

11201

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores

14



CARCINOMA DOBLE PRIMARIO DEL CUELLO
UTERINO ESTUDIO DEL MATERIAL QUIRURGICO
EN CINCO AÑOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A:

DR. JUAN ARMANDO } ESPINOSA, SOBERANES

"C.H. 20 de Noviembre" Departamento de Patología
I. S. S. S. T. E.

MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


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

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

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION:

DR. KURT AMBROSIUS DIENER

Vo.Bo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA JULIETA !

A MI HIJA JULIETITA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS MAESTROS :

DR. KURT AMBROSIUS DINER

DR. PEDRO MALDONADO MUCIO

DR. RODOLFO SANCHEZ CISNEROS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

- I.- EXPOSICION DE MOTIVOS Y OBJETIVOS
- II.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA
- III.- MATERIAL Y METODOS
- IV.- EXPOSICION DE RESULTADOS
- V.- DISCUSION
- VI.- CONCLUSIONES
- VII.- RESUMEN
- VIII.- BIBLIOGRAFIA



1. EXPOSICION DE MOTIVOS Y OBJETIVOS:

El cancer del cuello uterino, continúa siendo en -- nuestro medio un problema de salud pública: es una entidad de elevada frecuencia, que constituye una causa importante de -- muerte, sin embargo puede ser abordada con altas probabili -- dades de éxito.

Ocupa el primer lugar en frecuencia entre los tumo- res malignos del útero, así como el 85%, aproximadamente, de todos los tumores ginecológicos malignos de la pelvis.

Tiene alta mortalidad, (El primer lugar como causa- de muerte en las mujeres entre 40 y 50 años).

Es una neoplasia curable en casi todos los casos -- al principio de su evolución biológica e historia natural, -- mientras que en sus estadios avanzados apenas si se logra un 5% de curación permanente.

Es de fácil diagnóstico también en sus etapas tem - pranas.

Estos factores, nos han motivado a la elaboración - de ésta tesis a fin de conocer frecuencia, tipos histológi -- cos, y en particular la presencia de carcinomas dobles prima- rios del cuello uterino, observados en los casos estudiados - en nuestra Institución.

Un conocimiento de estas neoplasias así como méto -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

dos adecuados, tanto diagnosticos como terapéuticos, y lo -- más importante preventivos, sin duda alguna contribuirán a -- elevar el porciento de curaciones y probablemente en un futu -- ro no lejano disminuira, las cifras de mortalidad y morbili -- dad para transformar esta enfermedad en una neoplasia maligna curable en la gran mayoría de los casos diagnosticados -- tempranamente.

II ANTECEDENTES

El carcinoma cervicouterino es la neoplasia mas -- frecuente observada en nuestro medio, de éste el carcinoma -- epidermoide ocupa más del 87% en las series publicadas, así -- Glucksmann (1), en 2169 casos de neoplasias malignas del -- cérvix, señala una frecuencia del 87%. Abell (2), en 421 ca -- sos estudiados, informa de una frecuencia del 77%. Y Reagan -- (37) una frecuencia del 76% (Tabla 1).

El concepto de carcinoma In situ del cuello uteri -- no es relativamente reciente. En el año de 1932, Broders (35) introduce el termino de cancer in situ. Actualmente la Orga -- nización Mundial de la Salud define este estadio: "Como una -- lesión que tiene los caracteres histológicos y citológicos -- propios del carcinoma, pero está limitado al epitelio de su -- perficie del ectocérvix y del endocérvix con extensión a los espacios glandulares o sin ella".

1975 CON
FALLA DE ORIGEN

dos adecuados, tanto diagnosticos como terapéuticos, y lo más importante preventivos, sin duda alguna contribuirán a elevar el porciento de curaciones y probablemente en un futuro no lejano disminuira, las cifras de mortalidad y morbilidad para transformar esta enfermedad en una neoplasia maligna curable en la gran mayoría de los casos diagnosticados tempranamente.

II ANTECEDENTES

El carcinoma cervicouterino es la neoplasia mas frecuente observada en nuestro medio, de éste el carcinoma epidermoide ocupa más del 87% en las series publicadas, así Glucksmann (1), en 2169 casos de neoplasias malignas del cérvix, señala una frecuencia del 87%. Abell (2), en 421 casos estudiados, informa de una frecuencia del 77%. Y Reagan- (37) una frecuencia del 76% (Tabla 1).

El concepto de carcinoma In situ del cuello uterino es relativamente reciente. En el año de 1932, Broders (35) introduce el termino de cancer in situ. Actualmente la Organización Mundial de la Salud define este estadio: "Como una lesión que tiene los caracteres histológicos y citológicos propios del carcinoma, pero está limitado al epitelio de superficie del ectocérvix y del endocérvix con extensión a los espacios glandulares o sin ella".

1975 CON
FALLA DE ORIGEN

Son bien conocidas las causas, o estímulos y factores que los diversos autores han postulado en la genesis del carcinoma del cuello uterino, como paridad, coito, e infecciones por virus. En diversos informes se destaca la frecuencia mayor del cáncer cervicouterino en multíparas en relación con las nulíparas. Existe evidencia de la relación etiológica entre el coito y el carcinoma, se señala una mayor incidencia de esta enfermedad en mujeres que inician las relaciones sexuales precozmente (3).

En los últimos años, se ha postulado que la acción mutágena de las células epiteliales está originada por agentes biológicos como virus, bacterias, protozoos e inclusive el espermatozoide (4).

En cuanto a la relación entre las infecciones virales y el carcinoma del cuello, Naib (5) en un estudio efectuado en 40,000 mujeres, encontró cervicitis por virus del tipo herpes simple en 62 casos, de estos casos en cuatro se demostró la existencia de un carcinoma in situ, lo que representa una frecuencia del 7% mientras que, como es sabido, el carcinoma in situ del cervix se observa en el 0.3% de la población.

Rawls (34), y colaboradores encontraron anticuerpos del virus del herpes simple en el 83% de los cánceres in-

vasivos y en el 33% de los canceres in situ, mientras que la frecuencia fue de 22% en mujeres normales controles.

TABLA I

FRECUENCIA DE CARCINOMA DE CUELLO UTERINO

AUTOR	GLUCKSMANN (1)	ABELL (2)	REAGAN (37)
EPIDERMOIDE	87%	77%	76%
ADENOCARCINOMA	5%	12%	16%
MIXTO E			
INDIFERENCIADO	8%	10%	8%

La edad de presentación del cáncer del cérvix, se encuentra entre los 45 y 55 años. Antes de los 30 años se presenta en menor frecuencia y después de los 55 años va -- disminuyendo en su proporción.

Dada la diversidad de epitelios existentes en el cuello uterino, como son el escamoso del exocérnix, cilíndrico en el endocérnix y con diferentes cuadros morfológicos en la zona de transición, se comprende la variedad estructural del carcinoma desarrollado en esta zona del aparato genital femenino. Los tres tipos principales son:

- I.- Carcinoma epidermoide o de células escamosas.
- II.- Adenocarcinomas
- III.- Carcinoma mixto (Carcinoma adenoescamoso o --
adenoepidermoide).

La frecuencia de cada uno de estos tipos se describe en la Tabla 1.

CARCINOMA EPIDERMOIDE:

Caracteres macroscópicos: Adopta generalmente dos variedades de crecimiento: exofítico y endofítico, la frecuencia de cada una de estas formas varía de un estudio a otro, predominando el tipo exofítico.

Caracteres microscópicos: Se observan células epiteliales con grado variable de diferenciación y atipias, en cuanto a tamaño, forma, propiedades tintoriales, polaridad y relación núcleo citoplasma. En los tipos bien diferenciados se identifican formación de perlas de queratina.

El primer intento para clasificar a los carcinomas epidermoides se remonta al año de 1912 cuando Schottlander y Kermauner dividieron sus casos de acuerdo a su grado de diferenciación en maduros, semimaduros e inmaduros. Martzloff (32) en el año de 1923 de acuerdo al tipo celular predominante, los clasificó en variedad de células espinosas, células de transición y células fusiformes o basales,-

(6). Wentz y Reagan (30) establecieron tres grupos, basándose en el grado de diferenciación: 1.- Queratinizante 2.- No queratinizante de células grandes y 3.- No queratinizante -- de células pequeñas. Glucksmann y Spear solo admiten dos grupos: Diferenciados e indiferenciados.

Broders (31) de acuerdo al por ciento de células -- indiferenciadas, los catalogos en cuatro grados; el I es el de mayor diferenciación y el IV es el más indiferenciado, -- reservando el II y III para los estadios intermedios Warren (33) señaló una clasificación semejante pero admitió unica -- mente tres grados. (Tabla II).

TABLA II

CLASIFICACION DEL CARCINOMA EPIDERMIOIDE			
AUTORES:			
SCHOTTLANDER	MADURO	SEMIMADURO	INMADURO
MARTZLOFF	C. ESPINOSAS	C. DE TRANSICION	C. BASALES
BRODERS	GRADO I Y II	GRADO III	GRADO IV
WARREN	GRADO I	GRADO II	GRADO III
WENTZ Y REAGAN	QUERATINIZANTE	NO QUERATINIZANTE	NO Q. DE C.
		DE CELULAS GRANDES	PEQUEÑAS

ADENOCARCINOMA DEL CUELLO UTERINO:

Es una neoplasia epitelial desarrollada a partir -- del epitelio cilíndrico o columnar del endocérnix y de las --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

glandulas.

FRECUENCIA: Las cifras varían de un autor a otro. -- Para Martzloff (6) el adenocarcinoma corresponde al 6% de los tumores malignos del cérvix. Hepler (39) y colaboradores señalan que el 3.5% de las neoplasias malignas del cuello uterino descritas en la literatura de 1931 a 1947 fueron del tipo adenocarcinoma. Glucksmann (7) indica que constituyen el 5%.

EDAD: Según la literatura correspondiente el adenocarcinoma se presenta en pacientes con edades ligeramente -- más altas que los carcinomas del cuello uterino, en general, -- sin embargo, se consigna mayor frecuencia de esta variedad -- de carcinoma en mujeres jóvenes en comparación del carcinoma-epidermoide.

CLASIFICACION: El Instituto de Patología de las -- fuerzas Armadas (USA). clasifica el adenocarcinoma del cérvix uterino en:

Adenocarcinoma

Carcinoma medular

Carcinoma papilar

Carcinoma endometrioides

Carcinoma mucinoso

Carcinoma de células claras. (mesonéfrico, hiperne-
de).

CARCINOMA MIXTO: Se ha mencionado desde hace muchos años, la existencia de carcinomas cervicales con elementos celulares escamosos y cilíndricos. Los primeros autores que describieron este tipo de tumor fueron Regaud y Gricouroff, (36) en el año de 1933, en Francia, posteriormente Glucksmann y -- Cherry (7) estudiaron ampliamente este tipo tumoral.

La frecuencia de estas neoplasias varia, Glucksmann (7) observó el 8% de carcinomas mixtos en la revisión de 2169 cánceres cervicales.

Estos tumores tienen su origen a partir de elementos celulares capaces de diferenciarse en uno y otro tipo de epitelio. Si estas células muestran alteraciones malignas antes de sufrir una clara diferenciación metaplásica escamosa, la anaplasia resultante es de tipo epidermoide. Se trata del carcinoma característico que se origina en la unión escamo - columnar en la que el epitelio normal, cilíndrico y alto del endocérvix, es reemplazado por el anaplásico. Si dicho cambio se efectúa de una forma difusa dentro de las glándulas, a la vez que aparecen modificaciones semejantes en el epitelio de superficie resulta un tumor "adenoepidermoide" o "adenoescamoso".

Los caracteres histológicos de este tipo de tumor -

según Glucksman y Cherry (1,7) son:

I.- Carcinomas mixtos maduros, en estos tumores se identifican focos bien diferenciados de células epidermoides y cilíndricas, en los tipos de menor diferenciación los elementos escamosos y cilíndricos, están mezclados y los componentes del tumor no se encuentran bien definidos.

II.- Carcinomas mixtos inmaduros, se identifican-- células morfológicamente similares a "células en anillo de - sello", en asociación con elementos cilíndricos y epidermoides de escaso o variable grado de diferenciación.

III.- Carcinomas mixtos de tipo "Célula vítrea" - (Glassy cell) (40). que constituyen la variedad más indife-- renciada de estos tumores mixtos, el rasgo característico -- es la presencia de células que poseen una proporción modera-- da de citoplasma con aspecto de vidrio despolido. Estas cé - lulas son susceptibles de adquirir forma cilíndrica, alrede-- dor de la membrana basal. En algunas ocasiones se asocian -- con "células en anillo de sello" o con focos de adenocarcinoma bien definido.

CARCINOMA DOBLE PRIMARIO DEL CUELLO UTERINO:

En el cuello uterino ocurren simultáneamente car - cinomas epidermoides y adenocarcinomas, independientes y dig - tintos uno del otro tumor. Esto ha sido señalado en la lite-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ratura desde 1933 por Leveuf y Harrenschmidt. (38).

Existen muy escasos informes publicados en relación con esta doble neoplasia. Abad (8) ha visto 43 casos de carcinoma doble primario en 4,398 o sea el 0.9%, Glucksman (7) publicó ocho casos y Lauchlan (9) dos.

Abell, (2) en 421 casos de carcinomas de cérvix, en contró que los carcinomas dobles primarios ocupaban el 1% de su material (TABLA III).

En nuestro medio escasean los informes de esta entidad. Garza (10) revisó 648 neoplasias malignas del cuello uterino y encontró la coexistencia de dos tumores primarios en cuatro casos, lo que corresponde al 0.6%. Ahued (11) informó un caso de carcinoma epidermoide y adenocarcinoma del cérvix.

La génesis de estos tumores podría ser a partir de una célula única y bipotencial denominada célula de reserva o subcilíndrica de la unión escamocolumnar. Las células subcilíndricas dan origen, mediante una secuencia progresiva de anaplasia, a carcinoma In situ y finalmente, invasor; esta secuencia es lo que sucede más frecuentemente, sin embargo, puede seguir un patrón de diferenciación en forma simultánea hacia adenocarcinoma y así coexistir ambas lesiones.

Ha sido mencionado que el carcinoma doble primario-

del cérvix ocurre más frecuentemente con el embarazo en base a que las células subcilíndricas pueden ser modificadas por niveles hormonales (12).

