

11217
87
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“CANCER CERVICOUTERINO EPIDEMIOLOGIA Y
PRESENTACION CLINICA EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HIES
1995-1997”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA

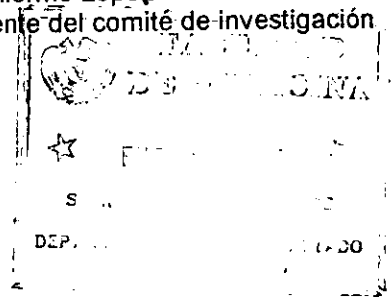
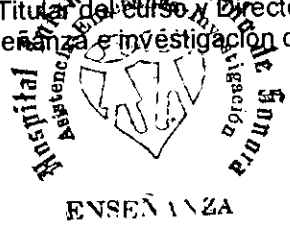
DRA. CARMEN MARIA LOPEZ AYLA

[Signature]
Dr. Norberto Sorelo Cruz
Director General del HIES

[Signature]
Dr. José Peña Tapia
Director del área de Ginecología y
Obstetricia

[Signature]
Dr. Ramiro García Álvarez
Profr. Titular del curso y Director
de enseñanza e investigación del HIES

[Signature]
Dr. Guillermo López Cervantes
Presidente del comité de investigación



757898



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

Dr. Felipe Méndez Velarde
Jefe de enseñanza del área de
Ginecología y Obstetricia

Dr. Guillermo López Cervantes
Jefe del servicio de patología y
asesor de tesis

Dr. Juan B. Rendón
Cirujano oncologo del área de
Ginecología y Obstetricia y
Asesor de Tesis



Hermosillo, Sonora

Febrero 1998

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la oportunidad de realizar el curso de especialidad, para así servir a los demás.

A la sonrisa de mis padres cuando eran niños y ofrecérmela.

A Luis por el Don de pertenecemos para siempre.

A mis maestros por su inquietud de enseñanza incondicionalmente.

A mis amigos y compañeros por su cariño y sus muestras de amistad.

GRACIAS...

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	01
OBJETIVOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
RESULTADOS.....	28
GRAFICAS Y CUADROS.....	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIÓN.....	45
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	46

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE CÁNCER:

Existen diversas definiciones de cáncer de las cuales una de ellas es: El cáncer es una proliferación incontrolada de células que expresan diversos grados de fidelidad a sus precursores. Así mismo sugiere que el proceso neoplásico no solo entraña proliferación celular sino también una modificación de la diferenciación de los tipos celulares afectados de los cuales persisten después de haber cesado el estímulo inductor¹.

Además el término de cáncer se emplea para designar a un grupo de enfermedades comunes para numerosas especies biológicas, la especie humana entre ellas. La ciencia médica está conciente de su importancia, ya que constituye la segunda de las causas de muerte a cualquier edad en los países que comparten la civilización moderna y cuya patogenia se vincula en forma íntima con el programa del origen de la vida humana.

Así, a casi un siglo y medio en el que R. Virchow caracterizó al cáncer como una enfermedad producida por un crecimiento progresivo y continuo de células del propio organismo. Actualmente el conocimiento médico ha logrado no solo su diagnóstico clínico, sino su diagnóstico histológico precoz y en ocasiones bioquímico con lo que ha permitido su curación mediante cirugía, radiaciones y quimioterapia en un elevado número de casos. Además, la idea popular de un curso inexorablemente mortal de este padecimiento, se basa en la experiencia sobre casos con diagnóstico tardío y muchas veces equivocado en su fase temprana y oportuna para tratamiento.

Por otra parte, su elevada morbilidad y mortalidad que sigue un curso paralelo a la cada vez mayor longevidad humana ha motivado la confluencia de la investigación moderna en epidemiología clínica, biología celular, bioquímica, genética y patología del cáncer, lo que ha generado también un conocimiento gradualmente progresivo sobre la proliferación y crecimiento de la célula eucariótica normal².

