



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

11217

76
2e3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA N.4
LUIS CASTELAZO AYALA

ESTABLECER LA CORRELACION QUE EXISTE ENTRE LA CITOLOGIA,
COLPOSCOPIA, BIOPSIA, CONO CERVICAL Y LA HISTERECTOMIA EN
EL DIAGNOSTICO DE CARCINOMA MICROINVASOR.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. LUIS ARTURO LIMON GODINA

ASESOR: DR. JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ
Servicio: Colposcopia.
MEXICO, D.F., 1993.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

THESIS

ILLEGIBLE

INDICE

Contenido	Página
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Definición.....	10
Epidemiología.....	11
Objetivo.....	14
Planteamiento del problema.....	15
Hipótesis.....	17
Material y métodos.....	18
Resultados.....	21
Discusión.....	26
Graficas y tablas.....	31
Bibliografía.....	46
Conclusión y/o resumen.....	50

INTRODUCCION:

El carcinoma microinvasor, se puede considerar como una lesión preclínica o insipiente del estroma, definición propuesta desde 1974 por la Sociedad de Ginecología Oncológica, la cual es aceptada actualmente, (11,14,15).

Ya se tenía conocimiento que desde 1947 Mestwerdt (1,11), propuso inicialmente lo que se consideraba como carcinoma microinvasor, conforme pasa el tiempo se realiza un esfuerzo por tratar de encontrar una definición que satisfaga o cumpla los requisitos que hoy en día son aceptados.

Los métodos actuales de detección han adquirido importancia ya que son sencillos y fácil de realizar, que se pueden hacer en población abierta y con factores de riesgo, por lo que se ha considerado la importancia de realizarlos para una evaluación adecuada.

El cono cervical se ha valorado y se le ha identificado como método diagnóstico el el carcinoma microinvasor, por lo que se han establecido sus indicaciones diagnósticas y terapéuticos precisas (4,9).

Los factores de riesgo más importantes que se han establecido en este tipo de pacientes son: la edad a la cual se inició la vida sexual activa y la paridad, lo cual es importante identificarlos (18).

Se ha establecido el seguimiento de las pacientes en las cuales se detecten citologías anormales y métodos complementario de diagnóstico pudiéndose indicar que el cono cervical es el más importante.

ANTECEDENTES:

Cuando los síntomas de la paciente o alguna prueba de detección como la citología indican la posibilidad de una neoplasia cervicouterina, el ginecólogo debe hacer el diagnóstico y recomendar el tratamiento adecuado. Mediante la utilización de detección citológica, se diagnostican cada vez más pacientes con cáncer cervicouterino invasor en etapas tempranas. En los últimos dos decenios ha habido interés considerable en la identificación de un grupo de pacientes con cáncer microinvasor temprano, que tiene un riesgo mínimo de diseminación extracervical, y pueden tratarse mediante intervención quirúrgica conservadora, sin recurrir a la histerectomía con linfadenectomía y/o radioterapia.

En 1928 George N. Papanicolaou hizo una observación incidental de que las células cancerosas provenían del cervix uterino, y podían ser observadas al realizar un exudado vaginal (10,13)

En los casos de neoplasia cervical incipiente, solo unas pocas pacientes, con citología anormal tienen una lesión macroscópica anormal en el cuello uterino, sin embargo si tal lesión es visible, se le debe realizar biopsia cervical. En la mayoría de las pacientes el examen del cuello uterino a simple

vista no muestra diferencias entre un cuello con lesión preinvasiva y el que tiene alteraciones benignas.

El concepto de carcinoma microinvasor de cervix fue introducido inicialmente por Mastwerdt en 1947 (1,11). Desde entonces han existido numerosas definiciones de esta entidad. En 1961 la FIGO definió el estadio Ia como la lesión de carcinoma preclínico, que no puede ser diagnosticado por examen clínico, y microscópicamente se presenta invasión temprana del estroma. Por lo que se ha considerado al carcinoma microinvasor como un estadio transitorio del cáncer invasivo en crecimiento.

El crecimiento temprano ha sido aceptado como una indicación de que la lesión es significativa (5,7,8,10).

En 1974 el comité de nomenclatura de la Sociedad de Ginecología Oncológica, propuso que el carcinoma microinvasor es una lesión que invade el estroma cervical a una profundidad de menos de 3 mm. por debajo de la base del epitelio, sin evidencia de lesión linfovascular (11, 14, 15).

Parte de la importancia en cuanto a límites y/o a la afectación de vasos linfáticos es que las posibilidades de

compromiso linfático en este tipo de lesiones es de 0.2% va que al estar afectados estos, el valor pronóstico es más reservado. Además de las medidas por cáncer en pacientes con afectación de vasos linfáticos es mayor en este tipo de pacientes (4,5,14).

El comité de Cáncer de la Sociedad Japonesa de Ginecología y Obstetricia en 1978 definió el estado Ia, como el carcinoma epidermoide de menos de 3 mm. de profundidad de la membrana basal (12,17). El estado Ia lo divide en 2 grupos: Ia1 con mínima evidencia estromal y microscópica de invasión y la Ia2 las lesiones detectadas microscópicamente y que pueden ser medidas. El límite deberá de mostrar una profundidad de menos de 5 mm. de la línea de base del epitelio (2,3,16,19).

