

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

98
3ej.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL DE PUEBLA
"GRAL. DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

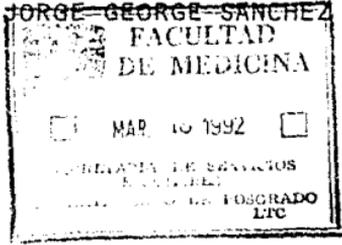
"RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. VICENTE VARGAS FERNANDEZ

ASESOR: DR. ~~JORGE GEORGE SANCHEZ~~



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
PUEBLA, PUE.



1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

INTRODUCCION	1
EPIDEMIOLOGIA	2
HISTORIA NATURAL	4
DISEMINACION DEL TUMOR	5
CUADRO CLINICO	5
CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS	6
ASPECTO MICROSCOPICO	7
MÉTODOS DIAGNOSTICOS	8
CLASIFICACION CLINICA	11
TRATAMIENTO	18
JUSTIFICACION	21
MATERIAL Y METODOS	21
CUADROS Y GRAFICOS	22
RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFIA	57

PUEBLA 1992.

INTRODUCCION .

Una de las patologías que más frecuentemente se observan en nuestro país, es el cáncer cervicouterino, y es en los últimos dos decenios que ha habido un interés considerable en la identificación de un grupo de pacientes con la mencionada enfermedad en etapa temprana, el cual sabemos tiene un riesgo mínimo de diseminación extracervical y bien pudiera tratarse mediante una intervención quirúrgica conservadora, sin tener que recurrir a cirugía más radical o a la Radioterapia.

Con la introducción de nuevas técnicas de detección como la cervicografía y las pruebas para virus papiloma humano; con el surgimiento de una nueva clasificación para la citología - cervicovaginal, ayudan a entender mejor y a manejar más adecuadamente el cáncer cervical temprano.

Sin embargo, en la actualidad hay aún mucha controversia por lo que respecta al cáncer temprano, no hay una definición establecida como única, ya que la FIGO establece una y la SGO propone otra, que es más práctica. Otro punto controvertido es qué pacientes pueden ser tratados con histerectomía simple y cuáles requieren de un procedimiento más radical.

Nosotros tuvimos la inquietud, de revisar en una forma retrospectiva, cuántos casos de cáncer cervicouterino en etapa temprana (Etapa IB) fueron detectados, cómo fueron tratados, que procedimiento quirúrgico se llevó a cabo para su tratamiento, si hubo necesidad de ampliar más el procedimiento por los hallazgos transoperatorios, si hubo recidivas posteriores, la morbimortalidad postoperatoria, la supervivencia y el estado actual de las pacientes.

Se revisaron datos obtenidos del Archivo clínico del Hospital de Especialidades y el Archivo del Servicio de Oncología Quirúrgica, en un período de 5 años a la fecha, 1987-1991.

EPIDEMIOLOGIA .

Sabemos en la actualidad que el cáncer de cérvix uterino es una de las neoplasias malignas más comunes en la mujer, ocupando el 2o. lugar en frecuencia después del cáncer de mama. Es más común en continentes como Iberoamérica y África, y menos frecuente en Europa. Se ha comunicado menor frecuencia en mujeres judías, atribuyéndose ello a que los hombres judíos se circuncidan, sin embargo, esta baja incidencia no ha sido demostrada en la pareja sexual con hombres no judíos y circuncidados; algunos autores han llegado a argumentar que la mujer judía cuenta con una resistencia genética a dicho tumor. (1,2,3,4,5.)

La incidencia del cáncer de cérvix es apreciablemente más alta en las clases sociales económicamente más bajas y se piensa que este factor explica en parte su distribución mundial. El cáncer cervical es más frecuente en mujeres que han tenido el primer coito a una edad temprana, que cuentan con historia de promiscuidad sexual o bien que son multigestas. Por el contrario el cáncer de cérvix uterino es raro en mujeres nulíparas.

Se ha identificado la presencia del virus herpes tipo-2 así como, un título elevado de anticuerpos contra este virus en pacientes con cáncer de cérvix uterino más a menudo que en pacientes controles. No obstante, no se ha establecido un papel etiológico directo. (1,2,6,7.)

Bajo condiciones no estrictas de hibridación, se han detectado secuencias de DNA debidas al papiloma humano (HPV)16 así como HPV-18 en aproximadamente un 90% de los carcinomas cervicales tempranos. (5,7,.)

En fin, la causa del carcinoma cervicouterino, se desconoce; no obstante, pruebas actuales sugieren que se trata de

de un proceso multifactorial, vinculado con los diversos factores ya mencionados y resumidos en el cuadro 1.

**FACTORES CLINICOS RELACIONADOS CON LA NEOPLASIA INTRA-
EPITELIAL CERVICOUTERINA.**

Coito inicial en edad temprana
 Múltiples compañeros sexuales
 Compañero sexual que ha tenido varias compañeras
 Antecedente de enfermedad venérea
 Hábito de fumar cigarrillos
 Grupo socioeconómico bajo
 Antecedente de infección cervicouterina por virus del papiloma humano (HPV)
 Antecedente de neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)
 Antecedente de neoplasia intraepitelial vulvar (NIV).

Así pues, las mujeres con antecedente de alguno de estos factores tiene un riesgo relativamente mayor de neoplasia cervicouterina y puede considerarse dentro del grupo de alto riesgo para carcinoma cervicouterino. Las mujeres expuestas al diétilstilbestrol in utero, con adenosis vaginal o anomalías relacionadas de la zona de transformación, también pueden tener mayor riesgo de neoplasia cervicouterina y vaginal. No obstante este grupo de mujeres se encuentran bajo estudio y aún se está obteniendo información. (3,5,8,9,10.)

HISTORIA NATURAL .

En la mayor parte de los casos de carcinoma de células - escamosas del cérvix uterino el origen se encuentra en la unión escamocolumnar del conducto endocervical y el exocérnix. La lesión se asocia frecuentemente con una larga historia de cervicitis crónica, displasia grave y carcinoma "in situ". Se dice que esta progresión puede tardar de 10 a 20 años. (10)

Generalmente se acepta que el carcinoma invasivo va precedido en su mayoría por carcinoma in situ (10,11,12.).

Son múltiples los estudios que avalan este hecho, observándose en los mismos a largo plazo que se llega a desarrollar cáncer invasivo.

El proceso maligno se inicia a través de la membrana basal del epitelio invadiendo el estroma cervical. Si la invasión es menor de 3 mm, la lesión se clasifica como microinvasiva o superficialmente invasiva y la probabilidad de metástasis en ganglios linfáticos es de alrededor del 1% (13,14,15). La invasión puede progresar, pero si el tumor no es macroscópico y la profundidad de penetración es menor de 5 mm el tumor se clasifica como carcinoma invasivo oculto. La incidencia de metástasis a ganglios linfáticos de la pelvis se relaciona con la profundidad de la invasión con una incidencia total de 5 - 8% (16).

La diseminación linfática regional o hematogena ocurre dependiendo del estadio del tumor, pero la diseminación no siempre sigue ordenadamente una secuencia y ocasionalmente un pequeño carcinoma puede infiltrar los ganglios linfáticos de la pelvis, invadir vejiga, el recto o producir metástasis a distancia.

DISEMINACION DEL TUMOR .

Como sabemos el cérvix tiene una rica red linfática que es más abundante en las capas musculares. Así una vez que el tumor ha invadido estas estructuras habrá mayor probabilidad de diseminación a los linfáticos regionales. El cáncer del cérvix uterino puede extenderse a los linfáticos paracervicales y parametriales, y metastatizar a los ganglios linfáticos obturadores (considerados grupo medial de la iliaca externa), a otros iliacos externos y al ganglio hipoagástrico. Desde estos habrá metástasis tumoral a los ganglios iliacos comunes o a los ganglios periaórticos .

La diseminación hematógena a través de los plexos venosos y venas paracervicales ocurre menos frecuentemente, pero se sabe que es bastante alta en los estadios más avanzados, .

Los lugares más comunes de las metástasis son los ganglios linfáticos mediastínicos y supraclaviculares, pulmones, hueso e hígado.

CUADRO CLINICO .

El cáncer cervicouterino intraepitelial e invasivo incipiente puede detectarse antes de que sea sintomático por medio de citologías cervicovaginales periódicas.

En el cáncer in situ no se notan anomalías macroscópicas sin embargo, pudiera observarse una pequeña superficie ulcerada.

La primera manifestación anormal viene a ser un manchado postcoito pudiendo incrementarse en forma de hemorragia limitada (sangrado intermenstrual) y observarse después de esfuerzos; posteriormente puede aparecer una hemorragia menstrual más abundante (menorragia). En el Cáncer invasivo puede haber pérdidas vaginales serosanguinolentas o amarillentas.

sobre todo en lesiones necróticas más avanzadas. Si ocurre - hemorragia crónica las pacientes se quejan de fatiga u otros - síntomas relacionados con anemia.

Puede haber dolor que se localiza normalmente en pélvis - o bien, en hipogastrio. Puede haber enfermedad inflamatoria - pélvica secundaria a necrosis del tumor; otras pacientes sue - len quejarse de dolor en la región lumbosacra; debiendo consi - derarse en estos casos la posibilidad de extensión a ganglios linfáticos periaórticos y raíces lumbosacras. Debe pensarse - en la posibilidad de hidronefrosis. En ocasiones el dolor epi - gástrico se debe a metástasis en los ganglios linfáticos peri - aórticos altos.

Los síntomas rectales y urinarios pueden aparecer en es - tados más avanzados como consecuencia de invasión de vejiga o bien a recto por la neoplasia. En esta situación puede ha - ber hematuria o hemorragia rectal.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS .

ASPECTO MACROSCOPICO.

Al exámen clínico o patológico las lesiones invasivas - aparecen como pequeñas superficies ulceradas o más extensas - afectando uno o varios cuadrantes del endocérvix. Lesiones - más grandes tienen aspecto exofítico o de ulceración necrót - ica extensa. Pueden ser infiltrantes, endofíticas o extende - se por el estroma del cérvix y el canal endocervical, puede - aumentar en forma concéntrica formando el "cérvix en barril" Puede haber protrisión a vagina adquiriendo aspecto exofíti - co o necrótico.

ASPECTO MICROSCOPICO .

Por lo que respecta al aspecto microscópico, se dice que de un 90 a 95% los tumores son originados por células escamosas; dividido a su vez por algunos autores en: Queratinizante No queratinizante y de células pequeñas.

Un 5% se clasifica como adenocarcinomas y entre un 1 a 2 por ciento son de células claras.

El carcinoma adenoescamoso es relativamente raro (un 2-5% de todos los carcinomas de cérvix uterino); consistiendo en una mezcla de células acumuladas y estructuras glandulares. Si el componente escamoso es una metaplasia benigna, el tumor se llama adenoacantoma.

El carcinoma de células vítreas se considera como un tumor adenoescamoso poco diferenciado.

Se ha encontrado que un grupo de adenocarcinomas son del tipo claro (mesonéfrico) y pueden crecer en forma tubular, glandular, papilar o bien adoptar un aspecto sólido.

Otro tipo de adenocarcinoma poco frecuente es el adenocístico o cilindroma (menos del 1%), con un aspecto similar al que se produce en las glándulas salivales o en el árbol bronquial.

Se han descrito ocasionalmente sarcomas primarios del cérvix (leiomiomas, rabdomiosarcomas, sarcomas del estroma, carcinosarcomas, etc.).

Por último se ha llegado a describir algún linfoma maligno primario o secundario de cérvix uterino. (17)

MÉTODOS DIAGNOSTICOS .

Toda paciente con cáncer de cérvix uterino debe ser evaluada conjuntamente por el ginecólogo y el radioterapeuta para establecer el estadio clínico. A todas las pacientes se les deberá realizar un examen físico completa y una exploración detallada de pelvis y recto.

De lo anterior podemos decir que para la clasificación del cáncer cervicouterino surgen dos grandes categorías : 1) citológico y 2) inspección del cuello uterino que incluye colposcopia y cervicografía.

Se sabe que la introducción del uso de valoración del material celular del cuello y la vagina para el diagnóstico del carcinoma cervicouterino se atribuye al Dr. George N. Papanicolaou, anatomista que en 1928 publicó su informe "New Cancer Diagnosis". (18) El mismo año el Dr. Aurel Babes, patólogo publicó un artículo esencialmente de la misma aplicación de la citología. (19) Papanicolaou refinó la técnica de recolección del cúmulo vaginal de células con la colaboración del ginecólogo Herbert Traut. (20) Esto se refinó más aún por el Dr. Ernest Ayre, ginecólogo que en 1947 introdujo una escudilla de madera para el raspado del cuello, obteniendo las células directamente de la zona de transformación.

En 1962 el Dr. Hugh Davis presentó la "pipeta de Davis", simple, de plástico, pudiéndose realizar la toma por el médico o bien por la misma paciente.(21)

Se han utilizado otros dispositivos para la toma, tales como un hisopo de algodón; el Dr. James Reagan, patólogo, presentó una pipeta para aspiración endocervical a principios de la década de 1950.(22)

En 1987 se presentó un dispositivo de cepillo para la toma en el endocervix, originalmente se conoció como cepillo ci

tológico, hoy existen varios diseños del cepillo endocervical en el mercado estadounidense.

Actualmente en E.U., la American Cancer Society y el American College of Obstetrics and Gynecology recomiendan que "todas las mujeres con vida sexual actual o pasada, o que han llegado a los 18 años de edad, sean objeto de un frotis anual de Papanicolaou y una exploración ginecológica".

La correlación entre el diagnóstico citológico y el examen histológico es mayor de 90%. Las citologías vaginales se clasifican en : I (normal), II(atípica), III displasia, IV (- carcinoma in situ) y V(carcinoma invasivo). No obstante, algunos patólogos prefieren evitar el sistema de las clasificaciones y describir el diagnóstico morfológico del examen citológico.

En un intento por establecer el consenso sobre terminología en citología cervical, el National Cancer Institute estableció una reunión de trabajo en Bethesda, Maryland, en 1988. nomenclatura a la que se designó como Sistema Bethesda.(23)

La terminología del Frotis de Papanicolaou fue introducida por los Dres. Papanicolaou y Traut en 1941 y 1943, emplean el sistema por clases, mismo que anotamos arriba. El sistema de la OMS fue descrito por Rotton y cols., en 1973. (24)

Existen particularmente dos cambios que son los más importantes en la comparación de las nomenclaturas anteriores con la actual de Bethesda.

Pasando a la COLPOSCOPIA, se sabe que fue iniciada en 1924 por el Dr. H. Hinselmann en Hamburgo. Presentó en 1938 la utilización del ácido acético diluido para mejorar dicho estudio. El estudio colposcópico se combinó con la aplicación de ácido acético y la prueba de yodo de Schiller por el Dr. H. J. Wespi a fines del decenio de 1930.(25).

El estudio colposcópico ha demostrado tener poca especificidad debido a la pobre interpretación de zonas de blanqueamiento por ácido acético en la región de transformación, lo que produce falsos positivos. La especificidad es superior al 30% en tales estudios colposcópicos.

La cervicografía es una técnica de detección fotográfica en la que se toma una foto de 35 mm del cuello después de aplicar ácido acético de 3 a 5 % y se proyecta la laminilla de manera que amplifique la imagen del cuello. La técnica fue desarrollada por el Dr. Adolf Stalf en 1981. (26)

Se informó de una sensibilidad de la cervicografía tan alta como 94%; sin embargo, su especificidad puede alcanzar 50% o las cifras más elevadas comunicadas por otros autores.

Estudios actuales sugieren que la cervicografía podría tener valor para estudiar a las mujeres con datos citológicos atípicos o de clase II cuando no se dispone de colposcopia.

El ejercicio común de simplemente repetir los frotis cervical-endocervical en mujeres con anomalías citológicas detectadas y clasificadas como atípicas o clase II, cambia a la citología de un método de estudio a uno de detección de casos. Esto pudiera vincularse con hallazgos citológicos falsos negativos en frotis repetidos en 15 a 50% de los casos, situación que podría mejorar mucho empleando cervicografías o colposcopia al mismo tiempo que se repite el estudio citológico.

Se dice que la conización solamente debe realizarse en situaciones específicas. Cuando existe lesión macroscópica del cérvix puede ser útil para el diagnóstico. Se sabe que es importante tomar muestras de la periferia de la lesión con tejido normal adyacente. Si la extensión tumoral es mayor puede utilizarse la Dilatación y legrado.

CLASIFICACION. CLINICA.

Como sabemos el objetivo fundamental de la clasificación clínica de los tumores es determinar la verdadera extensión - de los mismos basándose en los datos obtenidos mediante la exploración clínica y estudios especiales de laboratorio y gabinete; conocida la extensión, se agrupan en etapas clínicas o estadios con objeto de que en cada grupo los casos tengan características similares y por ende, pronóstico semejante y - que requieran tratamiento similar. Ello permite uniformar los tratamientos y valorar su efectividad mediante la comparación de resultados en grandes grupos de pacientes.

La primera clasificación del carcinoma cérvicouterino -- fue hecha en 1937, por un comité nombrado por la Liga de las Naciones, en ella sólo se consideraba al carcinoma invasor y constaba de cuatro grupos. Posteriormente el conocimiento del carcinoma invasor preclínico, así como el reconocer que dentro de un mismo grupo los casos tienen pronóstico diferente según el modo de diseminación obligó a idear una clasificación que considerara con mayor acuciosidad las características del tumor primario, de las metástasis ganglionares y de las metástasis hematógenas. De ahí surgió la clasificación TNM preconizada por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). Con esta clasificación, los casos incluidos en cada grupo son más - homogéneos en cuanto a la extensión tumoral y por lo mismo en cuanto a su pronóstico, pero su principal inconveniente es - que, si se usa como único método de clasificación, los casos - tratados se subdividen en muchos grupos pequeños, por lo que la valoración estadística del material no es posible. Por -- otra parte, en el cáncer de cérvix, la apreciación de las metástasis ganglionares pélvicas y paraaórticas no es factible - por los procedimientos clínicos habituales, por lo que el már

gen de error de la clasificación TNM en este respecto, no cambia sustancialmente del observado en la clasificación por etapas clínicas.

En abril de 1970, se reunió en Nueva York la Asamblea General de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); el comité de Cáncer de esta agrupación, basándose en la experiencia de varias instituciones de todos los continentes, llegó a la conclusión de que tanto desde el punto de vista estadístico como pronóstico, el agrupamiento por etapas clínicas de los casos con tumor maligno ginecológico es admisible y útil. De ahí surgió la actual clasificación -- que entró en funciones a partir de Enero de 1971, así como -- que fue aceptada por la gran mayoría de centros hospitalarios en los que se trata el cáncer ginecológico.

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

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

Enfocandonos a la Etapa temprana del cáncer cervicouteri no sabemos que en 1985, el comité de Cáncer de la FIGO (27) revisó las definiciones del cáncer invasor temprano en etapa I como sigue:

Etapa Ia1. Incluye lesiones con invasión temprana del estroma en las que hay proyecciones de epitelio-carcinomatoso en continuidad con una lesión IN-

SITU o aparentemente células separadas no más de 1 mm de la membrana basal de la superficie o cripta.

Etapas Ia2 Las lesiones mesurables deben medirse en dos dimensiones. La profundidad se medirá a partir de la base del epitelio del que se desarrollan no excediendo los 5 mm y el diámetro más grande no será mayor de 7 mm en su mayor extensión

Sin embargo, no es muy aceptada dicha reforma por muchos autores argumentando que es mejor la definición de cáncer cervicouterino propuesta en 1974 por el Committee on Nomenclature of the Society of Gynecology Oncologists (SGO), en la que toman en cuenta además de la profundidad, la invasión al espacio vascular linfático, siendo esto de suma importancia para el pronóstico de los pacientes.

Partiendo de todo lo anteriormente expuesto, entraremos en materia ya que el tema que nos ocupará en el presente trabajo es el de Cáncer cervicouterino microinvasor.

El concepto de carcinoma microinvasor cervicouterino fue propuesto inicialmente por Mestwerd (28), en 1947. Desde entonces ha habido muchas definiciones de esta entidad clínica, con variación en la frecuencia en metástasis a ganglios linfáticos comunicada de 0 a 6%. (29-33.)

Aunque ha habido múltiples definiciones de cáncer cervicouterino microinvasor, una gran mayoría de autores han adaptado la propuesta por la SGO, la cual dice que el cáncer cervicouterino microinvasor es una lesión que invade el estroma cervicouterino hasta una profundidad de 3.0 mm o menos, bajo la base del epitelio y en el que no hay datos de invasión del espacio vascular linfático.

Si hay duda respecto a la profundidad de invasión del es troma, si excede de 3.0 mm o hay invasión del espacio linfático vascular, la lesión se considera como cáncer cervicouterino francamente invasor.

Desde que se propuso por primera vez la definición de cáncer cervicouterino microinvasor de la SGO, se ha dispuesto de una cantidad considerable de datos en cuanto a las implicaciones pronósticas de varias profundidades de invasión del es troma y la invasión del espacio vascular linfático.

La frecuencia de metástasis de ganglios linfáticos en pa cientes con invasión tumoral hasta una profundidad de 3.0 mm o menos en ausencia de invasión de espacio vascular linfático se define en un estudio llevado a cabo por varios autores, los cuales de 1969 a 1985, estudiaron a más de 400 pacientes y 8 000 ganglios linfáticos, de los cuales solamente uno fue po sitivo, arrojando una frecuencia de 0.2%. En contraste, la in cidencia de metástasis a ganglios linfáticos en pacientes con carcinoma cervicouterino que invade el estroma a una profundi dad de 3.1 a 5.0 mm es considerablemente mayor; informándose en un estudio que de 130 pacientes de este tipo, 8 (6.2%) tenían metástasis a ganglios linfáticos y las muertes que se de tectaron por cáncer recidivante fueron del grupo de indivi du os con ganglios linfáticos positivos. Es por esto que va rios autores consideran que el carcinoma microinvasor pu diera incluir sólo a aquellas pacientes con tumores que invaden el estroma cervical hasta una profundidad de 3.0 mm o menos.

La importancia pronóstica de la invasión al espacio vascular linfático por el cáncer cervicouterino invasor está bien establecida. Una vez que las células tumorales invadieron el espacio linfático vascular, el potencial de metástasis de ganglios linfáticos y extrapélvicos es mucho mayor. Van Nagell y colaboradores (34), por ejemplo, informaron que la

frecuencia de metástasis de ganglios linfáticos en sujetos en etapa Ib aumentaba de 6 a 34% en presencia de invasión del espacio vascular. De manera similar, Barber y colaboradores(35) notaron que la tasa de supervivencia en pacientes con carcinoma cervical en etapa Ib era de 90% en ausencia de invasión -- del espacio vascular linfático, en comparación con 59% cuando si había ésta.

La invasión del espacio vascular linfático por lo que -- respecta a su incidencia, tiene ésta relación directa con la profundidad de invasión del estroma. Raras veces ocurre dicha invasión en tumores que penetran en el estroma cervicouterino hasta una profundidad de 1.0 mm o menor (29-33), pero aumenta en frecuencia conforme lo hace la penetración del estroma. Maiman y cols.,(36) por ejemplo, informan que había invasión del espacio vascular linfático en 6% de los casos con invasión del estroma menor de 3.0 mm, en comparación con más -- del 12% en otras pacientes con penetración del estroma mas -- profunda. Se dice que la frecuencia de invasión del espacio -- vascular linfático tambien se relaciona con el tipo celular. Aquellas con carcinoma cervicouterino de células pequeñas -- tienen una incidencia mayor de invasión del espacio vascular -- linfático que aquellas con tumores de células grandes.(37)

Es importante señalar que en presencia de invasión del -- espacio vascular linfático siempre hay un potencial para metástasis de ganglios linfáticos, independientemente de la profundidad de penetración del estroma. Averette (38), por -- ejemplo, informó de una paciente con invasión vascular del espacio linfático con penetración de sólo 0.2 mm del estroma. -- Esta paciente tenía metástasis múltiples iliacas externas y -- en ganglios linfáticos iliacos primitivos en el momento de la histerectomía radical y recibió radioterapia. De manera simi-

lar, Tsukamoto y cols. observaron metastasis de ganglios linfáticos, en una paciente con penetración de sólo 1.6 mm, que tenía invasión del espacio vascular linfático.

Por este motivo, los tumores con invasión de espacio vascular linfático confirmada histológicamente no deben incluirse en la categoría de cáncer microinvasor.

TRATAMIENTO .

Por lo que respecta al tratamiento del cáncer cervicouterino microinvasor, definido como invasión al estroma en 3 mm o bien menos, sin señales de invasión del espacio vascular -- linfático, puede llevarse a cabo con seguridad una HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL O VAGINAL. En un estudio realizado por Van Nagell y cols, se trataron 145 mujeres con cáncer cervicouterino microinvasor de la siguiente forma: histerectomía vaginal, 51; histerectomía abdominal, 42, e histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, 52. De las pacientes tratadas con histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, se estudiaron histológicamente 984 ganglios sin encontrar metastasis en ellos. (39) Se vigiló el postoperatorio a intervalos regulares de dos a 14 años (promedio 7.2); no habiendo recidivas por invasión en este grupo. Una paciente tratada mediante histerectomía radical y otra mediante histerectomía total abdominal presentaron recidivas intraepiteliales en la porción superior de la vagina y ambas se curaron después. No hubo recidivas en personas tratadas con histerectomía vaginal total. Como era de esperarse, pérdida sanguínea, morbilidad y estancia hospitalaria fueron mucho mayores en aquellas a quienes se hizo histerectomía radical que en las de los otros grupos de tratamiento.

Existen muy pocos datos en lo que se refiere a la vigilancia prolongada de pacientes tratadas exclusivamente por conización. En teoría la conización sería satisfactoria como tratamiento del cáncer microinvasor si se utiliza la definición de la SGO y los bordes de la muestra están sanos. Sin embargo esto se toma con reserva hasta que en un futuro se cuente con datos de un gran número de pacientes tratadas por conización y vigiladas durante un tiempo suficiente.

Existen en la Literatura mundial infinidad de reportes y de ello sabemos que el carcinoma temprano de cervix (etapa Ia puede ser tratado con fuentes radiactivas intracavitarias o - bien como ya lo hemos mencionado antes con histerectomía radical; se dice que si la profundidad de penetración es de menos de 3 mm, la incidencia de metástasis a ganglios linfáticos, de menos del 1%; por lo que no se requiere de disección de -- ganglios linfáticos o radiacion externa a la pelvis. Si la le sion es mayor, se prefiere la histerectomía radical de Werthe im con linfadenectomía pélvica, de cualquier forma el control del tumor se acerca al 100%. (30, 42, 43,44,45)

Por lo que respecta a la Etapa Ib existe aún mucha con - troversia entre elegir Radiación definitiva o cirugía radical argumentandose que la preferencia de un procedimiento u otro, depende de la Institución, el ginecólogo, el radioterapeuta, - el estado de la paciente y las características de la lesión. Existen múltiples estudios que apoyan los méritos de cada mo- dalidad .Sin embargo, cuando se decide por la cirugía es reco mendable la radiación terapéutica complementaria posterior en presencia de ganglios pélvicos.(43,44,45,47,48,50)

El hecho de complementar la histerectomía con linfadenec tomíadependerá en gran parte de la etapa en la que se encuen- tre la enfermedad, sin embargo, ello aumenta la morbilidad de las pacientes y disminuye en gran medida la sobrevida.(50,51)

Piver y cols, llevaron a cabo un trabajo incluyendo 103- pacientes clasificados como Ib, tratadas con histerectomía ra- dical y linfadenectomía pélvica bilateral ó Radioterapia ex- -terna a la pelvis y braquiterapia intracavitaria; limitando - el tratamiento a lesiones de 3 mms o menores en su diametro - mayor. Se estimaron 5 años y se encontró que para pacientes - tratados exclusivamente con cirugía se reportó un 92.3% libre

de enfermedad; así como un 91.1% para los manejados con Radioterapia. Concluyéndose en este trabajo que sea un procedimiento u otro son ambos métodos eficaces para el control de esta etapa del cáncer cervical. (45)

Un estudio publicado por Sardi y cols., menciona el hecho de agregar quimioterapia adyuvante, sometiendo a 28 pacientes a un esquema modificado con VBP y reportándose una respuesta muy favorable en más del 95% de los casos. Concluyendo que la quimioterapia neoadyuvante es excelente. (47)

Así podemos seguir enumerando un sinfín de trabajos que nos confirman que los resultados al tratamiento con cirugía en la etapa temprana del cáncer cervical tienen un porcentaje de curación excelente, y una supervivencia similar, encontrándose con un porcentaje mínimo de casos en los que el tratamiento llega a fallar, pero que muchas veces remite con manejo complementario.

JUSTIFICACION .

Se tiene el conocimiento de que en otros países, como a nivel nacional, existen múltiples trabajos acerca del tratamiento quirúrgico de las etapas tempranas del cáncer cervicouterino, la evaluación de los mismos y su comparación con los resultados reportados por la literatura mundial, sin embargo, en el Hospital de Especialidades de Puebla, no contamos con estudios que nos hablen de este hecho.

Siendo éste el principal motivo, consideramos necesaria la revisión de los casos que ha habido desde 5 años atrás a la fecha.

Esperamos que este trabajo sienta las bases para que en el futuro se lleve un mejor control de las casuísticas tanto de esta patología como de todas las que se manejan en la mencionada Unidad hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS .

El presente trabajo se llevó a cabo en el Servicio de Oncología quirúrgica del Hospital de Especialidades del C.M.N. de Puebla, de enero de 1987 a Diciembre de 1991. Se revisaron todos los casos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico indicado por cáncer cervicouterino Etapa Ib.

Los datos fueron obtenidos del Archivo del Servicio de Oncología quirúrgica, del Archivo general del Hospital, así como del Servicio de Anatomía Patológica.

Obtenidos los datos, se procedió a su selección, y el material útil, se sometió a análisis cualitativo y cuantitativo; presentando más adelante tablas y gráficas representativas de la información encontrada.

C U A D R O S

Y

G R A F I C A S

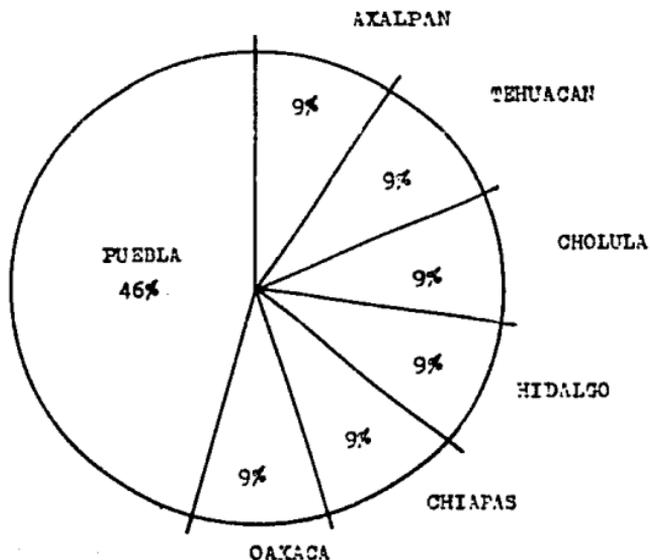
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON Ca. DE CERVIX UTERINO ETAPA I
SEGUN SU ORIGEN; PUEBLA, PUE., 1991.

LUGAR DE ORIGEN	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PUEBLA	5	46
AXALPAN	1	9
TEHUACAN	1	9
CHOLULA	1	9
HIDALGO	1	9
CHIAPAS	1	9
OAXACA	1	9
TOTAL	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 1

NO. TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN LUGAR DE ORIGEN; PUEBLA, PUE. 1991.



Misma fuente del cuadro anterior

CUADRO 2

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN SU OCUPACION; PUEBLA, PUE., 1991.

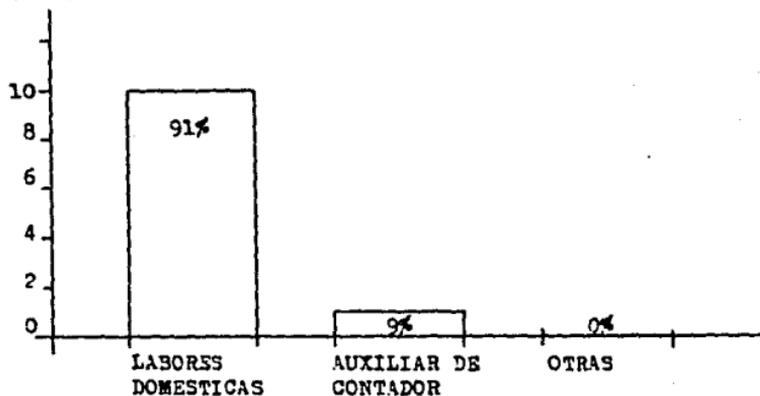
OCUPACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
LABORES DOMESTICAS	10	91
AUXILIAR DE CONTADOR	1	9
O T R A S	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

gráfica 2

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
SEGUN SU OCUPACION; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

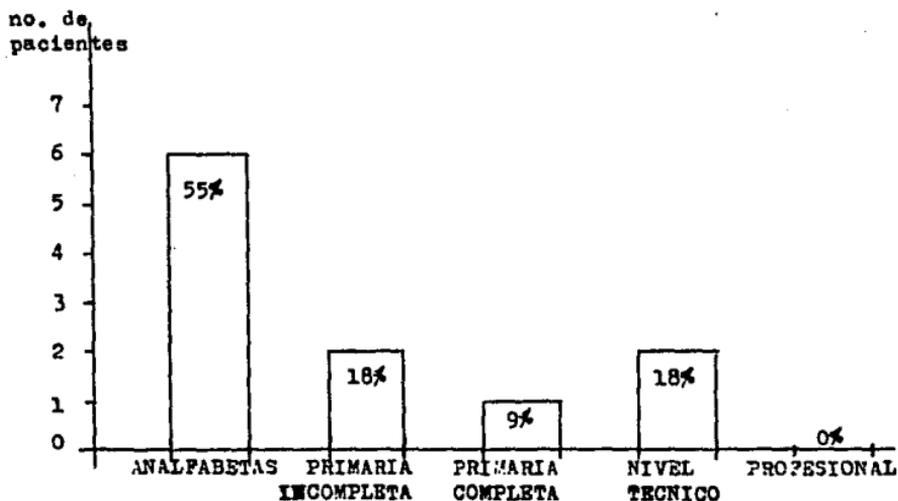
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN ESCOLARIDAD; PUEBLA,PUE.,1991.

ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ANALFABETAS	6	55
PRIMARIA INCOMPLETA	2	18
PRIMARIA COMPLETA	1	9
NIVEL TECNICO	2	18
PROFESIONAL	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 3

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN ESCOLARIDAD; PUEBLA,PUE., 1991.



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

CUADRO 4

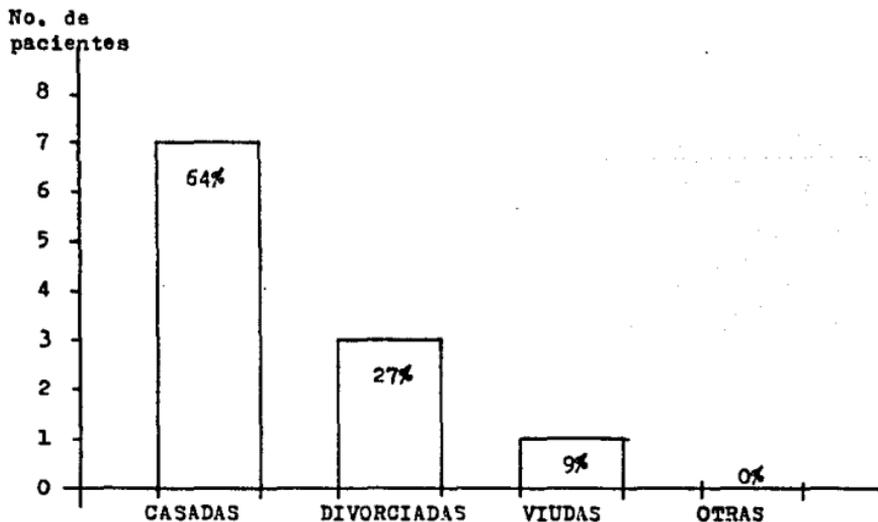
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN SU ESTADO CIVIL; PUEBLA, PUE.,1991.

ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
CASADAS	7	64
DIVORCIADAS	3	27
VIUDAS	1	9
OTRAS	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAPICA 4

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I, SEGUN SU ESTADO CIVIL; PUEBLA, PUE.,1991.



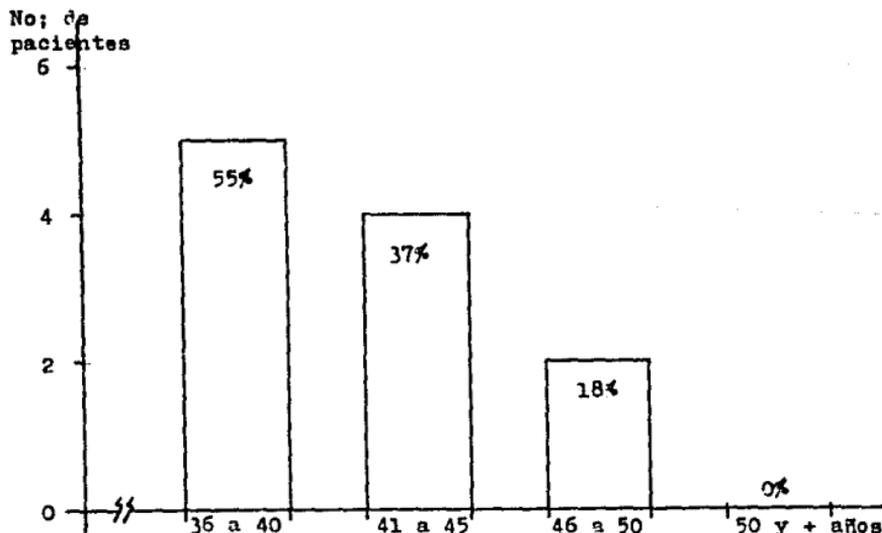
Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I, SEGUN EDAD; PUEBLA,PUE., 1991.

GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 35 años	0	0
36 a 40 años	5	55
41 a 45 años	4	37
46 a 50 años	2	18
50 y más años	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades,Puebla.
 GRAFICA 5

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I, SEGUN EDAD; PUEBLA,PUE., 1991.



Archivo clínico del Hospital de Especialidades,Puebla.

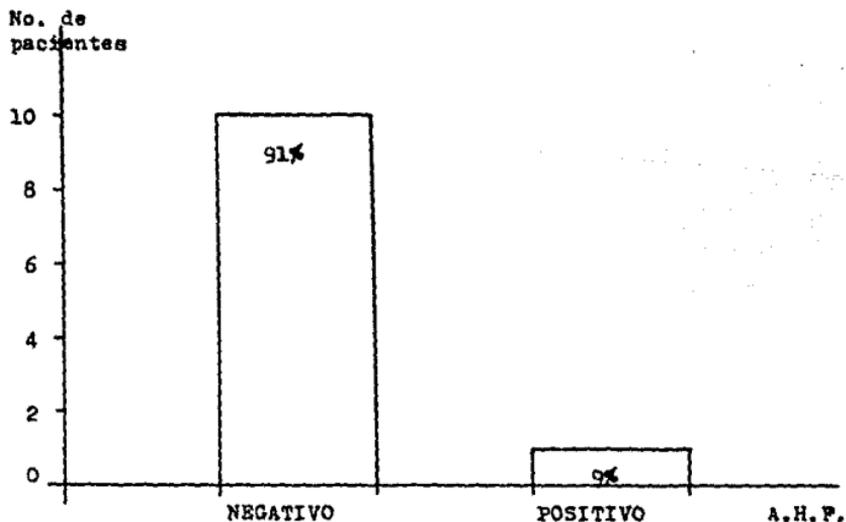
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES; PUEBLA-PUE., 1991.

ANTECEDENTE H.F.	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
POSITIVO	1	9
NEGATIVO	10	91
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 6

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES; PUEBLA - PUE., 1991.



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

CUADRO 7

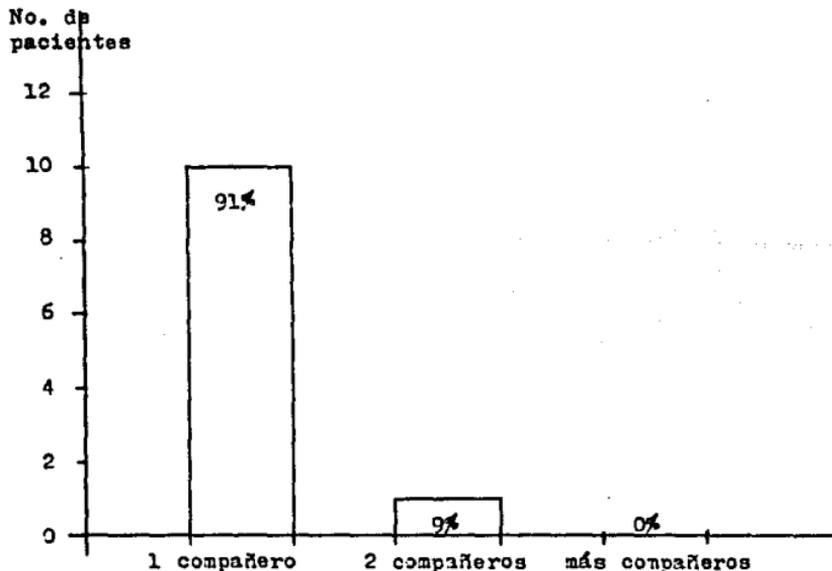
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I, SEGUN NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES, PUEBLA, '91.

No. de COMPAÑEROS SEXUALES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
UN COMPAÑERO	10	91
DOS COMPAÑEROS	1	9
MAS COMPAÑEROS	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

gráfica 7

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I, SEGUN NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES, PUEBLA, 1991.



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

CUADRO 8

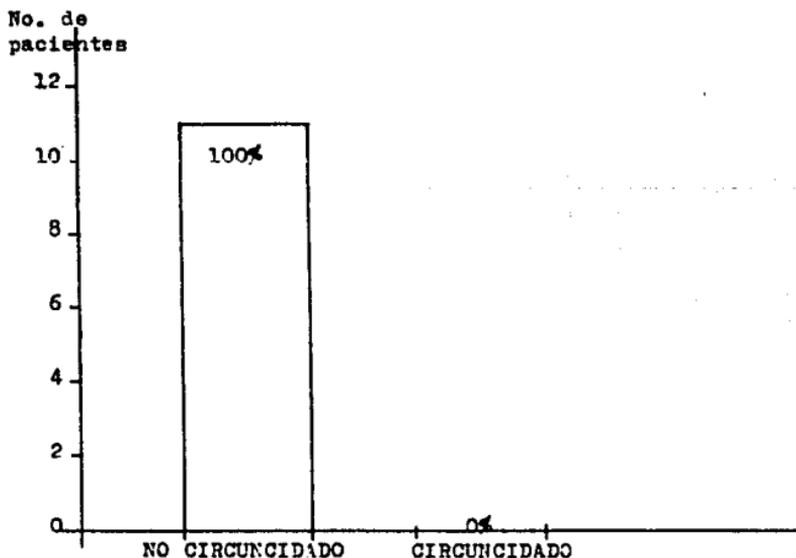
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; EN RELACION A COMPAÑERO SEXUAL CIRCUNCIDADO O NO PUEBLA, PUE., 1991.

COMPAÑERO SEXUAL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
NO- CIRCUNCIDADO	11	100
CIRCUNCIDADO	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 8

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; EN RELACION A COMPAÑERO SEXUAL CIRCUNCIDADO O NO; PUEBLA, PUE., 1991.



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

CUADRO 9

NUMERO DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
SEGUN EDAD DE PRESENTACION DE MENARCA; PUEBLA; PUE, 1991.

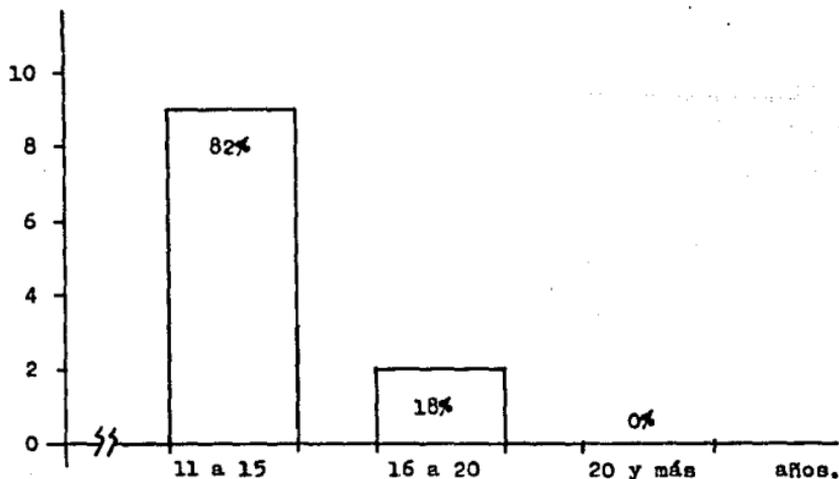
GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	FORCENTAJE (%)
0 a 10 años	0	0
11 a 15 años	9	82
16 a 20 años	2	18
20 y más años	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 9

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN
ETAPA I; SEGUN EDAD DE PRESENTACION DE MENARCA; PUEBLA,
PUE., 1991.

No. de
pacientes



Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

CUADRO 10

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN No. DE GESTAS; PUEBLA, PUE., 1991 .

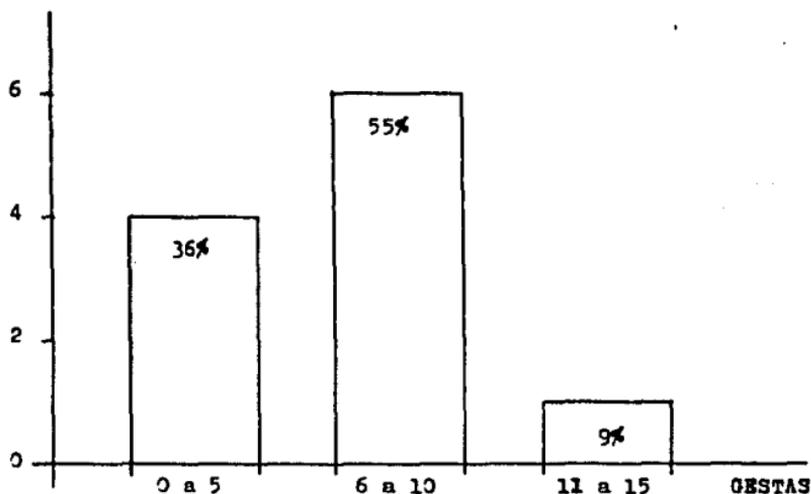
No. DE GESTAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 5	4	36
6 a 10	6	55
11 a 15	1	9
15 y más	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades ,Puebla.

GRAFICA 10

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN No. DE GESTAS; PUEBLA, PUE., 1991

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 11

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN EDAD DE 1er. EMBARAZO; PUEBLA, PUE., 1991..

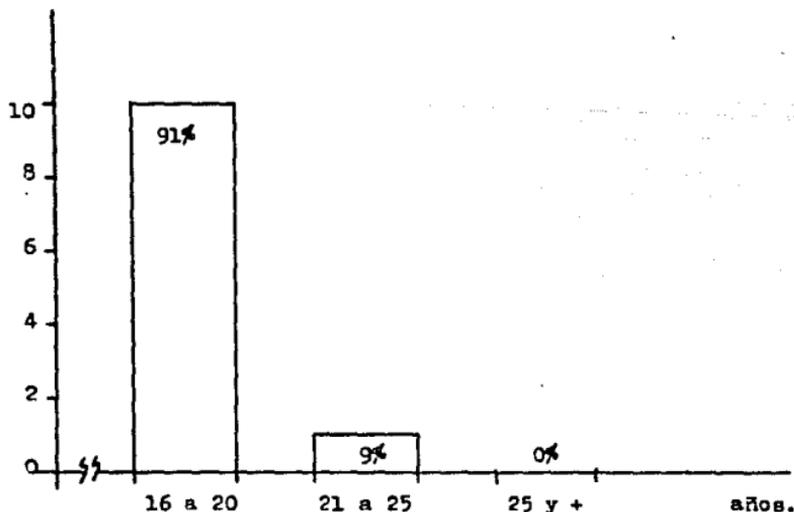
GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 15 años	0	0
16 a 20 años	10	91
21 a 25 años	1	9
25 y más años	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 11

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I ; SEGUN EDAD DE 1er. EMBARAZO; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN EDAD DE I.V.S.A.; PUEBLA, PUE., 1991 .

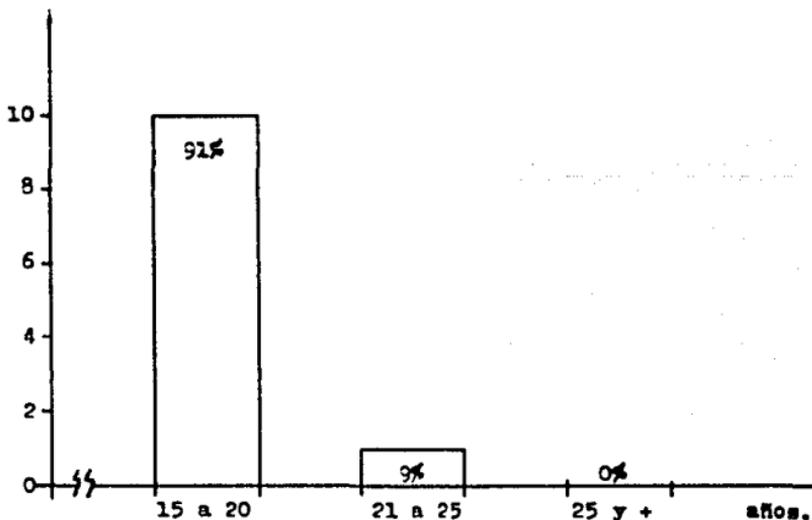
GRUPO DE EDAD	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 14 años	0	0
15 a 20	10	91
21 a 25	1	9
25 y más años	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 12

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I ; SEGUNA EDAD DE I.V.S.A.; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro anterior.

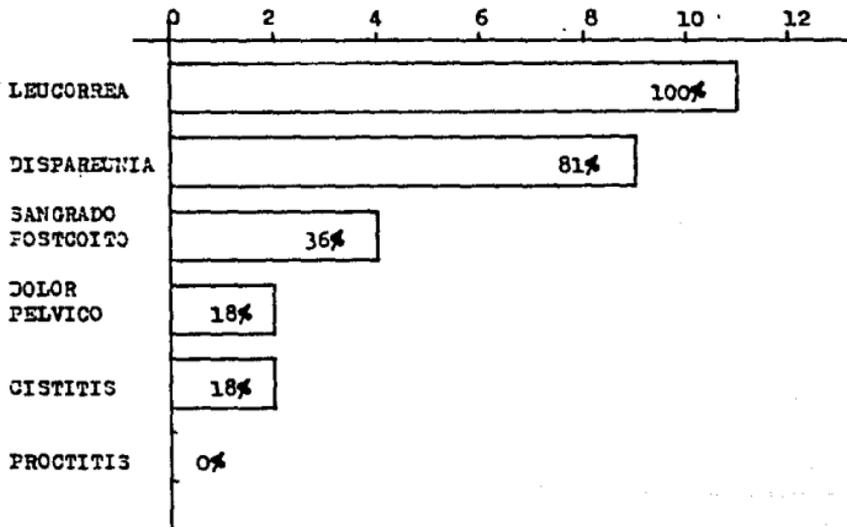
**NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN SINTOMAS LOCALES REFERIDOS AL INGRESO; PUEBLA,PUB, 1991**

SINTOMAS REFERIDOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
LEUCORREA	11	100
DISPAREUNIA	9	81
SANGRADO POSTCOITO	4	36
DOLOR PELVICO	2	18
CISTITIS	2	18
PROCTITIS	0	0

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 13

**TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
SEGUN SINTOMAS LOCALES REFERIDOS AL INGRESO; PUEBLA, 1991.**



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 14

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I, SEGUN HISTEROMETRIA; PUEBLA, PUE., 1991.

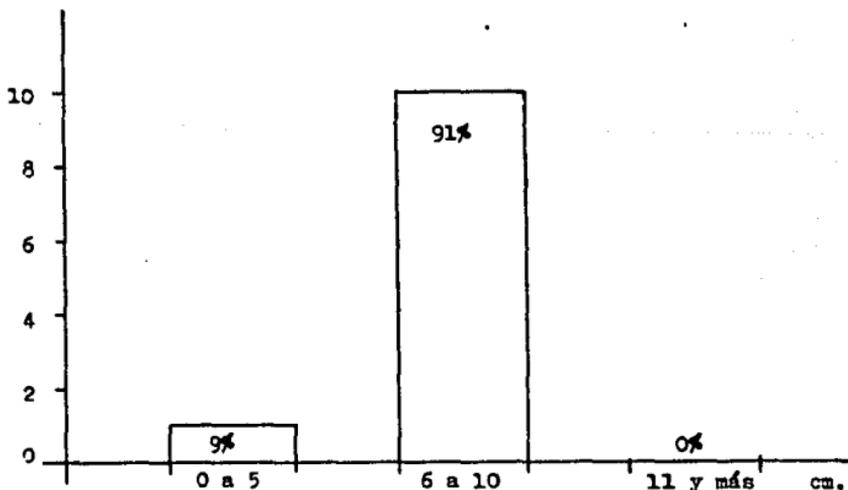
HISTEROMETRIA (cm)	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 5	1	9
6 a 10	10	91
11 y más	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 14

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN HISTEROMETRIA; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 15

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I; SEGUN LOCALIZACION TUMORAL; PUEBLA, PUE., 1991.

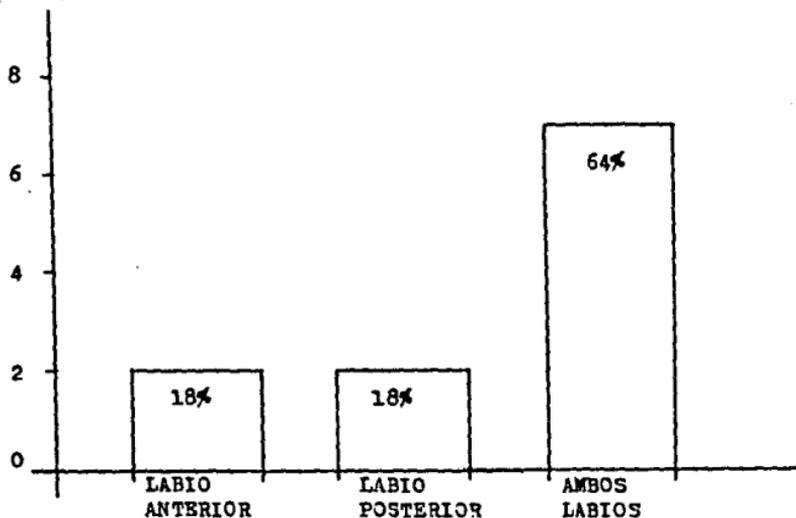
LOCALIZACION	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
LABIO ANTERIOR DEL CERVIX	2	18
LABIO POSTERIOR DEL CERVIX	2	18
AMBOS LABIOS	7	64
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 15

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I SEGUN LOCALIZACION TUMORAL; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 16

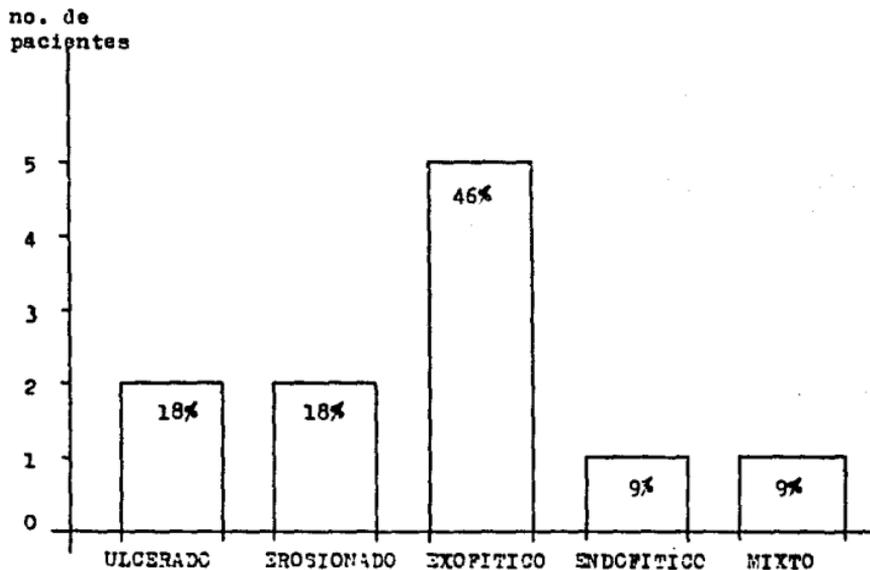
NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN TIPO MACROSCOPICO TUMOTAL; PUEBLA, PUE., 1991 .

TIPO MACROSCOPICO	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ULCERADO	2	18
EROSIONADO	2	18
EXOFITICO	5	46
ENDOFITICO	1	9
MIXTO	1	9
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades ,Puebla.

GRAFICA 16

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I -
SEGUN TIPO MACROSCOPICO TUMORAL; PUEBLA, PUE., 1991.



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 17

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN DIFERENCIACION HISTOLOGICA; PUEBLA, 1991.

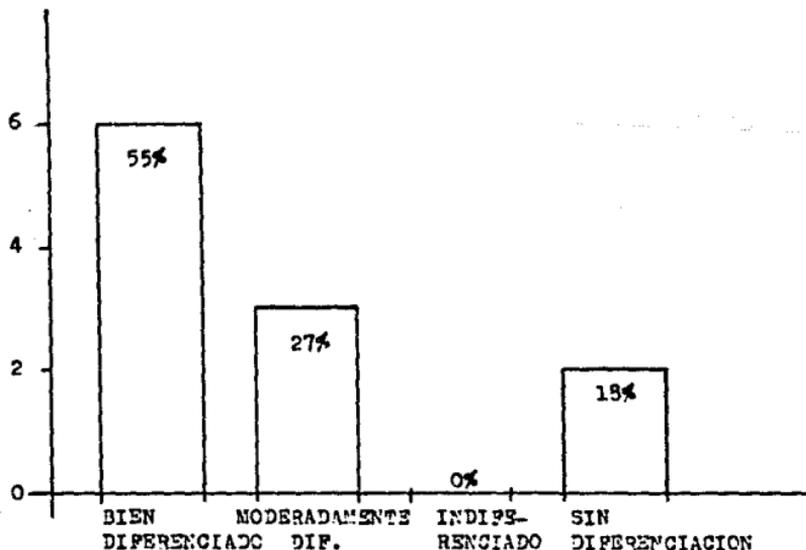
DIFERENCIACION	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
BIEN DIFERENCIADO	6	55
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	3	27
INDIFERENCIADO	0	0
SIN DIFERENCIACION	2	18
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I -
SEGUN GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA, PUE., 1991.

No. de
pacientes

GRAFICA 17



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 18

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN SUBCLASIFICACION; PUEBLA, PUE., 1991.

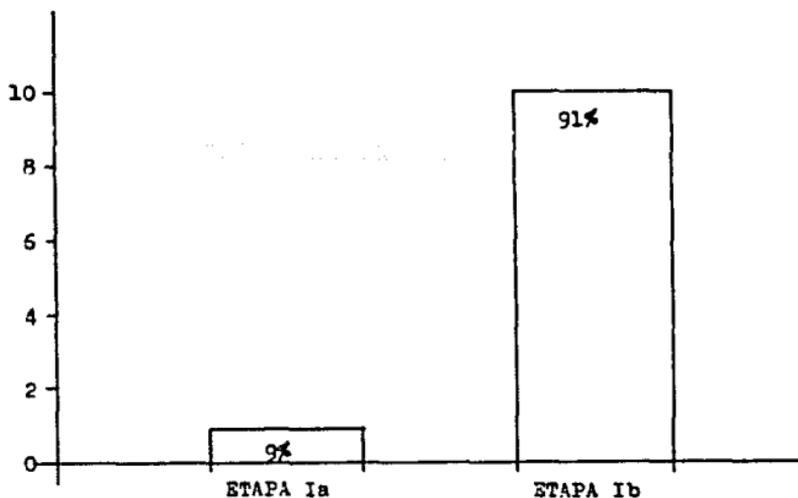
ETAPA CLINICA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ETAPA I a	1	9
ETAPA I b	10	91
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 18

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I -
SEGUN SUBCLASIFICACION; PUEBLA, PUE., 1991.

No. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN No. de GANGLIOS LINFATICOS RESECADOS; PUEBLA,
PUE., 1991.

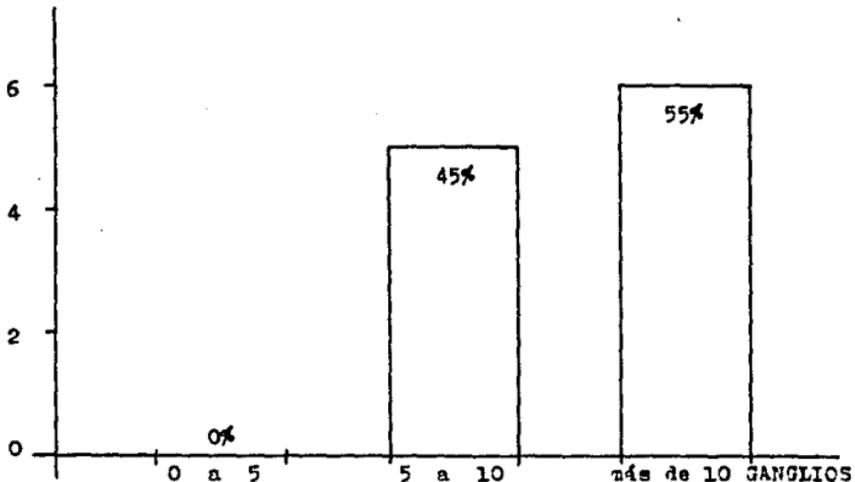
No. DE GANGLIOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 5	0	0
5 a 10	5	45
más de 10	6	55
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 19

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I; SEGUN
NUMERO DE GANGLIOS LINFATICOS RESECADOS; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN CIFRAS DE HEMOGLOBINA; PUEBLA, PUE., 1991.

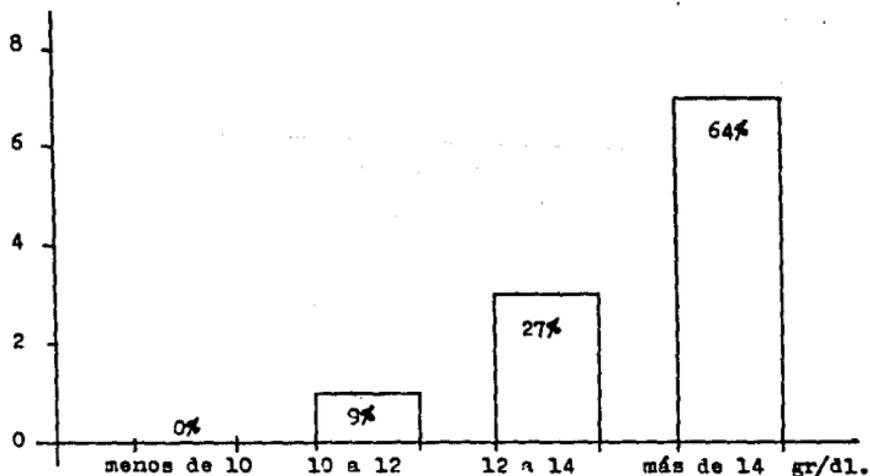
CIFRA DE Hb (gr/dl)	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
menos de 10	0	0
10 a 12 gr.	1	9
12 a 14 gr.	3	27
14 y más gr.	7	64
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 20

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I -
SEGUN CIFRA DE HEMOGLOBINA; PUEBLA, PUE., 1991.

No. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 21
 NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I;
 SEGUN CIFRAS DE LEUCOCITOS EN SANGRE, PUEBLA; PUE, 1991.

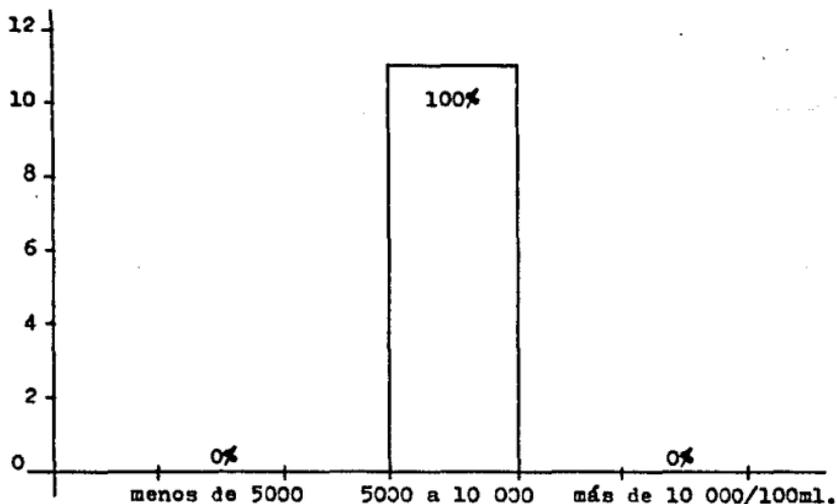
No. DE LEUCOCITOS EN SANGRE/ 100ml.	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
menos de 5 000	0	0
5 000 a 10 000	11	100
más de 10 000	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 21

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
 SEGUN CIFRAS DE LEUCOCITOS EN SANGRE; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
 pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.-.

CUADRO 22

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN CIFRAS DE ELEMENTOS AZOADOS; PUEBLA, PUE., 1991.

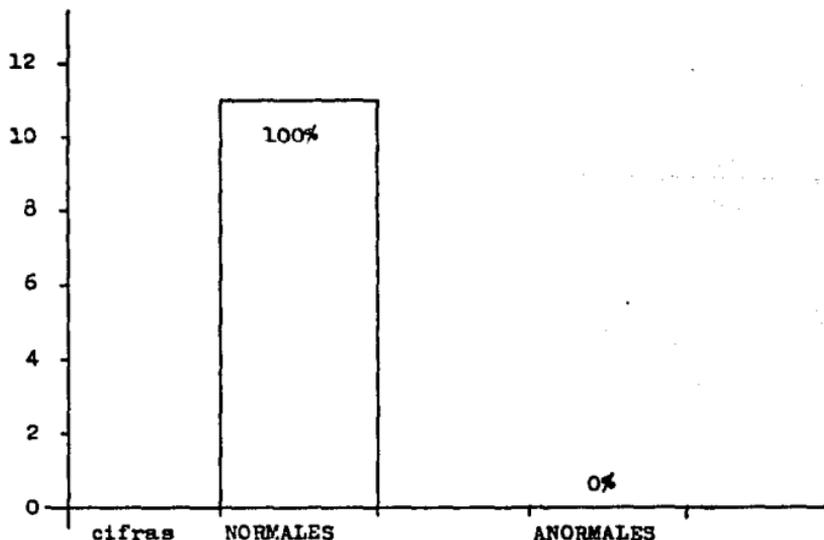
CIFRA DE ELEMENTOS AZOADOS	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
CIFRAS NORMALES	11	100
CIFRAS ANORMALES	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 22

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I -
SEGUN CIFRAS DE ELEMENTOS AZOADOS; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 23

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
POR REPORTE HISTOPATOLOGICO ;PUEBLA, PUE., 1991.

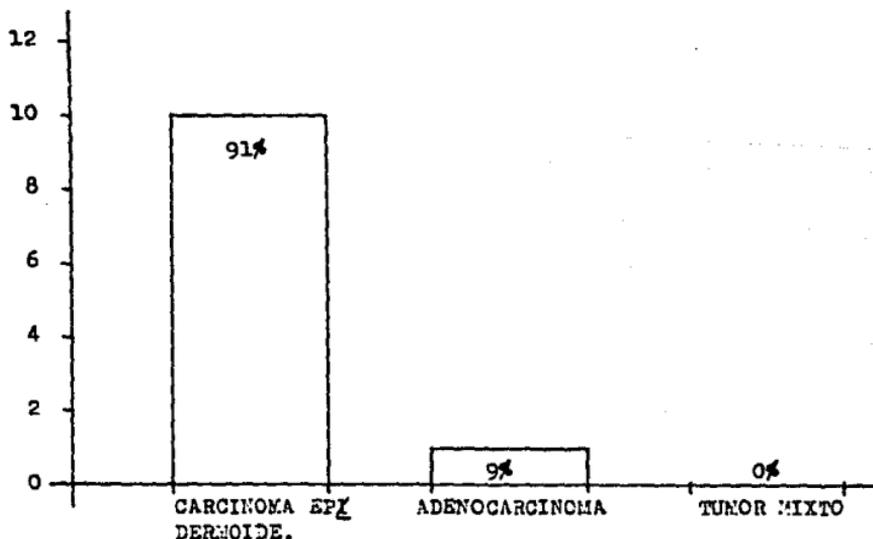
REPORTE HISTOPATOLOGICO	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
GARCINOMA EPIDERMIOIDE	10	91%
ADENOCARCINOMA	1	9
TUMOR MIXTO	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 23

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
POR REPORTE HISTOPATOLOGICO; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes.



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 24
 NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
 SEGUN CLASE CITOLOGICA A SU INGRESO; PUEBLA, PUE., 1991.

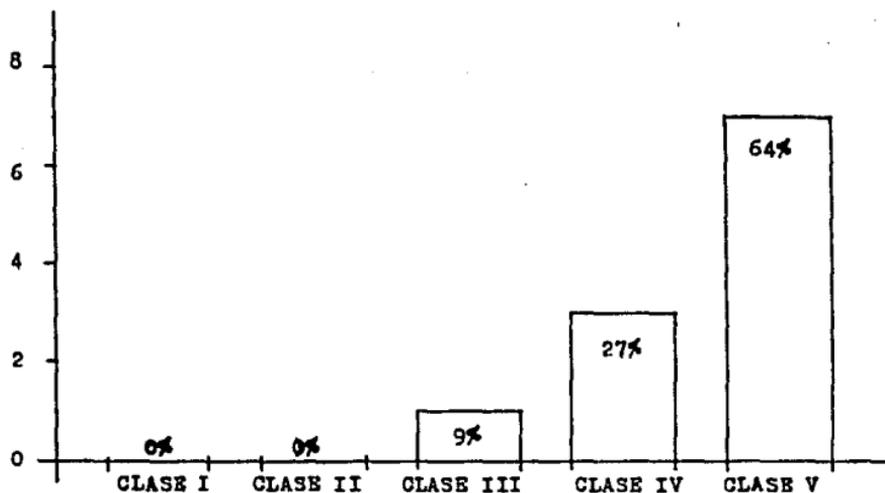
CLASE CITOLOGICA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
CLASE I	0	0
CLASE II	0	0
CLASE III	1	9
CLASE IV	3	27
CLASE V	7	64
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 24

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I -
 SEGUN CLASE CITOLOGICA A SU INGRESO; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
 pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA; PUEBLA, PUE., 1991.

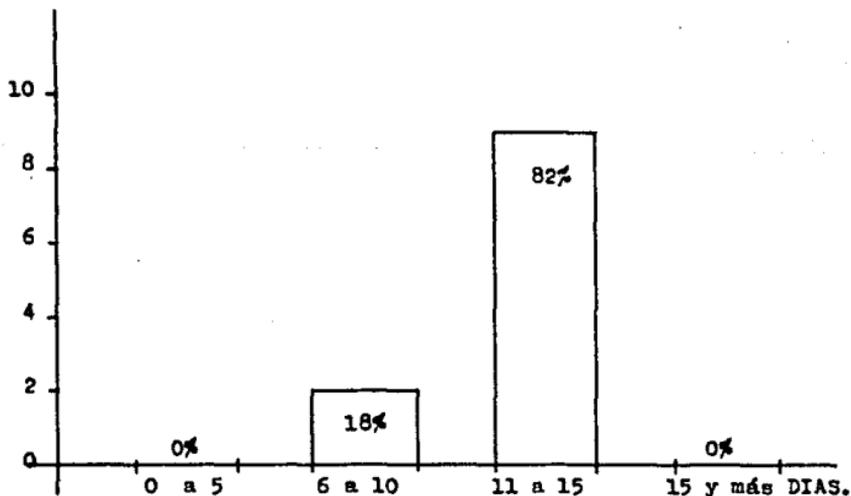
No. DE DIAS EIH.	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 5	0	0
6 a 10	2	18
11 a 15	9	82
más de 15 días	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 25

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
SEGUN DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA; PUEBLA, PUE., 1991.-

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

CUADRO 26

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN ESTADO ACTUAL Y ACTIVIDAD TUMORAL; PUEBLA, PUE., 1991.

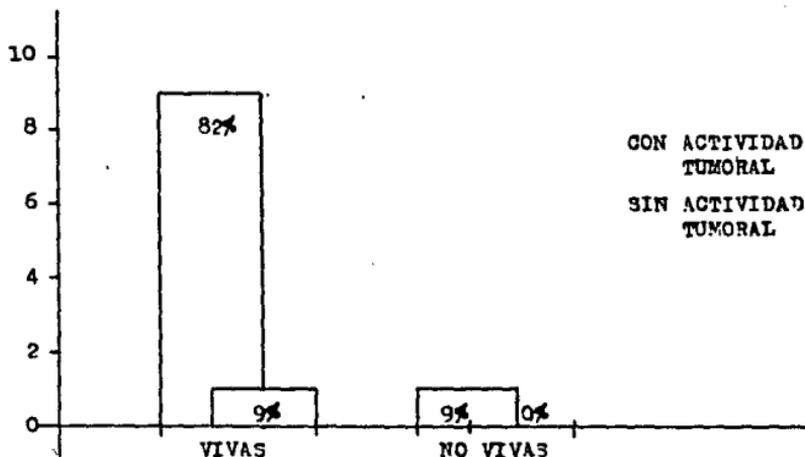
ESTADO ACTUAL / ACTIVIDAD TUMORAL		NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
VIVAS	SIN A.T.	9	82
	CON A.T.	1	9
NO VIVAS	CON A.T.	1	9
	SIN A.T.	0	0
T O T A L		11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

GRAFICA 26

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
SEGUN ESTADO ACTUAL Y ACTIVIDAD TUMORAL; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
POR MESES DE SOBREVIDA ; PUEBLA, PUE., 1991 .

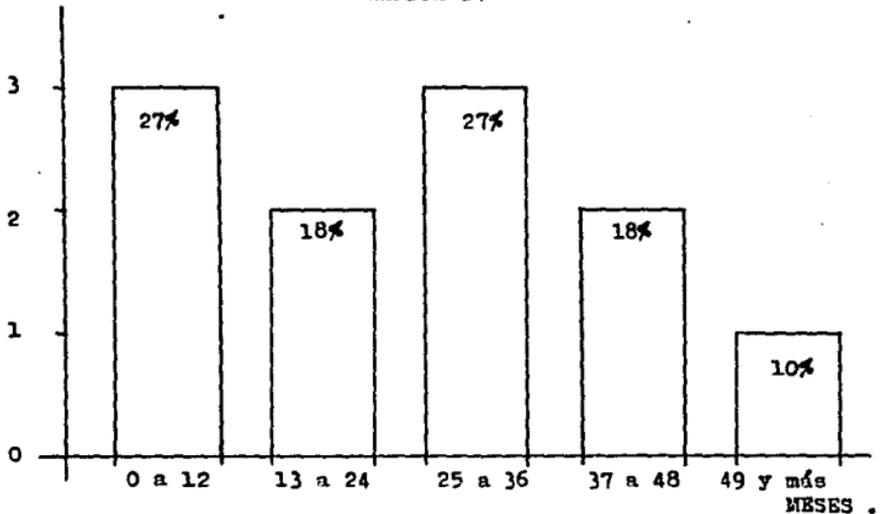
MESES DE SOBREVIDA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0 a 12	3	27
13 a 24	2	18
25 a 36	3	27
37 a 48	2	18
49 y más meses	1	10
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades de Puebla.

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPA I
POR MESES DE SOBREVIDA; PUEBLA, PUE., 1991.

no. de
pacientes.

GRAFICA 27



Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN -
ETAPA I; SEGUN PRESENTACION DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS
PUEBLA, PUE., 1991.

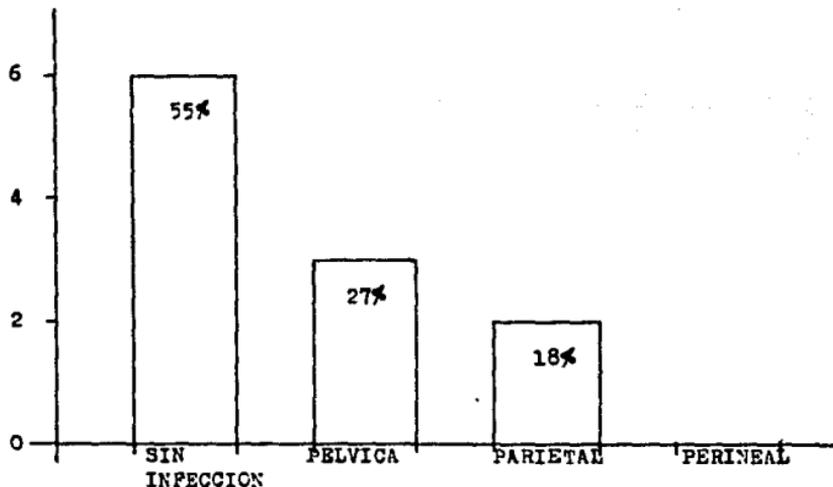
LOCALIZACION DE LA INFECCION	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SIN INFECCION	6	55
PELVICA	3	27
PARIETAL	2	18
PERINEAL	0	0
T O T A L	11	100

Archivo clínico del Hospital de Especialidades, Puebla.

GRAFICA 28

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO ETAPA I
SEGUN INFECCIONES POSTOPERATORIAS; PUEBLA , 1991.

no. de
pacientes



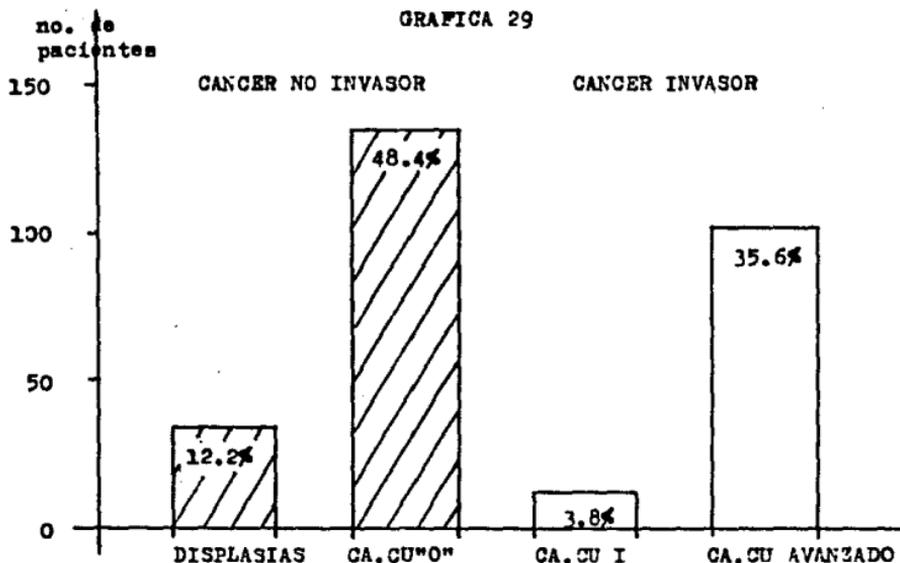
Misma fuente del cuadro correspondiente.

NUMERO TOTAL DE HISTERECTOMIAS REALIZADAS POR CANCER CERVI
COUTERINO EN TODAS SUS ETAPAS; PUEBLA, PUE., 1991 .

ETAPA CLINICA	No. HISTERECTOMIAS	PORCENTAJE (%)
POR DISPLASIAS	34	12.2
POR Ca. CU In situ	137	48.4
POR Ca. CU Etapa I	11	3.8
POR Ca. CU en ETAPAS AVANZADAS	101	35.6
T O T A L	283	100.0

Archivo del Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital de
Especialidades de Puebla.

TOTAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR CANCER CERVICO -
UTERINO TODAS ETAPAS; PUEBLA, PUE., 1991.



Misma fuente del cuadro correspondiente.

RESULTADOS .

Toda la información colectada se ordenó, se tabuló y representó gráficamente y de ello se obtuvieron los siguientes resultados:

Por lo que respecta al origen de las pacientes, se encontró que 8 de ellas son originarias del estado de Puebla, sin embargo, sólo 5 son originarias de la capital del estado y las tres restantes de lugares alejados, correspondiendo a un 46% de los casos son originarias del lugar en el que se efectuó el estudio, 27% de los casos del Estado de Puebla y el restante 27% de fuera del estado. (Cuadro No. 1)

Por lo que se refiere a la ocupación de nuestras pacientes la gran mayoría, es decir el 91% se dedican solamente a las labores del hogar y solamente un 9% trabajan fuera de su casa. (Cuadro y gráfica No. 2)

El grado de estudios de nuestras pacientes se situó de la siguiente forma: 5 pacientes que no saben leer ni escribir correspondiendo a un 55%, 4 con primaria incompleta es decir un 18%, una con primaria completa representando un 9% y solamente una paciente que tenía estudios de nivel técnico correspondiendo al 9% restante, no hubo pacientes profesionistas, lo cual nos da idea de que el grado de ignorancia es un factor importante para la presentación de la enfermedad (Cuadro y gráfico No. 3)

De acuerdo al estado civil 7 pacientes (64%) son casadas, 3 (27%) divorciadas y una (9%) viuda. (Cuadro y grafica no. 4).

El grupo de edad con mayor incidencia se observó entre los 35 y los 40 años, en nuestro trabajo 5 pacientes (55%). (Cuadro y gráfica No.5)

De las pacientes estudiadas, solamente una (9%) tuvo antecedentes heredofamiliares, una hermana con cáncer cervicouterino tratado. (Cuadro y gráfico No. 5).

La gran mayoría de la pacientes, 10 (91%) solo refirieron contar con un compañero sexual (Cuadro y grafica no. 7). Asimismo se observó una mayor frecuencia de compañeros sexuales, es decir, 11 (100%) no circuncidados. (Cuadro y gráfico-no. 8)

La edad de presentación de la menarca de nuestras pacientes fue entre los 10 y 15 años de edad, i.e. 9 (82%) pacientes (Cuadro y gráfica No. 9).

Por lo que respecta al número de gestaciones nuestras -- pacientes 6 (55%) con 5 a 10 gestas el resto con menos de 5 gestaciones, sin embargo, también se consideran multigestas. (cuadro y gráfico no. 10).

La edad a la que se embarazaron por primera vez, se encontró mayor frecuencia entre los 15 y 20 años, i.e. en 10 -- (91%) . lo cual nos recuerda que la vida sexual activa se inició muy temprano (cuadro y gráfica no. 11).

Para la VSA encontramos el mismo rango de edades que el apartado anterior. (Cuadro y gráficos No. 12)

Los principales síntomas referidos fueron leucorrea crónica con 11 (100%) pacientes; dispareunia con 9 (81%); sangrado postcoito con 4 (36%); dolor pélvico con 2 (18%); y -- cistitis con 2(18%). En la etapa abordada de esta enfermedad-- los síntomas son pocos, ya que es el estadio incipiente de la misma, sin embargo nosotros encontramos los tres primeros síntomas en un número representativo de pacientes. (cuadro y gráfico no. 13).

Dentro de la exploración de las pacientes y por lo que respecta a la histerometría de las pacientes una gran mayoría

i.e. 10 (91%), presentaron la histerometría entre los 5 y 10-cms; (cuadro y gráfico no. 14).

La principal localización del tumor en lo que respecta - al cérvix se encontró en ambos labios con 7 (64%) pacientes. Cuadro y gráfico no. 15).

El tipo macroscópico que sobresalió en nuestro estudio - fue el tipo exofítico con 5 (46%) pacientes. (cuadro y gráfico no. 16).

En lo que respecta al grado de diferenciación histológica encontramos que la mayor parte de nuestros casos presentaron tumores con histología bien diferenciada en 5 (55%) de -- ellos. (cuadro y gráfico no. 17).

Se encontraron 10 casos (91%) en etapa Ib y solamente -- un caso en Etapa Ia. (cuadro y gráfico no. 18).

De los ganglios resecaados y estudiados, en 6 pacientes (55%) se resecaron entre 6 y 10 ganglios linfáticos, siendo todos - negativos a malignidad (cuadro y gráfico no. 19).

De los estudios de laboratorio obtenidos de los paciente a su ingreso al estudio, se encontró que las cifras de hemo--globina estuvieron en un rango de más de 14 gr/dl en la mayo--ría i.e. en 7 pacientes (64%); lo cual nos habla de que esta ban con buen estado general y no hubo anemia en ningún caso. Cuadro y gráfico no. 20). Asimismo en todos los casos la cifra de leucocitos estuvo entre los 5 y 10 mil leucocitos; así como las cifras de elementos azudados que también estuvieron - normales en todos los casos. (Cuadros No. 21 y 22).

De los 11 casos , 10 (91%) reportaron como Carcinoma epi--dermoide y solamente uno adenocarcinoma. (Cuadro no. 23)

La clase V fue la principal clasificación encontrada en- 7 pacientes (64%).(Cuadro y gráfico no. 24.)

El número de días de estancia intrahospitalaria fluctuó-

en un rango de 11 a 15 días, en nuestro estudio fueron 9 pacientes (82%). (Cuadro y grafica 25)

Por lo que respecta al estado actual de nuestras pacientes sabemos que el 82%, es decir 9 están vivas y sin actividad tumoral; una viva que cursó con actividad tumoral, sin embargo se perdió contacto con ella al no seguirse presentando a sus consultas. Una paciente que falleció al parecer por actividad tumoral. (Cuadro y gráfica 26)

La sobre vida de las pacientes hasta la actualidad se sabe que 10 están vivas y que solamente una falleció por actividad tumoral recidivante. (Cuadro y gráfica 27)

Seis de nuestras pacientes cursaron con infecciones posoperatorias mismas que fueron tratadas ulterioresmente. (Cuadro y tablas graficas 28)

En lo que se refiere al tratamiento de las pacientes, durante los 5 años de estudio la situación quedó así: Se efectuaron 283 histerectomías en sus diferentes modalidades; sin embargo 34 fueron realizadas por displasias correspondiendo a un 12.2%, 137 (48.4%) fueron por Ca. in situ; 101 (35.5%) estuvieron indicadas por estadios avanzados con los procedimientos complementarios correspondientes y solamente 11 casos -- (3.8%) fueron por cancer cervical temprano (Etapa IB), lo cual se considera se debió a la gran selección de los pacientes durante su estudio clínico, hecho que justifica que solamente fueran 11 casos.

Consideramos que este trabajo sentará las bases para continuar con la casuística de nuestro Hospital.

CONCLUSIONES .

A nivel nacional, así como en nuestra comunidad y en particular en nuestro Hospital el Cáncer cervicouterino es la primera causa de ingreso al Servicio de Oncología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho".

Las etapas invasoras predominan en frecuencia reportando se un promedio de 150 casos por año, vírgenes a manejo; y los cuales pasan de primera instancia por manejo locorregional de Radioterapia, motivo por el cual no son captados para la presente casuística.

En el presente trabajo solamente se prestó atención a pacientes que estando en Etapa Ib y que por necesidad de su estado general requirieron manejo quirúrgico, constituyendo un 3.8% de los pacientes manejados en el Servicio de Oncología Quirúrgica en un período de 5 años.

Del total de Histerectomías por vía abdominal realizadas en esos 5 años, el 60.6% correspondió a lesiones curables, es decir, displasias y cáncer cervical en etapa "0" o in situ; Sin embargo si tomamos en cuenta la media anual en ese periodo de tiempo de 5 años sería de 750 casos, que comparados con los 171 casos reportados en nuestro estudio, correspondieron al 23%.

El cáncer cervicouterino en Etapa Ib, representa el habiéndose operado un total de 11 casos, debido ello a la gran selección de pacientes que se lleva a cabo en nuestra Unidad con el fin de llevar la morbilidad a su mínima expresión.

Como es sabido por lo reportado en la literatura mundial el cáncer cervicouterino es una patología observada más comúnmente en personas con nivel sociocultural deficiente lo cual

se corroboró en nuestro estudio.

La multiparidad, la promiscuidad sexual, la no circunscripción del compañero sexual, son factores predisponentes que se corroboraron en la presente casuística.

El rango de edades promedio para pacientes con esta patología lo encontramos acorde a lo reportado en la literatura mundial.

Otro factor como es la iniciación temprana de vida sexual activa, así como las infecciones cervicovaginales desencadenantes del cáncer cervicouterino se confirmaron en nuestro estudio.

El aspecto macroscópico y la estirpe histológica dominantes no tuvieron cambios con lo reportado en diferentes series publicadas.

Los síntomas y signos ausentes o poco manifiestos son propios debido a la etapa clínica que se abordó para este estudio; sin embargo, la leucorrea, la cervicovaginitis crónica así como, la dispareunia, estuvieron presentes en un rango significativo.

Las citologías cervicovaginales fueron fidedignas y guardaron correlación con el estudio histopatológico.

La morbimortalidad fue baja, lo cual nos muestra la correcta relación y adecuada técnica quirúrgica, así como los cuidados trasoperatorios y postoperatorios establecidos.

La sobrevida como punto final es la esperada para esta etapa clínica del cáncer cervicouterino.

BIBLIOGRAFIA .

1. HILL E.C.: Cáncer de la cervix; En Way L.V., Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, Editorial El Manual Moderno, 6a Ed., 1989, 997.
2. PEREZ C.A., KNAPP R.C., YOUNG R.C.: Tumores Ginecológicos en: De Vita V.T.Jr., Hellman S., Rosenberg S.A., Cáncer, - Principios y Practicas de Oncología; Editorial Salvat, 2a Ed., 1988.
3. NOVAK E.R., JONES G.S., JONES Jr.H.W.: Carcinoma del Cér - vix, En Novak E.R. Tratado de Ginecología; Editorial Intewamericana; 1977, 239.
4. AKERMAN L.V., DEL REGATO J.A. (Eds): Cáncer, Diagnosis, Treat ment and Prognosis; 1977, 717:819
5. HERBST A.L., ULFELDER H., HATCHER R.: Ginecología ; Carci - noma de cuello, En Schwartz S.I., Shires G.T., Spencer O.G Storer E.H.; Principios de Cirugía, 3a. Ed. Editora Mc -- Graw Hill, 1984: 1745.
6. SYRJANEN V., MANTYJARU R., SAARIKOSKI S. et al.: Factors associated with progreition of cervical human papillomavi - rus (HPV) infection into carcinoma in situ during long - prospective follow up-; Br. J. Obstet Gynaecol; 1988; nov 95(11) 1096.
7. BEAUDENON S., KREMSDORF D., CROISSANT O., JABLONSKA S. - WAIN-HOBSON S., ORTH G.A.: novel type of human papilloma virus associated with genital neoplasias. Nature, 1986; - 321: 246.
8. BOYCE J.G., LU T., NELSON J.H. et al.; Cervical carcinoma and oral contraception ; Gynecol Invest; 1972; 139-146.
9. DRILL V.A.: Oral contraceptives; Relation to mamary can - cer beign breast lesions and cervical cancer; Am Rev -- Pharmacol , 1975 ; 15:367-85.
10. BARRON B.A., RICHART R.M.: Statistical model of the natu - ral history of cervical carcinoma. II Estimates of the - transition time from displasia to carcinoma in situ, J.- Natl Cancer Inst , 1970; 45: 1025-30.
11. FASHINGARIAN M., DUNY J.E.: The duration of intraepithelia

and preclinical squamous cell carcinoma of the uterine - cervix, *Am J. Epidemiol* ,1970; 92: 221-2.

12. WOLSTAD P. : Carcinoma of the cervix, Stage 0; diagnosis and treatment; *Am J Obst Gynecol* , 1966; 96:1098-1111.
13. WAY S. : Microinvasive carcinoma of the cervix; *Acta -- Cytol (Baltimore)*,1964; 8 :14-15.
14. BOHN J.W., KRUPP P.J., LEE FYL et al; Lymph node metastases in microinvasive epidermoid cancer of the cervix. *Obstet Gynecol* ,1976; 48 :65-7.
15. KOSLTAD P. : Carcinoma of the cervix Stage IA, *Am J Obstet Gynecol*; 1969; 104: 1015-22.
16. RUCH R.M. , PITCOCK J.A., RUCH W.A. Jr. : Microinvasive - carcinoma of the cervix; *Am J Obstet Gynecol*,1976; 125:87
17. RETIKAS D.G.: Hodgkin's sarcoma of the cervix. Report a case; *Am J Obstet Gynecol*, 1960; 80: 1104-7.
18. KOSS E.S. : Papanicolaou test for cervical cancer detection a triumph and a tragedy; *J.A.M.A.*,1989; 261 :737.
19. DOUGLAS L.S.: A further comment on the contributions of Aurel Babes to cytology and pathology; *Acta Cytol*,1967; - 11: 217.
20. PAPANICOLAOU G.N., TRAUT H.P. : The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus; *Am J Obstet - Gynecol*, 1941; 42 : 193.
21. DAVIS J.H.: The irrigation smear: Accuracy in detection of cervical cancer. *Acta cytol* , 1972; 6 :459.
22. REAGAN J.W. , SCOTT R.E. , : The detection of cancer of the uterine cervix by cytological study; *Am J Obstet Gynecol* 1951; 62: 1347.
23. NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP; The 1988 Bethesda system for reporting cervical-vaginal cytological diagnosis *J.A.M.A.* , 1989; 262 :931.
24. RIOTTON G. CHRISTOPHERSON W.M.; *Lunt R Cytology of the - female genital tract; Geneva, Switzerland : W.H.O.*,1973.

25. WESPI H.J. : 50 years colposcopy: a retrospective and a look ahead; Ann Obstet Gynecol Med Perinatal;1988; 319.
26. STAPL A. :Cervicography in cervical cancer detection ; -- Postgraduate Obstet Gynecol ,1990, 10: 1.
27. FIGO CANCER COMMITTEE. :Staging and nomenclature. Gynecol Oncol, 1986; 25: 383.
28. MESTWERD G. : Probeexzision und Kolposkopie in der fruhdiagnose des portiokaszinomas; Zentralbl Gynakol,1947 ; 4 :326.
29. Averette H.E.,NELSON J.H., G.G. AB, HOSKINS W.J., BOYCE J.C.; Diagnosis and management of the microinvasive -- (stage IA) Carcinoma of the uterine cervix; Cancer;1976 38: 414.
30. MASUMI K.; ET AL, Microinvasive carcinoma of the uterine cervix; Cancer; 1980; 45: 928.
31. LEMAN M.H., BENSON W.L. et al; Microinvasive carcinoma - of the cervix; Obstet Gynecol; 1976; 48: 571.
32. TAKI I., SUGIMORI H., MATSUYAMA T., et al; Treatment of microinvasive carcinoma; Obstet Gynecol Surv; 1979,34:839
33. BOHM J.F., FRUFF P.J. et al: Lymph node metastases in microinvasive epidermoid cancer of the cervix; Obstet Gynecol; 1976; 48 65.
34. VAN NAGELL J.R. Jr. et al; The significance of vascular-invasion and lymphoplasmacytic infiltration in invasive cancer of the uterine cervix; Cancer; 1978; 41:228.
35. BARBER H.R.V.; SOMERS S.C., et al: Vascular invasion a prognostic factor in stage IB cancer of the cervix; Obstet Gynecol; 1978; 52: 343.
36. HAIMAN M.A., FRUCHTER R.G., et al : Superficially squamous cell carcinoma of the cervix, Obstet Gynecol: 1988, 72: 399.
37. VAN NAGELL J.H. Jr., POWELL D.E. Et al : Small cell carcinoma of the uterine cervix, Cancer; 1988; 62: 586.

38. AVERETTE H. ; Microinvasive carcinoma of the cervix: discussion.; Am J Obstet Gynecol; 1983; 145 : 989.
39. VAN NAGELL J.R., JREBUWELL M.B. et al; Microinvasive of the cervix; Am J Obstet Gynecol; 1983; 145: 981.
40. WEBB M.J.; SHEEHAN T.M.; Invasive carcinoma of the cervix in young woman; Aust NZ J. Obstet Gynecol; 1989, 29: 47.
41. ADCOCK L.L., JULIAN T.M. et al; Carcinoma of the uterine-cervix FIGO stage Ib ; Gynecol Oncol; 1982; 14:199.
42. NEWTON M. : Radical hysterectomy for stage I cervical - cancer; Am J Obstet Gynecol; 1975; 123 : 535.
43. MORROW C.R. : Panel Reports: Is pelvic radiation beneficial in the postoperative management of stage Ib squamous cell carcinoma of the cervix with pelvic node metastases treated by radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy?; Gynecol Oncol; 1980; 10: 105.
44. YU G.R.: Extent of treatment of early carcinoma of the uterine cervix- local treatment of 198 cases stage I patients; Chung Hua Chun Liu Tsa Chih; Jul 1988, 10 (4): 304.
45. PIVER M.S., MARCHETTI D.L., et al; Radical hysterectomy - and pelvic lymphadenectomy versus radiation therapy for -- small (less than or equal to 3 mm) Stage IB cervical carcinoma; Am J Clin Oncol ; Feb 1988; 11(1): 21.
46. SWANESARTMAN V., JAYALAKSHMI P.: Mitomicin C adjuvant - Chemotherapy after Wertheim's hysterectomy for stage Ib-cervical cancer; Cancer; 1989; 15:64.
47. sardi j., SANANES C., et al: Is subradical surgical treatment for carcinoma of cervix uteri stage Ib logical ? - Gynecol Oncol ; 1989; 32 (3) 350.
48. KENTER G.T., ANSIN A.C., et al: Carcinoma of the uterine cervix stage I and IIA results of surgical treatment: complications; recurrence and survival; Eur J Surg Oncol ; - 1989; 15(5):55.
49. KLEINE W., RAU K. et al : Prognosis of the adenocarcinoma of the cervix uteri: a comparative study; Gynecol Oncol 1989; 39(2) 145.

50. CARENZA L., VILLANI C. : Parametrial involvement and therapeutic programming in stage Ib cervical cancer; *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* ; Dic 1988; 2(4) 889.
51. BURGHARDT E., PICKEL H. et al : Objective results of the operative treatment of cervical cancer; *Baillieres Clin-Obstet Gynaecol*; 1988; 2 (4):987.
52. TENORIO G.F., Carcinoma invasor de cervix uterino; *Rev - de la Facultad de Medicina UNAM*, 1983; 35(3) 297.