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La citología exfoliativa es un método auxiliar diagnóstico que junto con el estudio histopatológico corrobora el sustrato anatómico de numerosos padecimientos. Se basa en el estudio microscópico de las células descamadas por exfoliación natural. Estos hallazgos fueron descritos inicialmente en 1943 por el doctor Jorge N. Papanicolaou, y han servido para el estudio y evaluación de la duración y características del ciclo ovárico, estudio de la esterilidad y del embarazo normal y patológico entre otros. Además en las células de los tejidos neoplásicos, las uniones intercelulares se alteran con lo que su descamación es mayor que en los tejidos normales. Corresponde el mérito haber sistematizado la obtención, tinción e incluso la forma de reportar los hallazgos citológicos, fundamentalmente en el cuello uterino, además de haber identificado en pacientes asintomáticos cambios celulares que se presentan antecediendo el carcinoma invasor del cuello uterino, con lo que el estudio citológico se transformó en el método que permitió estudiar grandes volúmenes de población femenina asintomática y de alto riesgo y dentro de ellos detectar mujeres con lesiones precursoras del carcinoma uterino invasor para poder disminuir los casos avanzados de Ca Cu³ (Cáncer Cervicouterino).

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, es decir, precursoras del cáncer de cuello han sido ampliamente estudiadas y discutidas a partir de la década de los 30's hasta la actualidad. Se utilizaron numerosos términos para indicar las lesiones epiteliales con anomalías celulares y arquitectónicas de menor grado, lesiones con significado pronóstico incierto. De ahí la palabra "displasia" fue sugerida por primera vez por Papanicolaou, en 1949 como sinónimo de lesiones de grado inferior. Esta terminología no halló difusión hasta que Reagan y col., En 1953, en un trabajo de morfología celular

de carcinoma in situ y displasia o hiperplasia atípica del cérvix uterino, volvieron a utilizar el término displasia para indicar lesiones que no interesaban todo el espesor del epitelio y en las cuales quedaba cierto grado de estratificación normal.

En 1963 Koss afirmó que las displasias leves y moderada eran lesiones "bordeline", mientras que la displasia grave y el carcinoma in situ debían ser considerados entidades que podían superponerse, tanto desde el punto de vista morfológico como biológico⁴.

En Marzo de 1988 se efectuó en Bethesda una reunión de expertos en patología cervical, en la cual se probó una clasificación de citología cervicovaginal denominada Bethesda System. Esta es una clasificación "descriptiva" de la citología cervicovaginal que al cancelar definitivamente la clasificación de Papanicolaou, considerada no confiable para una real correlación clínica, intenta obtener la interpretación de una muestra citológica en términos diagnósticos no ambiguos. La clasificación consiste en considerar los diferentes grados de displasias en tipos de neoplasia intraepitelial cervical⁵. Posteriormente en una segunda reunión en 1991 incluyeron las lesiones de bajo y alto grado⁶.

Neoplasia Intraepitelial Cervical I

Displasia mínima.

Lesión de bajo grado

Displasia leve.

Neoplasia Intraepitelial Cervical II

Displasia moderada.

Neoplasia Intraepitelial Cervical III

Lesión de alto grado

Displasia severa.

Carcinoma in situ.

CARCINOMA DE CÉRVIX

Es una neoplasia de origen epitelial caracterizado por el crecimiento anormal diseminado de células que se desarrollan en forma incontrolada avanzando en los tejidos normales y los destruyen alterando el funcionamiento del organismo.

Existen por lo menos, seis tipos de células en el cérvix con diversos grados de potencial neoplásico;

1. La célula epitelial escamosa original del endocérvix la cual puede dar origen, aunque infrecuentemente al carcinoma bien diferenciado queratinizante, al carcinoma verrugoso o al carcinoma epidermoide medular.
2. La célula columnar mucoproductora del endocérvix de la que se origina el adenocarcinoma común o de las células columnares y variantes como el adenoma maligno, el adenocarcinoma medular, el adenocarcinoma de células claras, el mucinoso, el endometroide y el adenocarcinoma escirroso.
3. La célula columnar ciliada intercalada entre las mucoproductoras del endocervix que pueden dar lugar a una variante papilar de adenocarcinoma.
4. Las células neuroendocrinas de localización y funcionamiento poco conocidas en el cérvix que dan origen a las carcinoides de este órgano.
5. Un tipo de célula denominada "célula de reserva subcolumnar" que puede demostrar, en condiciones irritativas del cérvix, que tiene capacidad de proliferar y transformarse en célula mucoproductora ciliada o bien en célula escamosa originando la llamada zona de transformación del cérvix la que en su fase de inmadurez es altamente susceptible a estímulos oncogénicos en esta zona donde se origina la mayoría de los carcinomas epidermoides y debido al potencial de esta célula para diferenciarse en diversas líneas, también se ha

postulado que son el origen de carcinomas mucoepidermoides, adenomas quísticos e incluso de carcinoides.