TABLA III

FRECUENCIA DE CARCINOMA DOBLE PRIMARIO DEL CERVIX		
ABAD (8)	ABELL (2)	GARZA (10)
4,398 CASOS	421 CASOS	648 CASOS
DE CARCINOMA	DE CARCINOMA	DE CARCINOMA
0.9%	1 %	0.6%

III.- MATERIAL Y METODO

Fueron estudiadas 44,843 biopsias y piezas quirúrgicas recibidas en el Departamento de Patología del Centro - Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. en cinco años (1976 a 1980). En esta revisión 12,157 casos correspondieron a pacientes del sexo masculino (27.1)% y 32,686 enfermas del sexo femenino (72.9%), y de estas enfermas 31,018 tenían más de 15 años de edad. Las mujeres menores de 15 años fueron 1668 (5.1%) (TABLA IV).

TABLA IV

ESTUDIO DE 44,843 BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRURGICAS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE DURANTE CINCO AÑOS.

(1976-1980).

Pacientes del sexo masculino	12,157 CASOS	27.1%
Pacientes del sexo femenino mayores de 15 años	31,018 CASOS	69.2%
Pacientes del sexo femenino menores de 15 años	1,668 CASOS	3.7%
TOTAL	44,843 CASOS	100.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV.- RESULTADOS Y COMENTARIOS

En la presente revisión encontramos 2012, casos de neoplasias malignas y displasias del aparato reproductor femenino o sea el 4.5% de todos los casos estudiados. Las neoplasias y displasias del cuello uterino ocuparon el primer lugar en frecuencia, (1585 casos} lo que representa el 78.7% de nuestro material. En segundo lugar se ubican las neoplasias malignas del endometrio y miometrio con 209 casos o sea el 10.4%. Se identificaron 102 carcinomas de vagina 5.1% Tumores malignos de ovario se observaron en 86 pacientes 4.3% y neoplasias malignas de la vulva en 30 enfermas 1.5% (Tabla V).

TABLA V

LOCALIZACION DE LAS ALTERACIONES (TUMORES MALIGNOS Y DISPLASIAS).
**APARATO REPRODUCTOR FEMENINO
(1976-1980)**

CERVIX	1585 CASOS	78.7%
ENDOMETRIO Y MIOMETRIO	209 CASOS	10.4%
VAGINA	102 CASOS	5.1%
OVARIO	86 CASOS	4.3%
VULVA	30 CASOS	1.5%
TOTAL	2012 CASOS	100%

En 174 casos se diagnosticaron displasias del cuello uterino el 11% de todas las lesiones del cuello uterino. Estas displasias fueron clasificadas en tres grados: Leve, moderada y severa, de acuerdo al grado de alteración en la maduración o en la diferenciación de los componentes celulares y sin alcanzar modificaciones características del carcinoma preinvasor. Las alteraciones morfológicas para clasificar a las displasias son: Retardo en la maduración de las capas profundas, lo que ocasiona un engrosamiento epitelial, queratinización acelerada o prematura, núcleos voluminosos con hiper Cromatismo nuclear, irregularidad en la configuración celular, pérdida de la polaridad de las células, e hiperplasia de las células de reserva.

Se englobaron por lo tanto en el término de displasia, una serie de alteraciones que se sitúan entre el epitelio escamoso maduro normal y el carcinoma In situ. En un extremo de este espectro se encuentran epitelios con mínimas alteraciones (displasia leve) que hacen difícil distinguir lo del epitelio normal, en el extremo opuesto los cambios de la maduración son tan intensos (displasia severa), que puede dificultar su separación con el carcinoma In situ. (Tabla VI y VII).

TABLA VI

DISPLASIAS DEL CUELLO UTERINO 11%		
DISPLASIA LEVE	57 CASOS	32%
DISPLASIA MODERADA	74 CASOS	43%
DISPLASIA SEVERA	43 CASOS	25%
TOTAL	174 CASOS	100%

TABLA VII

NEOPLASIAS Y DISPLASIAS DEL CUELLO UTERINO		
DISPLASIAS	174	10%
CARCINOMAS EPIDERMOIDES	1314	82%
ADENOCARCINOMAS	65	4.1%
CARCINOMAS INDIFERENCIADOS	14	0.8%
DOBLES PRIMARIOS	15	0.9%
CARCINOIDE	2	0.1%
RABDOMIOSARCOMA	1	0.08%
TOTAL	1585	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMAS EPIDERMOIDES

En el presente estudio fueron identificados 1314 casos de Carcinomas epidermoides ocupando por lo tanto el 83% de las lesiones tumorales malignas de nuestra revisión. Los casos fueron distribuidos en carcinoma epidermoide in situ, microinvasor, e invasor. Los carcinomas epidermoides invasores se clasificaron en queratinizantes y no queratinizantes. Los casos diagnosticados como carcinomas epidermoides queratinizantes se agruparon en bien diferenciados, mediana mente diferenciados y poco diferenciados. La frecuencia y el porcentaje de cada uno de estos tumores se presenta en la tabla número VIII. Las preparaciones histológicas para establecer estos diagnosticos fueron teñidas con el método habitual de hematoxilina y eosina.

TABLA VIII

CARCINOMAS EPIDERMOIDES DEL CUELLO UTERINO		
	No. DE CASOS	%
IN SITU	265	20.2
MICROINVASOR	67	5.1
QUERATINIZANTE BIEN DIFERENCIADO INVASOR	102	7.8
QUERATINIZANTE MED. DIFERENCIADO INVASOR	614	6.7
QUERATINIZANTE POCO DIFERENCIADO INVASOR	52	4.0
NO QUERATINIZANTE	213	16.1
VERRUCOSO	1	0.08
TOTAL	1314	99.98%

Adenocarcinomas: Fueron diagnosticados 65 casos de adenocarcinomas en 1585 lesiones malignas del cuello uterino, esto corresponde al 4%. Los adenocarcinomas identificados en el presente estudio fueron clasificados en: In situ - 13.8%, bien diferenciado 53.8%, endometrioides 7.7%, adenoepidermoide 15.4%, de células claras 3.1%, poco diferenciado -- 6.2%. (TABLA IX).

TABLA IX

ADENOCARCINOMAS		
	No. DE CASOS	%
IN SITU	9	13.8
BIEN DIFERENCIADO I. (')	35	53.8
ENDOMETRIOIDE I. (')	5	7.7
ADENOEPIDERMOIDE I. (')	10	15.4
DE CELULAS CLARAS I. (')	2	3.1
POCO DIFERENCIADO I. (')	4	6.2
TOTAL	65	100%

(') INVASOR

En el presente estudio fueron clasificados 14 casos como carcinomas indiferenciados esto ocupa el 0.8% de los carcinomas del cuello uterino. Es un grupo de carcinomas poco diferenciados que derivan de las células de reserva subcolumnares, células muy indiferenciadas que muestran patrones mixtos de diferenciación. Abell, ha clasificado estos casos como:

- Adenoescamoso.
- Indiferenciado.
- Mucoepidermoide.
- Adenoideo quisitco.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En la revisión efectuada por este autor estos casos representan el 10% de todos los tumores malignos del cuello uterino estudiados por él. El aspecto histológico del carcinoma indiferenciado de células de reserva es el de una neoplasia compuesta de células pequeñas basaloides con figuras de mitosis frecuentes sin diferenciación hacia epitelio escamoso o glandular. Hay evidencia que sugieren que esta entidad es de pronóstico menos favorable que el carcinoma epidermoide.

El carcinoma adenoescamoso muestra diferenciación glandular y escamosa (13). El pronóstico entre este carcinoma y el carcinoma epidermoide es equivalente. Está considerado que es más resistente a radioterapia por lo que se espera mejor supervivencia con tratamiento quirúrgico. La invasión a los ganglios linfáticos es muy rápida.

Carcinoma Mucoepidermoide: Es un carcinoma epidermoide en el cual algunas de las células contienen mucina. En este tipo no se distinguen formaciones glandulares típicas. Otras células muestran formaciones de queratina. Se encuentran en gran proporción en mujeres embarazadas.

Carcinoma adenoideo quístico: Usualmente ocurre en mujeres postmenopáusicas entre la sexta y séptima década de la vida. Las células son pequeñas y se pueden agrupar forman-

do cordones anastomóticos pseudoglándulares o patrón cribiforme, puede identificarse material hialino y mucina o patrón sólido medular. Las figuras de mitosis son infrecuentes. La supervivencia de este tipo histológico no tiene mucha variación en relación con el adenocarcinoma.

CARCINOIDE:

En 1585 biopsias y piezas quirúrgicas que corresponden a neoplasias malignas del cuello uterino fueron identificados dos casos que reúnen criterios histológicos para ser diagnosticados como carcinoides primarios del cuello uterino (0.1%). En estos dos casos se identificaron células de tamaño pequeño o mediano, con núcleo central redondo, oval o fusiforme y un nucleolo poco prominente, el citoplasma de límites imprecisos. Tales células formaban masas sólidas con muy poco estroma, algunas separadas por bandas de tejido fibroso denso. En estos dos casos se efectuaron tinciones de Grimelius las cuales demostraron células cargadas de gránulos argirofilos finos.

Las células que forman estos tumores no guardan ningún parecido con las células del carcinoma epidermoide, tanto a nivel de microscopía óptica como electrónica. Hasta las células más indiferenciadas de los carcinomas epidermoides no contienen células argirofilas ni granulos neurosecre-

tores como los que se pueden identificar en estos casos.

Estos tumores probablemente se derivan de la célula argirófila descrita por Fox y Col. (14) en el epitelio endocervical y por Tateishi y Hattori (15) en el espesor del epitelio plano estratificado del exocervix. Esta célula forma parte del sistema celular endócrino difuso. Su argirofilia y sus características ultraestructurales apoyan este punto de vista. El sistema endócrino difuso sistema celular (APUD) está formado por células argirófilas y argentafines que se encuentran distribuidas en forma difusa en el tubo digestivo y sus anexos, las células corticotrofas y melanotrofas de la hipófisis, las células de los islotes del páncreas, la cresta neural, las parafoliculares, las adrenomedulares y las células principales de los quimiorreceptores.

El origen específico de ésta célula se desconoce, pero si en el futuro se demuestra que proviene de la cresta neural, estos tumores podrían incluirse en el grupo de las llamadas enfermedades neoplásicas de la cresta neural (16, 17). La importancia en la separación de estos tumores de los carcinomas epidermoides y adenocarcinomas del cérvix no es solo por razones doctrinarias, sino también por que tiene singular importancia práctica, ya que en la actualidad, la radioterapia constituye el tratamiento de elección del carcinoma

cervicouterino en la mayoría de los centros hospitalarios y tal tratamiento es ineficaz en los carcinoides en los que es necesario efectuar tratamiento quirúrgico radical.

RABDOMIOSARCOMA :

Encontramos un caso diagnosticado como rabdomiosarcoma pleomórfico del cuello uterino (0.08%). Los rabdomiosarcomas originados en el aparato genital femenino son infrecuentes. Muchos rabdomiosarcomas se asocian con carcinomas y representan diferenciación heteróloga en un carcinosarcoma o tumor mixto mesodérmico maligno. Los rabdomiosarcomas puros del tacto genital femenino ocurren durante la infancia localizados generalmente en la vagina.

Los rabdomiosarcomas primarios uterinos son especialmente raros en adultos. Las clasificaciones actuales de los casos de sarcomas uterinos separan el sarcoma heterólogo puro del rabdomiosarcoma.

Histológicamente estos tumores están compuestos de células en forma de huso, algunas multinucleadas y otras gigantes. Contienen citoplasmas eosinófilo, con tinciones especiales se identifican en ellas estriaciones en los rabdomioblastos. El comportamiento biológico de este tipo de neoplasias es muy agresivo. Los pacientes citados en la literatura con este tipo de tumor han tenido una supervivencia muy corta, menor de tres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

años. El tratamiento que se utiliza para este tumor consiste en combinación de cirugía con quimio y radioterapia (18).

CARCINOMAS DOBLES PRIMARIOS DEL CUELLO UTERINO:

Se identificaron 15 casos de carcinomas dobles primarios del cuello uterino en la revisión de 1585 casos de displasias y neoplasias malignas del cérvix. Estos tumores ocupan el 0.9% de frecuencia entre todas las neoplasias malignas del cuello uterino estudiadas en cinco años en el departamento de Patología del C.H. "20 de Noviembre" (1976 a 1980).

Esta frecuencia es parecida a la señalada por diversas autores, así Abad (8), en 4398 casos estudiados encontró el 0.9%, Abell (2) el 1% y Garza (10) el 0.6%

De estos carcinomas dobles primarios del cuello uterino, ocho casos correspondieron a carcinoma epidermoide in situ y adenocarcinoma invasor, dos casos a carcinoma epidermoide microinvasor y adenocarcinoma invasor, y cinco casos a carcinoma epidermoide y adenocarcinoma invasores. (Tabla X).

TABLA X

CARCINOMA DOBLE PRIMARIO DEL CUELLO UTERINO		
EPIDERMOIDE IN SITU Y ADENOCARCINOMA INVASOR	8	CASOS
EPIDERMOIDE MICROINVADOR Y ADENOCARCINOMA INVASOR	2	CASOS
EPIDERMOIDE Y ADENOCARCINOMA INVASORES	5	CASOS
TOTAL	15	CASOS

CARCINOMA EPIDERMOIDE IN SITU Y ADENOCARCINOMA INVASOR:

Se identificaron ocho casos con carcinoma epidermoide in situ y simultaneamente adenocarcinoma invasor endocervical, el 53% de los carcinomas dobles primarios del cervix.

CASUISTICA: Caso 1.- Mujer de 47 años de edad, recibió tratamiento a base de radioterapia exclusivamente con dosis de 5000 rads en el año de 1976. Con esta terapéutica evolucionó en forma satisfactoria, la última visita al Departamento de Oncología del Hospital fue en diciembre de 1981, a la exploración física no se encontró evidencia alguna de actividad tumoral. La citología exfoliativa efectuada resulto negativa y la paciente se encuentra clínicamente asintomática.

CASO 2.- Paciente de 57 años de edad, el tratamien-

to consistió en histerectomía radical en el año de 1976. En 1980 la paciente se encuentra asintomática y sin datos de actividad tumoral.

CASO 3.- Enferma de 37 años de edad, quien cursaba con embarazo de 24 semanas de gestación, se efectuó histerectomía radical con feto in utero y linfadenectomía en octubre de 1976. En noviembre de 1981, fecha de la última consulta, se encuentra sin evidencia de actividad tumoral y clínicamente asintomática.

CASO 4.- Mujer de 39 años de edad. En este caso no se pudo localizar el expediente clínico por lo tanto ignoramos tratamiento y evolución.

CASO 5.- Paciente de 33 años de edad en la que se practicó histerectomía radical con linfadenectomía. Cuatro años más tarde, en enero de 1982, permanece clínicamente asintomática, sin ningún dato de actividad tumoral.

CASO 6.- Corresponde a una mujer de 60 años. En este caso el tratamiento consistió en radioterapia en el año de 1977, a dosis de 5000 rads, administrados en varias sesiones. Por la mala respuesta con persistencia de actividad tumoral y citologías positivas se practicó en el año de 1978, histerectomía radical, después, la enferma tuvo una evolución satisfactoria. En enero de 1980 acude nuevamente al De-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

partamento de Oncología del Hospital, a la exploración se descubre una gran masa tumoral con protusión hacia vagina. Ante la magnitud de la recurrencia se dio unicamente tratamiento paliativo.

La paciente fallece en septiembre de 1980. No se hizo estudio postmortem por falta de autorización.

CASO 7.- Paciente del sexo femenino de 36 años de edad con diagnostico de carcinoma doble primario del cuello uterino. Se trató quirurgicamente con histerectomía radical más linfadenectomía en 1978. En 1981 permanece asintomática sin evidencia de actividad tumoral.

CASO 8.- Mujer de 69 años de edad que fue tratada quirúrgicamente con histerectomía radical y linfadenectomía en 1979. En 1982 permanece asintomática sin datos de actividad tumoral. (Tabla XI).

TABLA XI

 CARCINOMA EPIDERMOIDE IN SITU Y ADENOCARCINOMA INVASOR TRATAMIENTO Y EVOLUCION

NUMERO	EDAD	TRATAMIENTO	EVOLUCION
1.-	47	RADIOTERAPIA 5000 RADS 1976	ASINTOMATICA 1981
2.-	57	H.R. (')	ASINTOMATICA 1980
3.-	37	H.R. CON FETO IN UTERO 1976	ASINTOMATICA 1981
4.-	39	SE DESCONOCEN DATOS	SE DESCONOCE
5.-	33	H.R. Y LINFADENECTOMIA 1978	ASINTOMATICA 1982
6.-	60	RADIOTERAPIA 5000 RADS 1977 H.R. (') 1978	ASINTOMATICA 1982
7.-	36	H.R. (') MAS LINFADENEC TOMIA 1978	ASINTOMATICA 1981
8.-	69	H.R. MAS LINFADENECTOMIA 1979	ASINTOMATICA 1982

(') HISTERECTOMIA RADICAL

CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR Y ADENOCARCINOMA INVASOR

Se identificaron cinco casos de carcinoma epidermoide invasor y adenocarcinoma invasor.

CASO 1.- Paciente de 60 años de edad en la cuál --- no se efectuó ningún tratamiento por que la paciente no volvió al Hospital por lo tanto se ignora evolución.

CASO 2.- Mujer de 71 años de edad. Se le administró tratamiento a base de radioterapia a las dosis de 6600 rads.- en varias sesiones ante la persistencia de la actividad tumoral se optó por quimioterapia con malos resultados. La paciente falleció siete meses después del último tratamiento en -- agosto de 1978.

CASO 3.- Corresponde a una mujer de 36 años a quien se le practicó histerectomía radical en el año de 1980. En -- 1981 permanece asintomática y sin datos de actividad tumoral.

CASO 4.- Mujer de 41 años de edad. En este caso no se pudo localizar el expediente clínico por lo tanto ignora -- mos tratamiento y evolución.

CASO 5.- Paciente de 46 años de edad, se efectuó -- histerectomía radical. No se puede precisar evolución por que la paciente no volvió a sus citas subsecuentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XII

 CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR Y ADENOCARCINOMA INVASOR
 TRATAMIENTO Y EVOLUCION

NUMERO	EDAD	TRATAMIENTO	EVOLUCION
1.-	60	SE IGNORAN DATOS	SE IGNORA
2.-	71	RADIOTERAPIA 6600 RADS RADIACION INTRACAVITARIA QUIMIOTERAPIA 1978	MURIO 1978
3.-	36	HISTRECTOMIA RADICAL 1980	ASINTOMATICA
4.-	41	SE IGNORAN DATOS	SE IGNORA
5.-	46	HISTRECTOMIA RADICAL 1979	SE IGNORA

CARCINOMA EPIDERMOIDE MICROINVASOR Y ADENOCARCINOMA INVASOR

Se identificaron dos casos de carcinoma epidermoide de microinvasor coexistiendo con adenocarcinomas invasor, de los carcinomas dobles primarios del cuello uterino.

CASO 1.- Mujer de 37 años de edad, tratada con histerectomía radical y linfadenectomía en 1979. En 1981 permanece asintomática y sin datos de actividad tumoral.

CASO 2.- Paciente de 34 años de edad, se le practicó histerectomía radical en 1979. Falleció a los dos meses por complicaciones quirúrgicas.

EXTENSION Y METASTASIS DEL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

Todos los cánceres crecen primordialmente por con -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tinuidad. En el cérvix, en etapas posteriores pero en ocasiones simultaneamente a la invasión por continuidad, también hay crecimiento a lo largo del drenaje linfático y por este mecanismo aparecen metástasis en los ganglios linfáticos. La diseminación hematógena determina una etapa final, fuera del alcance de todo tratamiento radical quirúrgicos o radioterápicos.

Es interesante poder establecer la relación entre el estadio clínico en que se encuentra la lesión, tras una determinada exploración, y la presencia de metástasis linfáticas. Las cifras señaladas por diferentes autores son variables, los resultados obtenidos son:

Estadio I 20% al 25% de ganglios linfáticos afectados.

Estadio II 30% al 35% de ganglios linfáticos afectados.

Estadio III 40% al 50% de ganglios linfáticos afectados

Estadio IV Más del 60% de ganglios linfáticos afectados.

Henriksen (19) encontró en material de autopsias metástasis a distancia en el 35.5% de los casos no tratados, las localizaciones mas frecuentes fueron: Hígado, pulmones,-

e intestino; a pesar de la existencia de tales metástasis la mayoría de las muertes son debidas a insuficiencia renal por obstrucción y retención urinaria, obstrucción intestinal, -- desequilibrio hidroelectrolítico o caquexia.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO

DISPLASIAS: La conducta a seguir ante un caso diagnosticado como displasia estará condicionada al tipo y grado histológicos de la misma. En las displasias leves o moderadas por lo general no se efectua terapia, se mantiene a la enferma bajo control citológico y colposcópico. En las displasias severas se realiza de primera intención conización cervical que será de gran utilidad, tanto diagnóstica como terapéutica.

CARCINOMA IN SITU: El tratamiento varía según la edad de la paciente, el número de hijos que tiene o el deseo de descendencia. Otro dato que se debe de tomar en cuenta es el resultado del estudio anatomopatológico, si el informe del patólogo es carcinoma in situ con bordes quirúrgicos libres de lesión y se trata de una paciente joven que desea tener descendencia, se lleva a cabo conización, como único tratamiento y control periódico tanto citológico como colposcópico cada tres a seis meses. Si la paciente tiene hijos o se

trata de una mujer de edad relativamente avanzada se efectua ra histerectomía total conservando los anexos. Si el carcinoma in situ es extenso con lesión en los bordes quirúrgicos, - se practica histerectomía radical total conservando los -- anexos.

Creasman y cols. (20) en 861 carcinomas del cuello-uterino in situ encuentra recurrencias en el 2.9% . En las - pacientes tratadas con radioterapia las recurrencias fueron- del 8.9%.

En las pacientes tratadas con conización las recu- rrencias fueron del 7.7%. En las tratadas con histerectomía- fue de el 2.9%.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA INVASOR DEL CUELLO UTERINO:

El mejor tratamiento del carcinoma invasor es la - radioterapia. El tratamiento es específico practicamente so- bre el cáncer cervical a ello contribuye la disposición ana- tómica del útero en relación con los órganos vecinos y su -- drenaje linfático que permiten una distribución de dosis pre- cisa y eficaz y una morbilidad mínima cuando la aplicación - se hace con técnica correcta.

El plan terapéutico comprende además la radiación- del resto de la pelvis con una dosis uniforme idéntica a la- aplicada al tumor primitivo lo que se logra por medio de la-



radioterapia externa. Hay que tener muy en cuenta, para la aplicación de un tratamiento, además del diagnóstico anatomopatológico la Clasificación Internacional del Carcinoma cervicouterino propuesta por la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO).

CLASIFICACION CLINICA DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO

(FIGO)

ESTADIO 0	Carcinoma In situ (TIS).
ESTADIO 1	Carcinoma confinado al cérvix o con extensión solo al cuerpo uterino (T1).
ESTADIO 1 A	Casos con invasión precoz (microinvasión), sólo puede diagnosticarse histológicamente (T1A).
ESTADIO 1 B	Carcinoma clínicamente invasor (T1B).
ESTADIO II	Carcinoma que se extiende fuera del cérvix pero sin llegar a la pared pélvica, o que afecta a la vagina pero no a su tercio inferior (T2).
ESTADIO II A	Carcinoma que no infiltra el parametrio. (T2A).
ESTADIO II B	Carcinoma que infiltra el parametrio (T2B).
ESTADIO III	Carcinoma que se extiende a la pared pélvica; en el exámen rectal no se aprecia espacio libre entre el tumor y la pared pélvica y/o el carcinoma afecta al tercio inferior de la vagina (T3).
ESTADIO IV	El carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera, afecta a la vejiga o a la mucosa rectal o hay metástasis a distancia (T4).

Existe una correlación entre la clasificación clínica y las tasas de supervivencia a los cinco años (21).

ESTADIO 0	supervivencia a los cinco años	100%
ESTADIO I	" " " " "	93%
ESTADIO II A	" " " " "	83%
ESTADIO II B	" " " " "	73%
ESTADIO III	" " " " "	46%
ESTADIO IV	" " " " "	14%

El factor más importante para el pronóstico del carcinoma cervical es su grado de extensión cuando se instituye el tratamiento y en segundo lugar los datos histológicos. Para el tratamiento del carcinoma cervical estadio IA (microinvasor), hay autores que recomiendan intervención quirúrgica y algunos radioterapia.

Los resultados obtenidos con la radioterapia arrojan los siguientes índices de curación para los distintos estadios del cancer, después de cinco años.

ESTADIO I	85%
ESTADIO II	70%
ESTADIO III	40%
ESTADIO IV	10%

Los mejores resultados obtenidos con la radioterapia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no invalidan la utilidad de la cirugía en diversas condiciones, por ejemplo puede beneficiarse el caso que no haya sido sensible a las radiaciones y muestre recidiva con estado general aún bueno. En estos casos el estudio citológico proporciona datos útiles sobre la radiorrespuesta y permite descubrir las recidivas locales, el tratamiento quirúrgico puede consistir en histerectomía radical o en la excenteración pélvica.

Otra indicación quirúrgica puede ser la paliativa para el dolor.

Toda enferma tratada deberá ser objeto de vigilancia frecuente en el primer año, después se examinará cuando menos cada seis meses para determinar los resultados del tratamiento efectuado. Si se alcanza una sobrevida de cinco años y cuando no hay actividad tumoral, la paciente puede darse por curada.

V.- DISCUSION

El estudio del carcinoma in situ del cuello uterino ha despertado grandes controversias también en lo referente a su definición. Se continua postulando que el carcinoma in situ se origina a expensas de zonas de metaplasia escamosa, el origen de la metaplasia escamosa es a partir de proliferación de las capas profundas del epitelio escamoso a expensas de las células subcilíndricas o células de reserva. Estas células tienen totipotencialidad y pueden transformarse de epitelio columnar a epitelio escamoso. El origen de las células de reserva, es a partir de las células cilíndricas y a partir de células del estroma. En la actualidad no hay uniformidad de criterio para dilucidar el significado biológico de la metaplasia escamosa. Algunos autores piensan que la metaplasia escamosa se origina por el estímulo que el medio vaginal ácido ejercería sobre el epitelio columnar (22). A partir de la metaplasia escamosa se origina un epitelio escamoso maduro normal, pero en ocasiones la diferenciación o la maduración de sus células componentes se desvia y origina metaplasia atípica o displasia. Actualmente hay evidencia para afirmar la posibilidad de transformación de una displasia a carcinoma in situ y de un carcinoma in situ a cáncer invasor bajo la acción de un estímulo cancerígeno.-

La histogénesis del carcinoma del cérvix se esquematiza en -
la tabla XIII.

TABLA XIII
HISTOGENESIS DEL CARCINOMA DEL CERVIX

	CELULAS ESCAMOSAS	- CARCINOMA EPIDERMÓIDE
CELULAS SUBCOLUMNARES	CELULAS DE RESERVA	- CA. DE C. DE R. (')
	CELULAS GLANDULARES	- ADENOCARCINOMA

(') CARCINOMA DE CELULAS DE RESERVA

El comportamiento biológico del carcinoma del cérvix in situ es hacia la transformación al carcinoma invasor, si se deja a su evolución espontánea. En el presente estudio la frecuencia de carcinomas epidermoides in situ fue de 20% del total de carcinomas epidermoides del cuello uterino, destacando que este tipo de neoplasia ocupa el segundo lugar entre los carcinomas epidermoides. El carcinoma microinvasor ocupó el 6% y el carcinoma invasor la mayoría de los casos (64%). Ya fue comentada la frecuencia de tipos histológicos del carcinoma cervicouterino comparándola con los informes de la literatura. En nuestra revisión al carcinoma epidermoide le correspondió el 83% de los casos, al adenocarcinoma el 4%, mixtos e indiferenciados ocuparon el 0.8%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de carcinoma in situ coexistente con adenocarcinoma del cérvix se ha señalado esporádicamente por Wizilbash y Hombaut (23, 24).

Korhonem (25), en un estudio de 159 adenocarcinomas del cuello uterino, encontró nueve casos (6%) de coexistencia con carcinoma in situ del cervix.

En el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Norteamérica (26), se estudiaron 230 adenocarcinomas primarios del cuello uterino, en estos casos, 99 mostraron displasias y carcinoma in situ (43%). Es importante señalar que en los casos de nuestra revisión el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma del cérvix coexistían simultáneamente pero como lesiones separadas que no sugieren transformación de áreas glandulares a áreas escamosas.

Noris en 1936 (27) señaló la posibilidad de carcinomas dobles primarios del cuello uterino destacando que esta ocurrencia es extremadamente rara.

Ewing (28) cita un caso de adenocarcinoma del cérvix uterino con carcinoma epidermoide. Otros casos de dobles primarios han sido publicados por Friedell y McKay (29). Han sido informados casos de adenocarcinomas que 12 años después de recibir tratamiento con radiaciones desarrollaron carcinoma epidermoide, se cuestiona una posible relación entre la terapia y la aparición de la neoplasia.

El carcinoma doble primario del cuello uterino en el C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. ocupa el 0.9% de todas las neoplasias malignas del cuello uterino, esta frecuencia es similar a la señalada por Abad, (8) Abell (2), y Garza (10).

El origen de estos tumores o "tumores de colision", como también han sido llamados, es a partir de la célula única y bipotencial denominada de reserva o subcilíndrica de la unión escamo columnar del cuello uterino, que tiene un patrón de diferenciación, en forma simultanea hacia malignidad con coexistencia de ambas lesiones.

La edad de las pacientes con diagnóstico de carcinoma doble primario del cervix osciló entre 33 y 71 años. En la mayoría de las pacientes (seis) el tratamiento efectuado fue histerectomía radical con linfadenectomía, con resultados buenos ya que las seis permanecen asintomáticas y sin datos de actividad tumoral hasta diciembre de 1980. Un caso fue tratado con histerectomía radical con linfadenectomía además de radioterapia a dosis de 5000 rads con evolución satisfactoria.

Una enferma recibió radioterapia a dosis de 5000 rads con resultados buenos, permanece asintomática en diciembre de 1980.

En tres pacientes se efectuó tratamiento con histe -

rectomía radical y radioterapia con resultados desfavorables ya que fallecieron seis meses después del tratamiento.

Por lo anteriormente anotado, los mejores resultados fueron obtenidos con histerectomía radical y linfadenectomía. La radioterapia como único recurso y la quimioterapia dan resultados poco satisfactorios, sin embargo, no podemos afirmar que el tratamiento impartido en primer lugar (histerectomía con linfadenectomía) sea el de elección, y dé los mejores resultados para este tipo de neoplasia doble primaria, por los pocos casos con que contamos en esta revisión y porque algunos aun no tienen una sobrevida mayor de cinco años.

Deben de tomarse en cuenta factores como edad, estadio clínico y grado de invasión del tumor para establecer el tipo de tratamiento por medio del que se obtendrán los mejores resultados teniendo siempre en cuenta que un diagnóstico precoz de estas neoplasias nos dará una excelente sobrevida e incluso curación total.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VI.- CONCLUSIONES

- 1.- El carcinoma cervicouterino todavía es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres de nuestro medio.
- 2.- La edad de presentación del carcinoma del cérvix en su máxima frecuencia se encuentra entre los 45 y 55 años. Antes de los 30 se presenta en menor y después de los 55 años disminuye.
- 3.- Los tumores malignos del aparato reproductor femenino en cinco años observados en el departamento de Patología del C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. corresponde al 4.5% de todos los casos estudiados.
- 4.- Las neoplasias del cuello uterino ocuparon el primer lugar en frecuencia (79%) entre todas las lesiones malignas del aparato reproductor femenino.
- 5.- Las displasias del cuello uterino ocupan el 11% de todas las lesiones encontradas en el cérvix.
- 6.- Los carcinomas epidermoides del cuello uterino ocupan el 82% de todas las neoplasias malignas del cérvix de nuestro material.
- 7.- El carcinoma in situ del cuello uterino ocupó el segundo lugar en frecuencia (265 casos, 20%). Entre todos los casos diagnosticados como carcinomas epidermoides (1314 casos).

8.- El carcinoma microinvasor ocupó el 6% de los tumores epidermoides malignos del cérvix (67 casos).

9.- El carcinoma invasor ocupa el 64% de los tumores epidermoides malignos del cuello uterino. (982 casos).

10.- El carcinoma epidermoide no queratinizante ocupó el 16% de los casos. (213 casos).

11.- El adenocarcinoma del cuello uterino ocupa el 4% de frecuencia entre los tumores malignos del cuello uterino en el presente estudio.

a.- El adenocarcinoma in situ ocupa el 13% de los adenocarcinomas revisados (nueve casos).

b.- El adenocarcinoma invasor constituye el 53% de los casos (35 casos).

c.- El adenocarcinoma endometriode ocupa el 8% de frecuencia entre los casos estudiados (cinco casos) y clasificados dentro de la tabla IX.

d.- El adenocarcinoma adenoepidermoide tuvo 8% de frecuencia entre todos los adenocarcinomas (10 casos).

e.- El adenocarcinoma de células claras en el presente estudio fue observado en dos casos (4% de todos los adenocarcinomas estudiados).

f.- El adenocarcinoma poco diferenciado se identificó en cuatro casos (7%) de todos los adenocarcinomas revisados.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

dos en el presente estudio.

12.- Se identificaron dos casos que reúnen los criterios histológicos para ser diagnosticados como carcinoides primarios del cuello uterino, con frecuencia del 0.1%.

13.- Un caso fue diagnosticado como rhabdomyosarcoma pleomórfico del cérvix, (0.08%).

14.- Se identificaron 15 casos de carcinomas dobles primarios del cuello uterino. Estos tumores ocupan el 0.9% de frecuencia entre todas las neoplasias malignas del cérvix estudiadas en cinco años en el departamento de patología del C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. (1976 a 1980).

a.- La edad de las pacientes con diagnóstico de carcinoma doble primario del cérvix osciló entre los 33 y los 71 años.

b.- El tratamiento instituido en las pacientes con diagnóstico de carcinoma doble primario del cuello uterino, fue en seis casos histerectomía radical con linfadenectomía con resultados buenos, ya que las seis pacientes permanecen asintomáticas y sin datos de actividad tumoral hasta diciembre de 1980.

c.- Un caso fue tratado con histerectomía radical y linfadenectomía. Además de radioterapia, a dosis de 5000 rads con evolución satisfactoria.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

d.- Un caso recibió radioterapia a dosis de 5000 rads con resultados buenos, permanece asintomática en diciembre de 1980.

e.- En tres pacientes se efectuó tratamiento con histerectomía radical y radioterapia con resultados desfavorables, falleciendo seis meses después del tratamiento.

f.- Los mejores resultados en el tratamiento fueron obtenidos con histerectomía radical y linfadenectomía.

g.- La radioterapia como único recurso ofreció resultados poco satisfactorios en el presente estudio.

h.- La quimioterapia únicamente se aplicó como tratamiento paliativo en un caso con gran diseminación tumoral - posteriormente la aplicación de radioterapia. La paciente falleció siete meses después de la aplicación del último tratamiento.

VII.- RESUMEN

Fueron estudiadas 44,843 biopsias y piezas quirúrgicas del departamento de Patología del C.H. "20 de Noviembre" del ISSSTE, durante cinco años (1976 a 1980).

Las neoplasias del cuello uterino ocuparon el primer lugar en frecuencia (79%), seguidas de endometrio y miometrio 10%, ovario 4%, vagina y vulva 7%.

