



11217  
58  
2y

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

"Carcinoma Cervicouterino Microinvasor  
en el Centro Hospitalario "20 de  
Noviembre" I. S. S. S. T. E."

## TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECO - OBSTETRICIA

P R E S E N T A  
DR. ANGEL GONZALEZ CAMPOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1991



## **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.

## RESUMEN.

EL CÁNCER CERVICAL TEMPRANO REPRESENTA EN LA ACTUALIDAD - UN PROBLEMA DE CONTROVERSIAS CON RESPECTO A SU DEFINICIÓN, CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. POR LO ANTERIORES DE IMPORTANCIA REVISAR LA INFORMACIÓN EXISTENTE EN LA LITERATURA Y LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO - UTILIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL, ASÍ COMO LOS RESULTADOS - QUE SE OBTIENEN. PARA EL PRESENTE ESTUDIO SE HIZO UNA REVISIÓN DEL ARCHIVO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA COMPRENDIENDO - LOS AÑOS 1971 A 1980, SE OBTUVIERON LOS DIAGNÓSTICOS DE - CARCINOMA CERVICOUTERINO MICROINVASOR DE BIOPSIAS CERVICALES, ESPECÍMENES DE CONIZACIÓN CERVICAL Y PIEZAS DE HISTERECTOMÍA.

EL NÚMERO TOTAL FUÉ DE 140 CASOS SE PROCEDIÓ A LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES, SE LLEVÓ A CABO UN SEGUIMIENTO DE LOS CASOS, SE ELABORÓ UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS, SE PRESENTAN LOS RESULTADOS.

## INTRODUCCION.

SIENDO EL PRESENTE TEMA MOTIVO DE CONTROVERSIAS ACTUALES CONSIDERO DE INTERÉS REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO UTILIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL CON LA FINALIDAD DE CONOCER LOS RESULTADOS QUE SE TIENEN. A CONTI-

NUACIÓN SE PRESENTA UN RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA QUE NOS OCUPA.

EL CARCINOMA CERVICOUTERINO CON INVASIÓN TEMPRANA AL ASTROMA HA SIDO MOTIVO DE INFORMACIÓN CONTRADICTORIA PUBLICADA EN LA LITERATURA MUNDIAL CON RESPECTO A SU DEFINICIÓN Y NOMENCLATURA, DELINEAMIENTO HISTOLÓGICO INVASIÓN MICROSCÓPICA DENTRO DE VASOS SANGUÍNEOS O LINFÁTICOS, Y DIFERENTES OPINIONES ACERCA DEL TIPO Y FINALIDAD DEL TRATAMIENTO PARA ESTAS LESIONES. A ESTO RÜCH<sup>1</sup> LO LLAMA "UN DILEMA CONFUSO" Y PARA BORONOW<sup>2</sup> REPRESENTA "UNA TORMENTA DE CONTROVERSIAS".

#### NOMENCLATURA.

EXISTEN 18 SINÓNIMOS PARA CONNOTAR ESTA LESIÓN, LOS TÉRMINOS MICROCARCINOMA EN LA LITERATURA ALEMANA Y CARCINOMA MICROINVASOR EN LA ESTADO UNIDENSE SON LOS MÁS FRECUENTEMENTE USADOS Y SINÓNIMO PARA CARCINOMA ETAPA I A.

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO SON CONFUSOS YA QUE EL MISMO TÉRMINO SE APLICA VARIABLEMENTE A -- ETAPAS AVANZADAS DE CÁNCER TEMPRANO, EN ALGUNOS CASOS SE -- USA EL TÉRMINO RELATIVO A MICROINVASIÓN COMO EQUIVALENTE-- MORFOLÓGICO DE LA INVASIÓN ESTROMAL TEMPRANA CLÁSICA Y TAMBIÉN SE INCLUYEN CASOS CON CAMBIOS MERAMENTE SOSPECHOSOS -- DE INVASIÓN.

EL TAMAÑO DEL CÁNCER CERVICAL TEMPRANO ES DADO VARIABLEMENTE POR DIFERENTES AUTORES ( AVERETTE,<sup>3</sup> ROCHE<sup>4</sup>, CHRISTO -- PHERSO<sup>5</sup> ) Y LAS DIMENSIONES DE INVASIÓN ESTROMAL ESTABLECIDAS POR EXÁMEN MICROSCÓPICO SE REFIEREN A ALGUNOS DE LOS -- SIGUIENTES PARÁMETROS; CAMPOS VISUAL MICROSCÓPICO, DIÁMETRO TUMORAL, EXTENSIÓN SUPERFICIAL TUMORAL. EL PROBLEMA-- DE DEFINICIÓN MORFOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICAL TEMPRANO NO HA SIDO RESUELTO AÚN Y SE REQUIEREN TODAVÍA MAYORES ESTUDIOS.

### FRECUENCIA.

EL CARCINOMA MICROINVASOR SE HA ENCONTRADO EN ESPECÍMENES-- DE CONO CERVICAL O PIEZAS DE HISTERECTOMÍA EN UN PEQUEÑO -- PORCENTAJE DE CASOS, CON UN RANGO DE 3 A 8% ( FANNEL<sup>6</sup> ). EN GRANDES SERIES DE NEOPLASIA CERVICAL SE HA ENCONTRADO --

UNA INCIDENCIA DEL 2% ( JAVAHERI<sup>7</sup> ),

#### METODOS PARA DIAGNOSTICO.

EN RELACION A LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN SE HA ENCONTRADO QUE LA CITOLOGÍA CERVICAL ES EL MÉTODO USUAL PARA LA DETECCIÓN DEL CARCINOMA MICROINVASOR, ASÍ BURGHARDT<sup>8</sup> REPORTA UN 95% DE CERTEZA DIAGNÓSTICA, Y OTROS AUTORES COMO LEMAN<sup>9</sup> DAN RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CORRECTO VARIANDO 82 A 100%. DE TODOS LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS USUALES APTOS PARA DETECTAR UNA LESIÓN TEMPRANA, LA CITOLOGÍA POR LO TANTO ES EL MÁS IMPORTANTE. FANHEL<sup>6</sup>, EN SU REVISIÓN RETROSPECTIVA DECLARA ESTAR DE ACUERDO EN QUE LA CITOLOGÍA ES EL MÉTODO USUAL PARA LA DETECCIÓN DE ESTA LESIÓN, PERO EN SU EXPERIENCIA HA ENCONTRADO IMPOSIBLE DIFERENCIAR CARCINOMA MICROINVASOR DE IN SITU, O LESIONES FRANCAMENTE INVASORAS POR MEDIO DE LA CITOLOGÍA VAGINAL. EN ESTE SENTIDO- EL ESTUDIO DEL CONO CERVICAL ES QUIEN CONFIRMA LA EXTENSIÓN- Y LÍMITES DEL TUMOR CON LA SALVEDAD YA COMENTADA DE LO CONTRVERTIDO QUE SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD EL TEMA.

## METASTASIS GANGLIONAR LINFATICA.

LOS AUTORES A FAVOR DEL TRATAMIENTO RADICAL DEL CARCINOMA MICROINVASOR USUALMENTE DEFIENDEN SU POSICIÓN SEÑALANDO LA POSIBILIDAD DE INVASIÓN O DISEMINACIÓN A LOS LINFÁTICOS -- AUNQUE EL TUMOR POR SÍ MISMO NO HAYA PENETRADO TODAVÍA -- MUY PROFUNDAMENTE ( BENSON<sup>10</sup> BOHM<sup>11</sup>).

EN LA LITERATURA LA FRECUENCIA REPORTADA DE METÁSTASIS -- GANGLIONAR LINFÁTICA EN EL CARCINOMA MICROINVASOR VARIA -- AMPLIAMENTE DESDE UN 0.1% AL 10%. LA MAYORÍA DE AUTORES-CONSULTADOS SOBRE EL TEMA ESTÁN DE ACUERDO SOBRE LA BAJA-FRECUENCIA EN LA INCIDENCIA DE METÁSTASIS GANGLIONAR, PUDIENDO AFIRMARSE QUE ESTAS SON LA EXCEPCIÓN Y SE OBSERVA-EN MENOS DEL 1% DE LAS PACIENTES ( LOHE<sup>12</sup> CULHED<sup>13</sup>).

## TRATAMIENTO

EXISTEN VARIAS OPINIONES ACERCA DE COMO TRATAR EL CARCINOMA MICROINVASOR, LOS PUNTOS DE VISTA VARIAN DESDE MÉTODOS CONSERVADORES A RADICALES DE ESTA MANERA ES AÚN ASUNTO DE DISCUSIÓN CUAL TRATAMIENTO OFRECERA FINALMENTE UN MÁXIMO-NÚMERO DE VENTAJAS A LAS PACIENTES. EN LAS REVISIONES DE LARGAS SERIES ES EVIDENTE EL CAMBIO DESDE TRATAMIENTOS PARA CÁNCER AVANZADO, HASTA EL TRATAMIENTO SIMILAR DADO PARA LA ETAPA 0 (BURGHARDT<sup>8</sup> INVERSEN<sup>14</sup>). LA DIVERSIDAD DE MANEJOS PARA EL CARCINOMA MICROINVASOR SE DEBE A LOS DIFE

RENTES CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y DEFINICIONES EXISTENTES. EL CRITERIO DE TRATAMIENTO ACTUAL QUE ES EL MÁS ACEPTADO-- PARA ESTA ETAPA DE LA ENFERMEDAD, CONSISTE EN HISTERECTOMÍA EXTRAFACIAL CON TERCIO SUPERIOR DE GAVINA, CUANDO SE HA CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO TOMANDO EN CUENTA QUE LA INVASIÓN DEBERÁ SER DE 3 A 5 MM. POR DEBAJO DE LA MEMBRANA BASAL, ESTE ES EL CRITERIO APROBADO POR LA FIGO. (NELSON<sup>15</sup>, SEDLIS<sup>16</sup>, WILKINSON<sup>17</sup>).

## MATERIAL Y METODOS.

140 CASOS DE CARCINOMA CERVICOUTERINO MICROINVASOR SE ENCONTRARON EN LOS LIBROS DE REGISTRO DEL ARCHIVO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE", DE 1971 A 1980. SE INCLUYERON TODOS LOS DIAGNÓSTICOS DE MICROINVASIÓN YA FUERA EN BIOPSIAS CERVICALES, CONIZACIONES, O PIEZAS DE HISTERECTOMÍA. EL CRITERIO DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO UTILIZADO EN EL PRESENTE ESTUDIO FUÉ DE HASTA -- 5 MM. DE PROFUNDIDAD EN LA PENETRACIÓN ESTROMAL MEDIDO A PARTIR DE LA MEMBRANA BASAL. LAS DIVERSAS MODIFICACIONES QUE SOBRE EL DIAGNÓSTICO EXISTEN TALES COMO INVASIÓN A ESPACIOS SEMEJANTES A LINFÁTICOS O VASOS, EXTENSIÓN DE LA DISEMINACIÓN LATERAL, ETCÉTERA, NO FUERON CONSIDERADOS EN ESTE TRABAJO.

SE HIZO UNA REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS, ANOTANDO ESPECIALMENTE ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SINTOMATOLOGÍA, -- EXÁMEN FÍSICO, MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS, CLASIFICACIÓN CLÍNICA, TRATAMIENTO REALIZADO, Y COMPLICACIONES -- DEL TRATAMIENTO, ASÍ COMO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO Y AÑOS DE SEGUIMIENTO.

FUERON EXCLUIDAS DEL ESTUDIO 61 PACIENTES QUIENES ESTUVIERON MAL CLASIFICADAS CLÍNICAMENTE, TRATADAS PREVIAMENTE -- FUERA DEL SERVICIO, O CON EXPEDIENTE CLÍNICO INCOMPLETO --

CAPAZ DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN SUFICIENTE, QUEDARON 79 CASOS DE LOS QUE SE HIZO UN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS ASÍ COMO UNA GRÁFICA DE SOBREVIVENCIA.

RESULTADOS.

EN LA TABLA I SE RESUMEN LOS RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS.

## TABLA I EPIDEMIOLOGICA

	rango	promedio	
EDAD	23 a 67	45.67 años	
GESTACIONES	0 a 21	7.6	
PARTOS	0 a 16	6.2	
ABORTOS	0 a 7	1.4	
INICIO DE V.S.A.	13 a 42	19.0 años	
Nº COMP. SEXUALES	0 a 4	2.0	
NIVEL SOCIO ECONOMICO	bajo 46 casos 58.23%	medio 32 casos 40.51%	alto 1 casos 1.26%

CON RESPECTO A LA SINTOMATOLOGÍA EL PRIMER LUGAR LO OCUPÓ EL FLUJO VAGINAL CON 37 CASOS (46.33%), EN SEGUNDO TÉRMINO LAS PACIENTES ASINTOMÁTICAS CON 25 CASOS (31.65%), EL SÍNTOMA DE HEMORRAGIA AL COITO, CONSIDERADO POR MUCHOS AUTORES COMO FRECUENTE EN EL CÁNCER CERVICAL, SE ENCONTRÓ EN TERCER LUGAR CON 14 CASOS (17.72%). LA METRORRAGIA TUVO LUGAR EN 6 CASOS CON UN 7.59%. POR ÚLTIMO LOS SÍNTOMAS DIVERSOS COMO DOLOR ABDOMINAL E INCONCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, SE ENCONTRARON EN UN TOTAL DE 2 CASOS CON UN PORCENTAJE DEL 1.27% PARA CADA UNO.

LOS HALLAZGOS DEL EXÁMEN FÍSICO POR MEDIO DE LA EXPLORACIÓN ARMADA CON ESPEJO VAGINAL SE ENCUENTRAN EN LA TABLA II.

EN RELACIÓN A LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, ENCONTRAMOS QUE LA CITOLOGÍA VAGINAL TUVO UN PORCENTAJE DEL 93.49% DE CERTEZA DIAGNÓSTICA, SI SUMAMOS LOS RESULTADOS DE SOSPECHOZA Y POSITIVOS IV Y V. LOS RESULTADOS DESGLOSADOS APARECEN EN LA TABLA III.

LA COLPOSCOPIA NO FUÉ UN PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO QUE NO PUDO SER EVALUADO YA QUE SOLO SE REALIZÓ EN 13 CASOS, DEJANDO DE USARSE EN LA MAYORÍA: 66 CASOS.

LA PRUEBA DE SCHILLER, QUE CONSTITUYE UN PROCEDIMIENTO DE UTILIDAD ACEQUIBLE AL CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICAL, TUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

POSITIVA	37 CASOS	46.83%
NEGATIVA	8 CASOS	10.13%
NO SE REALIZÓ	34 CASOS	43.04%

LA BIOPSIA CERVICAL SE LLEVO A CABO EN 69 CASOS, DEJANDO - DE HACERSE EN LOS 10 RESTANTES; ASÍ MISMO EL DIAGNÓSTICO - DE MICROINVASIÓN SE HIZO POR MEDIO DE LA BIOPSIA EN 42 CASOS.

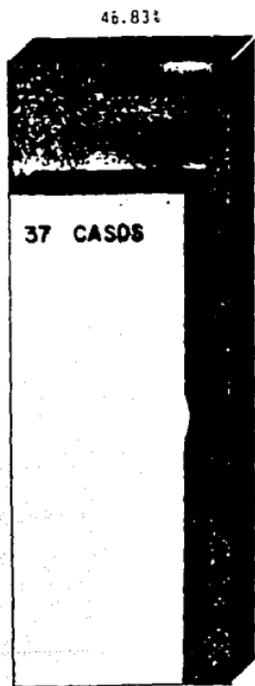
**TABLA II DATOS DE EXPLORACION**

	casos	porcentaje
EROSION CERVICAL	55	69.62
NORMAL	7	8.86
ECTROPION	6	7.59
ULCERACION	5	6.32
ATROFIA CERVICAL	2	2.53
CERVIX CONIZADO	2	2.53
TUMOR	1	1.26

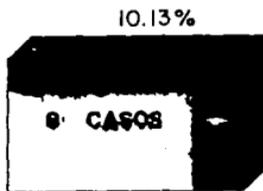
**TABLA III RESULTADOS DE CITOLOGIA VAGINAL**

resultado	numero de casos	porcentaje
POSITIVO V	35	44.87
POSITIVO IV	35	44.87
SOSPECHOSO	3	3.85
NEGATIVO III	4	5.13
NEGATIVO II	1	1.28
NO SE REALIZO	1	—

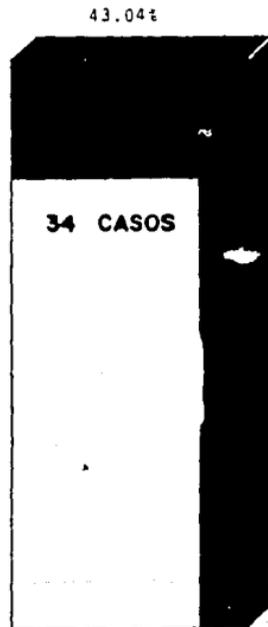
## PRUEBA DE SCHILLER



POSITIVA



NEGATIVA



NO SE REALIZO

LA CONIZACIÓN CERVICAL, PROCEDIMIENTO DE GRAN IMPORTANCIA - PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE MICROINVASIÓN SE REALIZÓ EN 56 CASOS (70.89%).

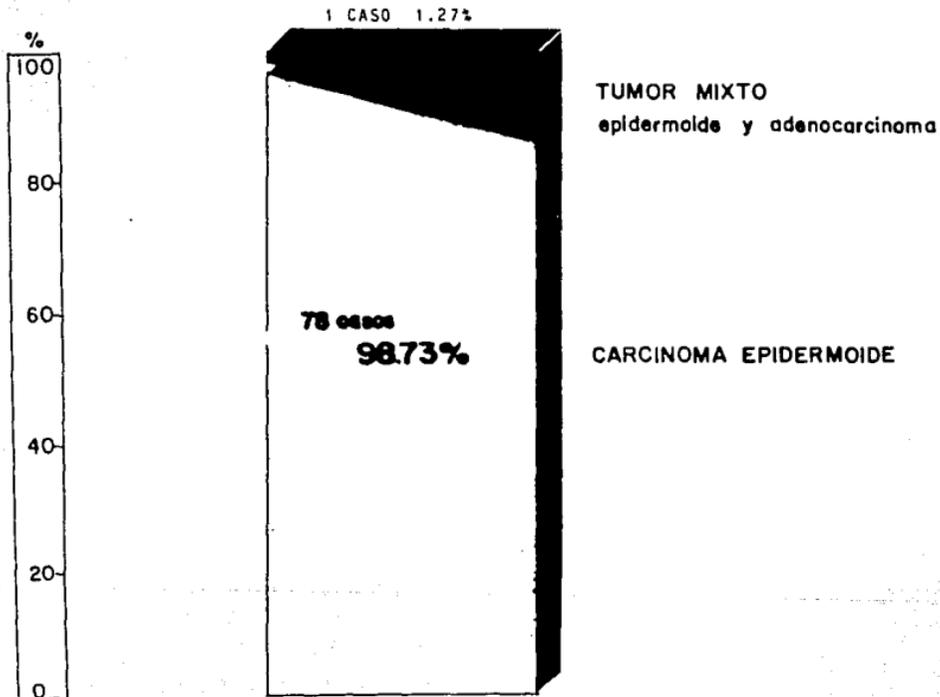
EL DIAGNÓSTICO DE MICROINVASIÓN SE HIZO POR MEDIO DE LA --- BIOPSIA EN 42 CASOS; POR MEDIO DEL CONO EN 44 CASOS; Y EN 4 CASOS MEDIANTE HISTERECTOMÍA. EN 12 SE CORROBORÓ EL DIAGNÓSTICO DE MICROINVASIÓN, PREVIAMENTE HECHO POR BIOPSIA - - CONO.

EL DIGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO FUÉ DE CARCINOMA EPIDERMOIDE EN 78 CASOS (98.73%) Y UN CARCINOMA MIXTO (EPIDERMOIDE Y -- ADENOCARCINOMA), EN UN CASO (1.27%) AMBOS MICROINVASORES.

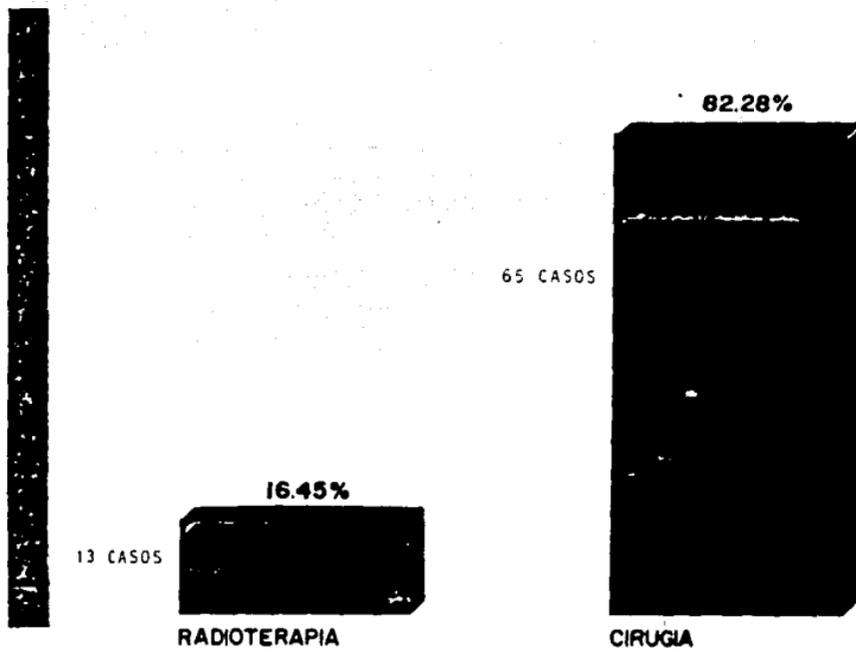
EL TRATAMIENTO DADO A LAS PACIENTES, FUÉ MEDIANTE RADIOTERAPIA A 13 CASOS (16.45%) Y CON CIRUGÍA (82.28%). UNA PACIENTE FUÉ MANEJADA CON TRATAMIENTO MIXTO, PRIMERO RADIOTERAPIA, Y DESPUÉS CIRUGÍA RADICAL (1.27%).

LAS COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA SE PRESENTARON EN 6 DE LOS 13 CASOS (46.15%), SIENDO 5 CASOS CON PROCTITIS POST RADIACIÓN (58.46%) Y UN CASO CON INFLAMACIÓN PÉLVICA 7.69 %.

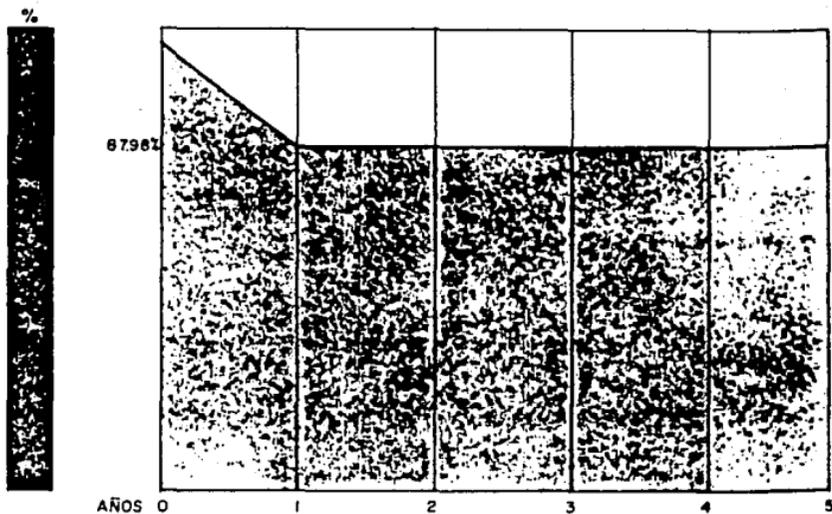
## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



### TRATAMIENTO



## GRAFICA DE SOBREVIDA



## ANALISIS DE RESULTADOS:

CON RESPECTO A LA EPIDEMIOLOGÍA ENCONTRAMOS QUE LA EDAD DE LAS PACIENTES AFECTADAS CON CARCINOMA MICROINVASOR TUVO UN PROMEDIO DE 45,6 AÑOS, LO QUE COINCIDE CON EL PROMEDIO REPORTADO POR LOS AUTORES QUE ES DE 46 AÑOS.

EN RELACIÓN AL NÚMERO DE EMBARAZOS, PARTOS, ABORTOS ETCÉTERA ESTOS DATOS NOS PERMITEN CORROBORAR LO QUE YA ESTÁ ACEPTADO Y AMPLIAMENTE RECONOCIDO ES DECIR LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA PACIENTE CON CÁNCER CERVICAL.

COMO YA SE COMENTÓ EN LOS ANTECEDENTES, EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS CERCA DE LA MITAD DE LAS PACIENTES CON CARCINOMA MICROINVASOR SE ENCUENTRAN ASINTOMÁTICAS Y EL DIAGNÓSTICO SE HACE POR MEDIO DE LA CITOLOGÍA DE RUTINA.

EN EL PRESENTE ESTUDIO LAS PACIENTES ASINTOMÁTICAS OCUPARON UN SEGUNDO LUGAR (31,64%) DEJANDO EL PRIMER LUGAR AL FLUJO VAGINAL (46,83%) Y EN TERCER LUGAR LA HEMORRAGIA COITAL (17,72%). DE LO ANTERIOR PODEMOS INFERIR QUE NO EXISTE SINTOMATOLOGÍA PROPIA DE ESTA ETAPA DE LA ENFERMEDAD PERO DEBERÁ SOSPECHARSE EN LAS PACIENTES QUE SE QUEJAN DE FLUJO VAGINAL PERSISTENTE. LOS DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA SEGÚN LOS REPORTES DE LA MAYORÍA DE LOS AUTORES NO TIENE VALOR DIAGNÓSTICO, SIN EMBARGO EN LOS RESULTADOS

TADOS DEL MATERIAL PRESENTADO SE ENCONTRÓ QUE LA EROSIÓN - CERVICAL ES UN HALLAZGO FRECUENTE (69.62%), ESTO SUGERIRIA QUE ANTE UNA ALTERACIÓN DE ESTE TIPO DEBEN ENCAMINARSE TODOS LOS ESFUERZOS A FIN DE DESCARTAR MALIGNIDAD.

LA CITOLOGÍA VAGINAL SIGUE SIENDO EL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE DETECCIÓN MÁS EFECTIVO (93.59%) ESTANDO ESTA CIFRA DENTRO DEL RANGO DE CERTEZA DIAGNÓSTICA ACEPTADO. LA COLPOSCOPIA NO FUÉ VALORABLE POR EL REDUCIDO NÚMERO DE CASOS- EN LOS QUE SE LLEVÓ A CABO.

#### CONCLUSIONES.

- 1.- LA EDAD DE PRESENTACIÓN DEL CARCINOMA MICROINVASOR EN PROMEDIO ES DE 45 A 46 AÑOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA.
- 2.- LA ENFERMEDAD PUEDE PRESENTARSE DESDE LOS 33 AÑOS HASTA LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA.
- 3.- LOS FACTORES DE RIESGO SON LOS MISMOS QUE PARA EL CÁNCER CERVICAL EN GENERAL.
- 4.- NO HAY SÍNTOMAS ESPECÍFICOS EN ESTA ETAPA DEL PADECIMIENTO, PERO DEBE SOSPECHARSE SI EXISTE FLUJO VAGINAL-CRÓNICO.
- 5.- LA EROSIÓN CERVICAL ES UN HALLAZGO FRECUENTE DE LA ETAPA IA, EN EL PRESENTE ESTUDIO Y ANTE ESTA LESIÓN DEBE-

DESCARTARSE MALIGNIDAD.

- 6.- LA ESTIRPE HISTOLÓGICA MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA EN ESTA MUESTRA FUÉ LA VARIEDAD EPIDERMOIDE.

- 1.- RUCH, R.W, ET. AL.: MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE CERVIX  
AM. J. OBSTET. GYNECOL. (1) 87 - 92 MAY, 1976.
- 2.- BURONOW, R.C, STAGE I CERVIX CANCER AND PELVIC NODE METAS-  
TASIS. SPECIAL REFERENCE TO THE IMPLICATIONS OF THE NEW-  
AND THE RECENTLY REPLACED FIGO CLASSIFICATIONS ON STAGE -  
I A.  
AM. J. OBSTET. GYNECOL. 127 ( 2 ) 135 - 7 JAN, 1977.
- 3.- AVERETT, H.E. ET AL DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF MICROIN--  
VASIVE CARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX.  
CANCER. 38 (1 SUPPL) 414 - 25 JUL, 1976.
- 4.- ROCHE, W, ET AL, MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE CERVIX, -  
THE SIGNIFICANCE OF LIMPHATIC INVASION AND CONFLUENT PA--  
TTERNS OF STOMAL GROUGHT. CANCER 36 (1) 180-6 JUL, 1975.
- 5.- CHRISTOPHERSON, W.M, ET AL, MICROINVASIVE CARCINOMA OF--  
THE UTERINE CERVIX, A LONG TERM FOLLOW - UP STUDY OF ---  
EIGHTY CASES.  
CANCER. 38 ( 2 ) 629 - 32 AUG, 1976.
- 6.- FENNELL,R.H, MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE UTERINE CER-  
VIX.  
OBSTET. GYNECOL. SURV. 33 ( 6 ) 406 - 11 JUN, 1978.
- 7.- JAVAHERI,G, MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE UTIRINE CER-  
VIX, INT. J. GYNAECOL, OBSTET. 16 ( 2 ) 106 - 14 1978 -  
79.

- 8.- BURGHARDT, E. ET. AL. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MICRO-  
INVASIVE CARCINOMA OF THE CERVIX UTERI.  
OBSTET. GYNECOL. 49 ( 6 ) 641 - 53 JUN. 1977.
- 9.- LEMAN, M.H. MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE CERVIX.  
OBSTET. GYNECOL. 48 ( 5 ) 571 - 8 NOV. 1976.
- 10.- BENSON, W.L. ET. AL. A. CRITICAL REVIEW OF THE FREQUEN-  
CY OF Lymph NODE METASTASIS AND DEATH FROM MICROINVASI  
VE CARCINOMA OF THE CERVIX OBSTET. GYNECOL. 49 (5) ---  
632 - 8 MAY. 1977.
- 11.- BUHM, J.W. ET AL. Lymph NODE METASTASIS IN MICROINVASI-  
VE EPIDERMOID CANCER OF THE CERVIX.  
OBSTET. GYNECOL. 48 ( 1 ) 65 - 7 JUL. 1976.
- 12.- LUHE, K.J. ET. AL. EARLY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE  
UTERINE CERVIX.  
CLINICAL RESULTS OF A COOPERATIVE STUDY IN THE MANAGE--  
MENT OF 419 PATIENTS WITH EARLY STROMAL INVASION AND MI  
CROCARCINOMA.
- 13.- CULLHED, S. CARCINOMA CERVIX UTERI STAGES I AND II A. -  
TREATMENT, HISTOPATHOLOGY, PROGNOSIS.  
ACTA OBSTET. GYNECOL. SCAND. (SUPPL) 75, 1, 149, 1978.
- 14.- IVERSEN, T. ET AL. FACTORS INFLUENCING THE TREATMENT OF  
PATIENTS WITH STAGE I A, CARCINOMA OF THE CERVIX.  
BRITISH J. OBSTET. GYNECOL. 86 ( 8 ) 593 - 7 AUG. 1979.

- 15.- NELSON, J.H. ET. AL. DETECTION, DIAGNOSTIC, EVALUATION, AND TREATMENT OF DYSPLASIA, CA IN SITU, AND -- EARLY INVASIVE CERVICAL CARCINOMA.  
CANCER 29 ( 3 ) 174 - 92 MAY. JUN. 1979.
- 16.- SEDLIS, A. ET. AL. MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX A CLINICAL PATHOLOGIC STUDY.  
AM. J. OBSTET. GYNECOL. 133 ( 1 ) 64 - 74 JAN. 1979.
- 17.- WILKINSON, E.J. ET. AL. BORDERLINE MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE CERVIX.  
OBSTET. GYNECOL. 51 ( 4 ) 472 - 6 APR. 1978.