6. Restos mesonéfricos que pueden originar hiperplasias y ocasionalmente adenocarcinomas.

El carcinoma epidermoide del cérvix y del adenocarcinoma endocervical son las neoplasias más comunes de este órgano con una frecuencia de 95% y de 4% a 5% respectivamente, reportes recientes han mostrado la existencia de variantes de las anteriores y de otras neoplasias epiteliales no necesariamente de la célula escamosa o mucoprodutora del cérvix, muchas de ellas con un comportamiento biológico particular⁶.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una enfermedad de distribución universal que ocupa el sexto lugar entre las neoplasias de todo el mundo, se presenta con mayor frecuencia en países de América Latina, Asia, Africa y Europa Oriental; de acuerdo a la Organización de la Salud en la Región de las Américas hay entre 20,000 y 30,000 defunciones anuales por este tipo de cáncer, lo que correspondería a tres cuartas partes de todos los pacientes residentes en países de desarrollo.⁷

En la primera mitad del siglo XX, el cáncer cervical era el cáncer más común del tracto reproductor femenino, en los Estados Unidos de América. Desde 1950 tanto la incidencia como la tasa de mortalidad han disminuido, de modo que la enfermedad ocupa actualmente el segundo lugar en incidencia después del cáncer de endometrio y el segundo en mortalidad después del cáncer de ovario en relación al cáncer de origen del tracto genital productivo femenino.⁸ Además la Sociedad Americana de Cáncer determina que anualmente 50,000 mujeres presentan neoplasia intraepitelial cervical. De las cuales se desarrollan 13,500 casos de carcinoma por año y se presentan 6000 muertes por causa, representando una tasa de 3.2X100,000 mujeres.⁹

The World Health Statistics 1987-1990, muestra que México ocupó el primer lugar en mortalidad por Ca Cu.¹⁰

En México, en el año de 1994, el Ca Cu ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos con un total de 4,365 defunciones anuales, es decir, una tasa de 9X100,000 mujeres.¹¹

El Ca Cu ocupa el primer lugar en México con 32.3% de 62,275 casos de neoplasias registradas en 1996. En Sonora, tanto en el sur como en el norte del estado también ocupó el primer lugar con el 21.9% y 23.3% respectivamente.^{13 y 14}

En el grupo de mujeres de 30 a 40 años, es la tercera causa de muerte y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64 años. Las tasas especificadas de mortalidad se incrementan a medida que aumenta la edad. Si se toma como referencia a las mujeres menores de 40 años y se compara con cada uno de los grupos anteriores, el riesgo de fallecer son cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 años y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años.¹⁵

Cada día fallecen 12 mujeres por cáncer cervicouterino.¹⁶ En 1992 fallecieron en México 4,346 mujeres por causas de Ca Cu equivalente a un fallecimiento cada dos horas.¹⁷

Así mismo presenta una tasa de 20 muertes en 1,000 defunciones entre las mujeres y aproximadamente 10 en cada 1,000 del total de defunciones. Por otro lado la tasa de mortalidad estimada en general es de 3.8X100,000 habitantes y con respecto a mujeres es de 7.7X100,000 mujeres.¹¹

En la actualidad el nivel socioeconómico de la mujer guarda cierta relación con la presencia del Ca Cu, pues se han encontrado diferencias de cáncer cervical invasor, y esto debido a la presencia del virus papiloma humano.¹⁸

ETIOLOGIA

Varios factores epidemiológicos se asocian con el cáncer del cuello uterino, entre ellas las relaciones sexuales a una edad temprana, múltiples parejas sexuales, edad joven del primer embarazo, multiparidad, bajo nivel socioeconómico, una pareja sexual masculina perteneciente a un grupo de alto riesgo, tabaquismo, y la exposición a dietilestilbestrol.^{19,20}

Es probable que estos factores no sean variables independientes sino que reflejen un riesgo elevado de adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

En la década de los 60's y los 70's la atención se volcó hacia el virus Herpes simple tipo II, cuando se descubrió la presencia del RNA del virus hasta un 40% de mujeres con cáncer invasor, y a fines de la década de los 70's se observó una asociación al virus Papiioma Humano (VPH) causante de los condilomas y displasias cervicales²⁰.

Más de setenta cadenas dobles de DNA viral han sido identificadas. Hay varios tipos de VPH, los cuales varían en su habilidad para transformar el epitelio cervical. