and neo-  
plastic lesions of the endometrium and uterine cervix.

Obstet Gynecol 69:794-800,1987.