En 1925 la FIGO clasificó al cáncer cervicouterino en etapas clínicas el cuál hasta la actualidad sigue vigente (19).

Es importante observar que puede hacerse el diagnóstico de carcinoma microinvasor sólo después de una conización cervical y cortes adecuados de la misma tomándose como base un mínimo de 12 cortes, además se puede utilizar como diagnóstico al realizar la eliminación del útero.

Algunos Médicos tienen cuidado en definir el orden de manejo de los pacientes, inicialmente se realiza un estudio citológico seguido de colposcopia a fin de visualizar la zona de transformación. El estudio colposcópico ha demostrado tener poca especificidad debido a la pobre interpretación de las tonas blanquecinas producidas por el ácido acético en la región de transformación, que produce datos falsos positivos. La especificidad es superior al 30% en los estudios colposcópicos (9). Hay que agregar que mientras la citología es un método de selección de laboratorio, la colposcopia es un método clínico; cada método encara un aspecto distinto de la neoplasia.

La citología evalúa los cambios morfológicos de las células exfoliadas, mientras que la colposcopia evalúa en particular, los cambios en la red vascular terminal del cuello uterino, que reflejan los cambios bioquímicos y metabólicos en el tejido.

La colposcopia se basa así mismo en la evaluación estereoscópica de la zona de transformación. La zona de transformación es la porción del cuello uterino que originalmente estaba cubierta por epitelio columnar y que mediante un proceso gradual de metaplasia pavimentosa, se ha transformado en epitelio pavimentoso. La zona de transformación se extiende entre la unión

avascular columnar original y el epitelio anocervical.

La coloscopia no debe realizarse para establecer un diagnóstico definitivo, sino para establecer las zonas más sospechosas del cuello cervical, de manera que puedan estudiarse con más detenimiento. Cuando los rasgos patológicos incluyen cualquier posibilidad de carcinoma microinvasor siempre se debe realizar una conización (4).

El estudio complementario de toda paciente y uno de los criterios para realizar un cono diagnóstico es realizar un legrado endocervical, bajo visualización directa colposcópica, evitando la contaminación de la zona de transformación (4,6,17).

El legrado endocervical es extremadamente controvertido, no se ha utilizado en gran escala en los colposcopistas fuera de los Estados Unidos de Norteamérica. Cuando es visible la unión escamosa cilíndrica y la lesión no se extiende hasta el conducto endocervical, no hay necesidad de realizar un legrado. No obstante este legrado endocervical sirve para excluir cáncer invasor y proveer mayores datos de que la lesión no se extiende hasta el conducto, en cuyo caso es menos posible el éxito con el tratamiento paliativo (4).

Las indicaciones del cono cervical son principalmente (4.9):

- a).- Cuando hay una lesión extensa, en la cual no puede observarse los límites de esta.
- b).- Cuando hay una lesión extensa, pero no puede observarse la unión pavimento-columnar.
- c).- Cuando es positivo el legado endocervical.
- d).- Cuando hay lesión importante y falta de correlación entre la citología, colposcopia y la biopsia dirigida.
- e).- Cuando se diagnostica carcinoma microinvasor o se sospecha por citología, colposcopia o biopsia dirigida.
- f).- Cuando la experiencia del colposcopista es inadecuada para descartar una lesión invasora.

Indicaciones terapéuticas:

a). - En caso de NIC III donde hay una gran lesión.

b). - Extirpación completa de la lesión.

c). - Bordos libres a 5 mm. de la lesión.

CARCINOMA MICROINVASOR

DEFINICION:

Propuesta para la sociedad de Ginecología Oncológica en 1974:

En una lesión que invade el estroma cervicouterino hasta una profundidad de 3.0 mm. o menos, bajo la base del epitelio y en que no hay datos de invasión del espacio vascular linfático

EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER CERVICAL

El carcinoma cervicouterino es el tumor maligno más frecuente en la República Mexicana, además de ser la principal causa de muerte en mujeres a partir de los 45 años de edad, ya que ocurre en un 86.2% de todas las neoplasias ginecológicas. Por lo tanto no se deben escatimar esfuerzos a fin de determinar su presencia dentro de la población con riesgo de presentar, ya que su morbilidad es alta y su mortalidad importante representando un alto costo si no se detecta a tiempo.

Aunque se desconocen las causas de carcinoma cervicouterino, no obstante, pruebas actuales sugieren que se trata de un proceso multifactorial lo cuál se le ha vinculado con múltiples factores epidemiológicos clínicos entre los que cabe mencionar:

- a).- Inicio de vida sexual temprana ya que se ha informado de pacientes que iniciaron el coito entre 15 y 17 años. La incidencia de cáncer cervical fue el doble que en el grupo testigo y fue menor cuando el coito se inició a los 21 años, y prácticamente nula cuando se inicia después de los 37 años.

- b).- Múltiples compañeros sexuales, ya que por lo tanto la paciente se encuentra expuesta a infecciones frecuentes y de diversa etiología que hace más factible la presencia de alteraciones en el epitelio de transición, que en un momento dado el epitelio de recambio puede sufrir una alteración que lo lleve a un carcinoma.
- c).- Multiparidad, esto se relaciona más que nada con el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, secundaria a traumatismos de trabajo de parto.
- d).- Compañeros sexuales que han tenido múltiples compañeras y por lo tanto más predispuestas a procesos infecciosos múltiples.
- e).- Antecedentes de enfermedades venéreas.
- f).- Hábito de fumar cigarrillo.
- g).- Grupo socioeconómico bajo.
- h).- Ocupación.

i). - Educación, la cual está en relación a la necesidad de entender, que la mujer debe de estar sujeta a programas de detección de cáncer cervicouterino desde el inicio de su vida sexual activa.

j). - Raza se ha correlacionado que el cáncer cervical es mayor en poblaciones negras, pobres y no educadas.

k). - Infecciones virales sobre todo las del virus del Papiloma Humano, más relacionado con los subtipos 16, 18, 31 asociados más frecuente con el carcinoma microinvasor.

l). - Virus del Papiloma Humano subtipos 6, 11 aunque son menos mutágenos que los expuestos previamente, estos se han relacionado más con NIC.

m). - Infección por virus Herpes tipo 2 los cuales son parásitos intracelulares obligados que interfieren con la replicación del DNA del huésped (14, 18).

OBJETIVO:

Determinar la correlación, entre la citología, colposcopia, biopsia dirigida por colposcopia, el cono cervical y la histerectomía en el diagnóstico de cáncer microinvasor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El carcinoma microinvasor, dada la frecuencia con que el Ginecólogo se enfrenta por lo que requiere tener presente los métodos de seguimiento en pacientes con riesgos de presentarlo, por lo tanto requiere de un sistema de estudio que garantice un diagnóstico precoz de una enfermedad que si es diagnosticada a tiempo la supervivencia es muy alta.

En los E.E.U.U. se ha estimado una frecuencia de 14000 nuevos casos de cáncer cervical y aproximadamente un 70% de estos pacientes se encuentran en etapa I de la enfermedad (11).

El cono cervical como diagnóstico debe tenerse presente ya que es el método ideal en el carcinoma microinvasor. Además al realizar cortes adecuados a la muestra nos corroborará o eliminará la presencia de invasión temprana a vasos linfáticos y la profundidad de invasión del estroma.

Nunca se debe descartar la posibilidad de invasión a linfáticos ya que esta es uno de los parametros de pronostico en pacientes con cáncer cervical (3,4,5). De hecho el carcinoma microinvasor no toma en cuenta la invasión a dicho espacio vascular

ya que la saldría a lo que corresponde como carcinoma microinvasor.

Las necesidades actuales en la población evidentemente en etapa reproductiva ha hecho que se adecúen programas para un diagnóstico precoz de carcinoma microinvasor dada la alta posibilidad de un tratamiento adecuado que garantice el bienestar de la paciente.

HIPOTESIS:

HIPOTESIS NULA:

La citología, colposcopia, biopsia cervical dirigida y el cono cervical no son procedimientos complementarios ni necesarios en el estudio de carcinoma microinvasor.

HIPOTESIS ALTERNA:

La citología, colposcopia, biopsia cervical dirigida y el cono cervical, son procedimientos necesarios y complementarios en el estudio de carcinoma microinvasor.

HIPOTESIS VERDADERA:

El cono cervical se considera el método diagnóstico ideal de cáncer microinvasor cervicouterino.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y transversal en el servicio de colposcopia del Hospital de Ginecología y Obstetricia " Luis Castelazo Ayala " del I.M.S.S. en el período del mes de Julio de 1979 al mes de Abril de 1982, agraciándose la realización de 3709 colposcopias a igual número de pacientes enviadas por citología cervicovaginal anormal; además a todas se les realizó biopsia dirigida y legrado endocervical, y cuando se detecto carcinoma microinvasor se realizó conización cervical e histerectomía. de ellos se escogieron 29 casos de carcinoma microinvasor de acuerdo a los criterios de inclusión: pacientes enviadas de clinicas del I.M.S.S. de segundo nivel adscritas al Hospital de Ginecología y Obstetricia # 4 " Luis Castelazo Ayala " , pacientes en edad reproductiva, pacientes con citología cervicovaginal anormal; los criterios de no inclusión: pacientes que no tuvieron expediente, y pacientes con enfermedades sistémicas; y los criterios de exclusión: pacientes con tratamientos previos tales como crioterapia, 5 FU, y ácido tricloroacético, y en las que tenían diagnóstico previo y tratamiento para cáncer cervicouterino; a todos los expedientes del servicio de colposcopia se le buscaron variables como son: edad.

baridad, inicio de vida sexual activa, tabaquismo, compañeros sexuales, de los datos no encontrados se solicito expedientes del servicio de archivo a fin de complementarlos; se busco en el mismo complementarlo con el servicio de patologia donde se cotejo el resultado del cono cervical y de pieza de histerectomia, ademas se realizo seguimiento citologico-colposcopico por un minimo de 2 años.

Se analizaron en forma separada los diagnosticos realizados por cada uno de los metodos ya enumerados y se compararon todos los casos que tengan o no coincidencia con el diagnostico los cuales se mencionan a continuacion:

Citología-Biopsia.

Citología-Cono cervical.

Colposcopia-Biopsia.

Biopsia-Cono Cervical.

Cono cervical-Histerectomia.

Correlación entre el diagnóstico de carcinoma microinvasor por alguno de los métodos de estudio y la histerectomía.

Casos nuevos diagnosticados por cono cervical de carcinoma microinvasor, que no fueron previamente diagnosticados por alguno de los métodos citados.

Se tomó como diagnóstico base el resultado del estudio histopatológico del cono cervical, ya que los reportes hasta la fecha lo hacen ser el de mayor confiabilidad.

RESULTADOS:

Se estableció una relación entre los casos de carcinoma microinvasor detectados por citología, en relación a la edad, pudiéndose apreciar que uno de ellos correspondió a paciente comprendida entre los 40-49 años y el segundo a la octava década de vida (fig 1,2).

En cuanto a los casos de carcinoma microinvasor diagnosticados por colposcopia, generalmente se presentaron en pacientes que correspondían a la sexta década de la vida en adelante (fig 1,2).

La mayoría de los pacientes a los cuales se les realizó el diagnóstico de carcinoma microinvasor por biopsia cervical, lo cual correspondió entre la cuarta y quinta década de la vida (fig 3,4).

Los diagnósticos establecidos de carcinoma microinvasor y realizada mediante cono cervical correspondieron a la cuarta década de la vida en su mayoría (fig 3,4).

En relación a los casos de carcinoma microinvasor con el inicio de la vida sexual activa, apreciándose que el número más importante se presentó en pacientes en quienes iniciaron relaciones

sexuales en la segunda década de la vida (fig 5).

La mayoría de las pacientes con diagnóstico de carcinoma microinvasor relacionadas con la paridad se pudo establecer que entre las pacientes que presentaron de tres a cinco gestas (fig 6).

Los compañeros sexuales en número se pudo establecer que la mayoría de las pacientes tuvieron relaciones sexuales con uno y dos compañeros, desconociéndose en un número importante de pacientes con o cuantos compañeros sexuales tuvieron (fig 7).

En relación al tabaquismo la mayoría de las pacientes negaron este y en solo cuatro de ellas presentaron o refirieron tabaquismo ocasional (fig 8).

En la tabla I, se puede apreciar el diagnóstico de carcinoma microinvasor establecidos mediante citología, colposcopia, biopsia cervical y cono cervical e histarectomía, donde se obtuvieron 29 casos, los cuales posteriormente, se les comparó, encontrando las siguientes correlaciones:

Citología-Biopsia cervical representado en la tabla II, en la

cual se puede apreciar el diagnóstico de carcinoma microinvasor en 3 casos: en el estudio complementario de correlación llevada a cabo mediante biopsia cervical en 1 de ellos se apreció correlación a carcinoma microinvasor y en 2 de ellos no se estableció relación alguna, ya que en el primero de ellos el diagnóstico se desconoció el resultado y en el segundo se reportó NIC III + Condiloma, la significancia estadística es de 11.070.

Citología-Cono cervical representado en la tabla III, en la cual como se puede apreciar que mediante citología se reportaron 3 casos de carcinoma microinvasor, en ninguno de los casos se correlacionó con el reporte de cono cervical, ya que en 2 de ellos se reportó como NIC III + Condiloma y en el otro no se obtuvo reporte, la significancia estadística es de 12.592.

Colposcopia-Biopsia cervical, representado en la tabla IV se observan 6 casos de carcinoma microinvasor correlacionándose en solo 2 casos, en uno de ellos se reportó carcinoma cervicouterino y en los restantes 3 casos el reporte correspondió a NIC II y NIC III, agregándose en 1 de ellos la presencia de condiloma, la significancia fué de 11.070.

Biopsia cervical-Cono cervical representado en la tabla V, se

presentán 18 casos con diagnóstico de carcinoma microinvasor, por biopsia cervical, presentandose una correlación en 10 casos establecidos mediante cono cervical; en 2 de ellos se desconoce el reporte del estudio complementario, en 4 casos se realizó un diagnóstico mediante el cono cervical de NIC III, además en 1 reporte fué negativo y el otro se reporto como condiloma, la significancia estadística es de 9.48 .

Cono cervical-Histerectomía, representado en la tabla VI se puede apreciar 16 casos de carcinoma microinvasor establecidos por cono cervical, en 1 solo caso se reporto como carcinoma microinvasor en la pieza de histerectomía, 4 casos de NIC III, un caso reportado como condiloma; 6 casos se reportaron como negativo, los restantes 4 casos se reportaron como desconocido en el resultado de pieza quirúrgica, la significancia estadística fue de 12.592 .

Los resultados mostrados en la tabla VII entre el diagnóstico establecido de carcinoma microinvasor con reporte de pieza de histerectomía muestra, en 7 casos se desconoce el resultado de pieza quirúrgica, ya que no hay reporte de patología que en un momento apoye o rechace el diagnóstico establecido de carcinoma microinvasor. En 10 casos se reporto como negativo a cualquier tipo

de lesión residual: 3 casos correspondieron a condiloma, en 8 casos se estableció el diagnóstico de NIC III en 1 caso no se realizó la histerectomía dado que la paciente tenía un riesgo quirúrgico alto que contraindica la cirugía, la significancia estadística fue de 11.070 .

Tabla VIII son los casos nuevos diagnosticados como carcinoma microinvasor por medio del cono cervical, los cuales fueron 6, lo que corresponde a una frecuencia de un 20% de los casos que en su momento no se tenía establecido el diagnóstico de carcinoma microinvasor, la significancia estadística fue de 9.48 .

DISCUSION:

El diagnóstico histológico de carcinoma microinvasor del cuello uterino es hecho en consideración de la profundidad y del tipo de lesión (4,14,19). Ya desde 1961 la FIGO trato de establecer una definición adecuada para carcinoma microinvasor, posteriormente en 1974 la Sociedad de Ginecología Oncologica trato igualmente de adoptar una definición. El Comité de Cáncer de la Sociedad Japonesa de Obstetricia y Ginecología en 1978 estableció la definición y no fue sino hasta 1985 cuando la FIGO emitió la definitiva (4,14,19).

Es conocida su relación con la presencia de enfermedades de transmisión sexual como el virus de papiloma humano (4,14). en nuestro estudio se pudo observar que existe una relación ya establecida, ya que en estudios previos (14) se ha mencionado hasta un 80-90% de relación.

En cuanto a la edad establecida en nuestro estudio se pudo apreciar que está comprendida entre la quinta a la octava década de la vida, pudiendose establecer la relación que existe en la literatura (14).

El inicio temprano de relaciones sexuales se ha considerado como un factor importante, el cual está condicionado por la exposición frecuente a procesos infecciosos sobre todo del HPV que en la mujer joven está aunado a los periodos dinámicos de metaplasia cervical, como igualmente ocurren durante el embarazo, como lo demuestra así mismo nuestro estudio en el cual el carcinoma microinvasor fue más frecuente en pacientes con 3 a 5 gestas.

El tabaquismo no se pudo correlacionar como factor causal de carcinoma microinvasor lo cual corresponde a lo referido en literatura.

Los resultados mostrados en la tabla II muestran que no existe correlación entre la citología y la biopsia cervical ya que la significancia fue de 11.070 por lo que se rechaza relación alguna. La biopsia cervical debe tener uso sólo como diagnóstico preliminar ante la sospecha de carcinoma microinvasor (15).

De igual manera en cuanto a la relación que existe entre la citología y el cono cervical (tabla III), en el cual el valor observado es mayor que el crítico dado por la significancia, lo cual fue de 12.572 se concluye que no existe ninguna relación como

método confiables de estudio. El cono cervical es considerado en la actualidad como el método diagnóstico definitivo en el caso de citología anormal para establecer un diagnóstico de carcinoma microinvasor (4,9).

Los resultados de la relación que existe entre la colposcopia y la biopsia cervical (tabla IV) para establecer el diagnóstico de carcinoma microinvasor se puede apreciar que el valor observado es mayor que el crítico por lo que se establece que no exista ninguna correlación entre ambos métodos.

La correlación establecida entre la biopsia cervical y el cono (tabla V) , se aprecian 18 casos de carcinoma microinvasor diagnosticados por biopsia cervical contra 16 por cono , estableciéndose una significancia de 9.48 con lo que se puede establecer que existe correlación entre ambas pruebas.

La correlación establecida entre el cono cervical y la histerectomía se puede apreciar que de los 16 casos de carcinoma microinvasor diagnosticados por cono cervical, en 1 solo caso se pudo establecer diagnóstico de carcinoma microinvasor por histerectomía, esto habla de un estudio diagnóstico que como el cono en un momento dado pudiera establecerse como un método de

tratamiento, que como se ha establecido en la literatura solo se debe de llevar a cabo en pacientes seleccionadas y con su pleno conocimiento que deben de ser sujetas a una revisión periodica cuidadosa (4).

Iguamente en la tabla VII se puede apreciar que de los 29 casos de carcinoma microinvasor diagnosticados con alguno de los métodos citados anteriormente y que correlacionados con la histerectomía, el valor observado es mayor que el crítico en la cual la significancia fue de 11.070, que nos habla de lo ya expuesto de que el cono cervical en un momento dado y con pacientes seleccionadas pudiese ser un método de tratamiento.

Los casos nuevos de carcinoma microinvasor diagnosticados por cono cervical y correlacionados con la histerectomía (tabla VII) se aprecia un valor crítico dado por la significancia que nos habla de que si existe correlación entre ambos métodos.

En ninguno de los casos de este estudio se reporta la presencia de nódulos linfáticos que es considerado como uno de los valores pronósticos de las pacientes, ya que estudios grandes a pacientes con carcinoma microinvasor (4,5,9,14,15) han mencionado presencia de metastasis vascular linfática en solo del 0.2 al 2%.

La tasa de supervivencia para el carcinoma microinvasor a 5 años se ha reportado en grandes series del 99% y recurrencia de un 0.4 a 1.4 (9,14).

El seguimiento de las pacientes debe de realizarse citología vaginal cada 3 meses durante 2 años y posteriormente cada año durante un mínimo de 5 años (4), el cuál se realiza en nuestro hospital.

Figura 1.2
Carcinoma Microinvasor
Citología y colposcopia en relacion a edad

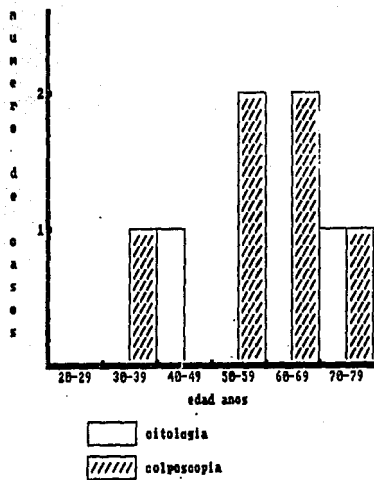


Figura 3,4
 Carcinoma Microinvasor
 Biopsia y cono cervical en relacion a edad

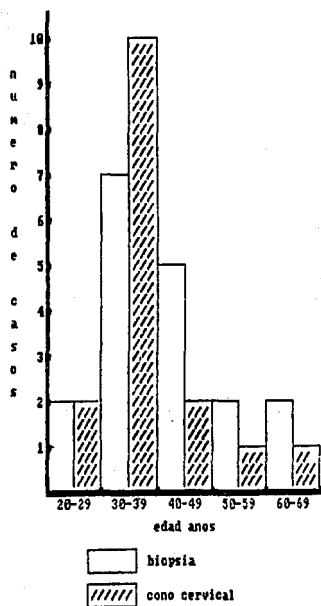


Figura 5
Carcinoma Microinvasor
Numero de casos de acuerdo a edad de inicio
de vida sexual activa

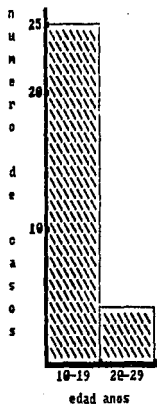


Figura 6
Carcinoma Microinvasor
Numero de casos por numero de gestas

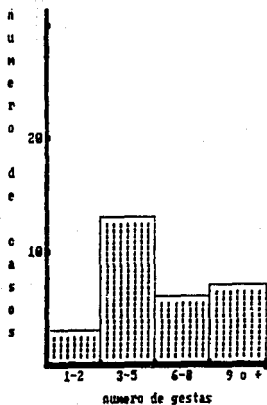


Figura 7
Carcinoma Microinvasor
casos por número de compañeros sexuales

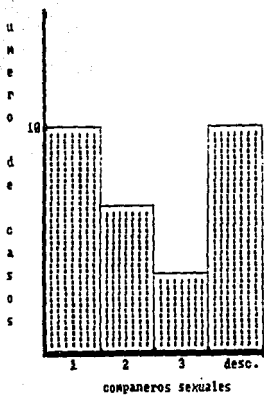


Figura 8
Carcinoma Microinvasor
casos de acuerdo a numero de cigarrillos por dia

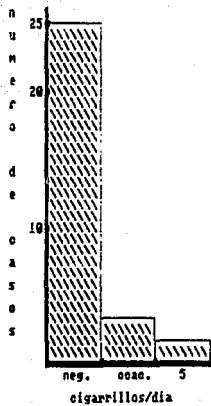


Tabla 1

Núm.	Citología	Colposcopia	Biopsia Cxs.	Cono Cxs.	Histerectomia
1	NIC III	Microinv.	Microinv.	Microinv.	Desconoce
2	NIC II	Microinv.	NIC II	NIC II	Desconoce
3	VPH	NIC II	Microinv.	No Realizo	Desconoce
4	NIC II	NIC I	Microinv.	NIC III	Negativo
5	NIC III	Ca. Inv.	Microinv.	Microinv.	Negativo
6	NIC III	NIC III	Microinv.	NIC III	VPH
7	NIC III+VPH	Microinv.	NIC III	No Realizo	Negativo
8	Ca. Inv.	Ca. Inv.	Microinv.	Microinv.	Negativo
9	Ca. Inv.	NIC III	NIC III	Micro+VPH	NIC III
10	Microinv.	NIC II	NIC II	NIC III+VPH	NIC III
11	Ca. Inv.	Ca. Inv.	Microinv.	No Realizo	NIC III
12	Ca. Inv.	Microinv.	NIC III	No Realizo	NIC III
13	Microinv.	Microinv.	NIC III	No Realizo	No Realizo
14	Ca Inv.	Microinv.	Microinv.	Microinv.	Negativo
15	NIC III	NIC III	Microinv.	Negativo	NIC III+VPH
16	NIC II	NIC III	Microinv.	Microinv.	Negativo
17	NIC III	NIC III	Microinv.	Microinv.	Desconoce
18	NIC II	NIC II	NIC III	Microinv.	.
19	VPH	VPH	Microinv+VPH	VPH	Desconoce
20	NIC III+VPH	NIC III+VPH	NIC III	Microinv.	Negativo

Num	Citología	Colposcopia	Biopsia	Cxs	Cono	Cxs.	Histerectomia
21	NIC III+VPH	NIC III	Microinv.	Microinv.			NIC III
22	NIC III	VPH	VPH	Microinv.			Microinv.
23	NIC I+VPH	NIC III	Microinv.	Microinv.			Desconoce
			NIC III	Microinv.			VPH
23	Ca. Inv.	NIC III	NIC III	Microinv.			NIC III+VPH
26	Microinv.	NIC II+VPH	Microinv.	NIC III+VPH			Negativo
27	Ca. Inv.	NIC III+VPH	Microinv.	NIC III			VPH
28	Ca. Inv.	Ca. Inv.	Microinv.	Microinv.			Negativo
29	VPH	NIC III	Microinv.	Microinv.			NIC III

TABLA II
CARCINOMA MICROINVASOR
 correlacion citologia-biopsia cervical

DIAGNOSTICO	CITOLOGIA		BIOPSIA	
	absoluto	%	absoluto	%
UPH	3	10.3	1	3.4
NIC I + UPH	1	3.4	0	0.0
NIC II	5	17.24	2	6.37
NIC III + UPH	9	31.03	0	27.58
Ca Microinvasor +UPH	3	10.3	18	62.06
Ca Invasor	8	27.58	9	31.03
TOTAL	29	100.00	27	100.00

X = 22.958

P = 11.878

TABLA III
 CARCINOMA MICROINVASOR
 correlacion citologia-cons cervical

DIAGNOSTICO	CITOLOGIA		COMO CERVICAL	
	absolute	%	absolute	%
UPH	3	10.3	1	3.4
NIC I + UPH	1	3.4	0	0.0
NIC II	5	17.24	1	3.4
NIC III + UPH	9	31.03	6	20.59
Ca Microinvasor +UPH	3	10.3	16	55.17
Ca Invasor	8	27.58	8	27.58
No se Realizo	0	0.0	5	17.24
TOTAL	29	100.00	29	100.00

X = 27.161

P = 12.592

TABLA IV
CARCINOMA MICROINVASOR
correlacion colposcopia-biopsia cervical

DIAGNOSTICO	COLPOSCOPIA		BIOPSIA CERVIX	
	absoluto	%	absoluto	%
VPH	2	6.89	1	3.4
MIC I + VPH	2	5.82	0	0.0
MIC II + VPH	4	13.79	2	6.89
MIC III + VPH	11	37.93	8	27.58
Ca Microinvasor +VPH	6	20.68	18	62.06
Ca Invasor	4	13.79	0	0.0
TOTAL	29	100.00	29	100.00

X = 13.473

P = 11.870

TABLA V
CARCINOMA MICROINVASOR
correlacion biopsia cervical-cono cervical

DIAGNOSTICO	BIOPSIA CERVICAL		CONO CERVICAL	
	absoluto	%	absoluto	%
VPH	1	3.4	1	3.4
NIC II	2	6.89	1	3.4
MIC III + VPH	8	27.58	6	20.68
Ca Microinvasor +VPH	18	62.06	16	55.17
No se Realizo	0	0.0	5	17.24
TOTAL	29	100.00	29	100.00

X = 5.736

P = 9.48

TABLA VI
CARCINOMA MICROINVASOR
 correlacion cono cervical-histerectomia

DIAGNOSTICO	CONO CERVICAL		HISIZRECTOMIA	
	absoluto	%	absoluto	%
UPH	1	3.4	3	10.3
NIC II	1	3.4	0	0.0
NIC III + UPH	6	20.69	8	27.59
Ca Microinvasor +UPH	16	55.17	1	3.4
Negativo	0	0.0	9	31.83
Mo se Realizo	5	17.24	1	3.4
Se Desconoce	0	0.0	7	24.1
TOTAL	29	100.00	29	100.00

X = 34.187

P = 12.592

TABLA VII
CARCINOMA MICROINVASOR
correlacion citologia-colposcopia-biopsia-
y cono cervical con histerectomia

DIAGNOSTICO	CITOLOGIA-COLPOSCOPIA		HISTERECTOMIA	
	BIOPSIA-CONO CERVICAL			
	absoluto	%	absoluto	%
VPH	0	0.0	3	10.3
NIC III + VPH	0	0.0	8	27.58
Ca Microinvasor	29	100.00	1	3.4
Negativo	0	0.0	7	31.93
No Realizado	0	0.0	1	3.34
Se desconoce	0	0.0	7	24.1
TOTAL	29	100.00	29	100.00

X = 54.133

P = 11.378

TABLA VIII

CARCINOMA MICROINVASOR
 casos nuevos diagnosticados por cono cervical
 y correlacionado con histerecctomia

DIAGNOSTICO	COMO CERVICAL		HISTERECTOMIA	
	absoluto	%	absoluto	%
VPH	0	0.0	1	2.1
NIC III + VPH	0	0.0	2	5.29
Ca Microinvasor	6	20.68	1	3.4
Negativo	0	0.0	1	3.4
Se desconoce	0	0.0	1	3.4
TOTAL	6	20.68	6	20.68

X = 8.571

P = 9.43

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Benson W L, Norris H J., A critical review of the frequency of lymph node metastasis and death from microinvasive carcinoma of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 1977;49 (5):632-38
- 2.-Bohm J W, Krupp P J, Lee L, Batson H W., Lymph node metastasis in microinvasive epidermoid cancer of the cervix. *Obstet and Gynecologic* 1976;48 (1):65-67.
- 3.-Brunschwing A, Barber H R., Surgical treatment of carcinoma of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 1966;27 (1):21-29.
- 4.-Clinicas Obstetricas y Ginecologicas., *Cáncer cervicouterino*, ed. interamericana, 1990 vol 4 pag 817-21.
- 5.-Creasman W T, Fetter B F, Pearson C D, Kaufman L, Parker R T., Management of stage IA carcinoma of the cervix. *Am J Obstet and Gynecol* 1985;153:164-72.
- 6.-Dabh S E, Rogers R E, Davis T E, Sutton G P., The role of endocervical curettage in satisfactory colposcopy. *Obstetrics and Gynecology* 1989;74 (2):159-63.

7.-Fennell F H., Microinvasive carcinoma of the uterine cervix. *Obstetrics and Gynecological Survey* 1978;33 (6):406-10.

8.-Foushee J S, Greiss F S, Lock F R., Stage IA squamous cell carcinoma of the uterine cervix: *Am J Obstet and Gynec* 1969;105 (1):46-55.

9.-Killackey M A, Jones W B, Lewis J L., Diagnostic conization of the cervix, review of the 460 consecutive cases. *Obstetrics and Gynecology* 1963;67 (6):766-70.

10.-Koss L R., The Papanicolaou test for cervical cancer detection a triumph and a tragedy. *JAMA* 1989;261:737.

11.-Van Nagell J R, Grenwell N, Powell D F, Donaldson E S, Hanson M B, Gay E C., Microinvasive carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145:1981-91.

12.-Nođa K, Takai I, Takeuchi S, Kurihara S, Tenjin Y, Jamabe T, Takeda B., A new proposal regarding criteria for stage Ia cancer in the uterine cervix. *Gynecologic Oncology* 1979;8:353-69.

13.-Papanicolaou G N, Traut H., The diagnostic value of vaginal

meares in carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1941;42:193.

14.-Schink J C, Lurain J R., Microinvasive cervix cancer. Gynecology and Obstetrics 1991;36:5-12.

15.-Sesky J C, Abell M R, Morley G W., Microinvasive squamous carcinoma of the cervix, definición, histologic, analysis, late result of treatment. Obstetrics and Gynecologic 1977;50 (4):410-14

16.-Simon N, Core H, Shingleton H, Soono S, Orr J, Hatch K., Study of superficially invasive carcinoma of the cervix. Obstet Gynecol 1986;68:19-24.

17.-Spirtos N M, Schkaerth J B, Blaing G, Morrow C P., Obstetrics and Gynecology 1987;70 (5):729-33.

18.-Te Linde R W., Ginecologia Operatoria 6a Edición, Editorial el Ateneo, Buenos Aires 1987;682-85.

19.-Tsukamoto N, Kaku T, Matsukuma K, Ketsuyama T, Kamura T, Saito T., The problem of stage Ia (FIGO 1985), carcinoma of the uterine cervix. Gynecologic Oncologic 1989;34:1-6.

20.-Yajima A, Noda K., The results of treatment of microinvasive carcinoma (Stage IA) of the uterine cervix by means of simple and extended hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1979;135:685-7.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSION:

Los métodos de estudio expuestos como forma de detección del carcinoma microinvasor nos lleva a concluir que la citología colposcopia, y la biopsia cervical son métodos complementarios que deben dar la base para concluir en que paciente se debe llevar a cabo el cono cervical, ya que por su alta sensibilidad y especificidad es considerado en la actualidad como el método ideal y definitivo para establecer el diagnóstico de carcinoma microinvasor.

No debe pasarse por alto el tener presente, los factores etiológicos como son: el inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales y la paridad, que en este estudio nos muestran la relación que existe.

El tratamiento ideal en las pacientes con carcinoma microinvasor es la histerectomía, ya que como se expuso anteriormente el cono cervical es diagnóstico y sólo se debe aceptar como tal.