Se identificaron 15 casos de carcinomas dobles primarios del cuello uterino, 0.9% y de estos, ocho casos correspondieron a carcinoma epidermoide in situ y adenocarcinoma invasor (53%). Dos casos fueron diagnosticados como carcinoma epidermoide microinvasor y adenocarcinoma invasor (14%) y cinco casos como carcinoma epidermoide y adenocarcinoma invasores, (33%).

La edad de las pacientes con diagnóstico de carcinoma doble primario del cuello uterino osciló entre 33 y 71 años.

Se comenta el tratamiento que se les dió a cada una de las pacientes así como la evolución de las mismas.

Se comparan los resultados obtenidos en esta revisión con los reportes de la literatura. Se discute la histogénesis de los tumores dobles primarios del cuello uterino.

Los carcinomas dobles primarios del cuello uterino -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

en el C.H. "20 de Noviembre" del ISSSTE en cinco años ocupan una frecuencia de 0.9% de todas las neoplasias malignas del cérvix.

Por el pequeño numero de casos de carcinoma doble-primario del cérvix encontrados en el presente estudio y debido a que en la literatura no se hace hincapie sobre evolucion, no podemos establecer si la presencia de dos patrones-histológicos de neoplasias en el cérvix pudieran tener un comportamiento peculiar, es pues necesario reunir y estudiar un mayor número de casos para poder obtener alguna conclusion a este respecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1,7.- Glucksman, A. y Cherry, C.P. Incidence, histology and response to radiation of mixed carcinoma of the uterine cervix. Cancer 9:971, 1956.
- 2.- Abell, M.R. and Gosling, J.R.G. Gland cell carcinoma of uterine cervix. Am. J. Obstet. Gynecol. 83: 755, 1962.
- 3.- Rotkin, I.D. y Cameron, J.R. Clusters of variables in -fluencing risk of cervical cancer. Cancer 21:663, 1970.
- 4.- Copleson, A. The origen and nature of pregmalignant -- lesion of the cervix uteri. J. of Gynecol. and Obstet.- 8:2, 1970.
- 5.- Naib, Z. Cytology of viral cervicovaginitis. Acta Cytol. 10:126, 1966.
- 6.- Martzloff, K.H. Carcinoma of cervix uteri Bull. Johns - Hopkins Hosp. 34:141, 1923.
- 8.- Abad, S.R. Clinical significance of adenocarcinoma of - the cervix. Am. J. Obstet. Gynec. 104:517, 1967.
- 9.- Lauchlan, C.S. Simultaneos adenocarcinoma in situ and - epidermoid carcinoma in situ, Cancer 20:2250, 1967.
- 10.- H. Garza. Carcinoma doble primario del Cervix. Ginec. - Obstet. Méx. 40:439, 1976.
- 11.- Ahued, A.R. Carcinoma epidermoide, adenocarcinoma de - cervix, reporte de un caso. Ginec. Obst. Méx. 32:173, - 1972.
- 12.- Glucksmann S. Relationships between hormonal changes in pregnancy and the development of mixed carcinoma. Can - cer 10: 831, 1957.
- 13.- Weeless, C.R. Graham R. Prognosis and treatment of ade - noepidermoid carcinoma of the cervix. Obst. Gynecol. 35: 928, 1970.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 14.- Fox, H, Kazzaz, B. y Langley, F.G. Argyrophil and argentaffin cell in the female genital tract and in ovarian mucinosus cysts. J. Path. Bact. 88: -- 479, 1964.
- 15.- Albores, J. Carcinoide primario del cuello uterino. Patologia 13:67, 1975.
- 16.- Bolande, R.P. The neurocristopathies: a unifying concept of disease arising in neural crest development. Hum. Path. 5: 409, 1974.
- 17.- Albores, J. Y Larraza, O. Carcinoid of the uterine cervix. Cancer 38: 2328, 1976.
- 18.- William, R. y Hart, M.D. Rhabdomyosarcoma of the uterus. Am. J. Clin. Path. 70: 217, 1978.
- 19.- Henriksen, E. The lymphatic spread of carcinoma of cervix and body of the uterus. Am. J. Obstet. -- Gynecol. 58: 924, 1949.
- 20.- Creasman, W.T. y Rutledge, F. Carcinoma in situ of the cervix, an analysis of 861 patients. Obstet. Gynecol. 39:373,1972.
- 21.- Rubin, P. (Editor) Clinical Oncology for medical students and physicians, 3o Ed. 1970-1971, American Cancer Society.
- 22.- Waltz, B. Reid, B. y Coppleson, M. The natural history of the origin of cervical cancer of the uterine cervix. Cancer 61:1200, 1953.
- 23.- Qizilbash, H.A. In situ and microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix. Am. J. Clin. Pathol. 64:155, 1975.
- 24.- Rombaut, R.P. Adenocarcinoma of the cervix. Cancer 19:891,1966.
- 25.- Korhonem, M.D. Adenocarcinoma of the uterine cervix. Acta Pathol. Microbiol. Scand. (Suppl). 1:264, 1978.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 26.- Maier, R.C. Coexistence of cervical intraepithelial neoplasia with primary adenocarcinoma of the endocervix. *Obstetrics y Gynecology* 59:361, 1980.
- 27.- Norris, C.C. Adenocarcinoma of the cervix. *Am. J.-Cancer* 27:653, 1936.
- 28.- Ewing, S. *Neoplastic Diseases*. Philadelphia, 1940, W.D. Saunders Company P. 606.
- 29.- Friedell, G.H. and McKay, D.G. Adenocarcinoma in situ of the cervix. *Cancer* 6:887, 1953.
- 30.- Wentz, W.B. y Reagan, J.W. Grading of cervical cancer. *Cancer* 12: 384, 1959.
- 31.- Broders, A.C. Grading of Carcinoma *Minnesota Med.* 8:726, 1925.
- 32.- Martzloff, K.H. Carcinoma of the cervix uteri. -- *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 34:141, 1923.
- 33.- Warren, S. The grading of carcinoma of the cervix-uteri as checked at autopsy *Arch. Pathol.* 12: 783, 1931.
- 34.- Rawls, W.E. Gardner, H.L. Antibodies to genital herpesvirus in patients with carcinoma of the cervix. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 107:710, 1970.
- 35.- Broders, A.C. Carcinoma in situ contrasted with -- benign penetrating epithelium. *J.A.M.A.* 99:1670, - 1932.
- 36.- Regaud, C. y Gricouroff, G. *Bull. Assoc. Franc. - pour l'etude du cancer* 22:285, 1933.
- 37.- Reagan, J.W. The cells of uterine adenocarcinoma - of the cervix a clinico Pathologic study of 47 casos *Cancer* 19: 807-810, 1965.
- 38.- Leveuf, J. Herrenschmidt, A. and Godard, H. L'envahissement des ganglions dans les cancers du col de l'uterus. *Bull. Assn. Frans. Etude cancer* 22: 239, 1933.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

- 39.- Heppler, T.K. Dockerty, M.B. and Randall, L. Primary adenocarcinoma of the cervix. Am. J. Obstet. y Gy - nec. 63:800,1952.
- 40.- Philip Littman, M.D. Glassy cell carcinoma of the cervix Cancer 37:2238, 1976.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN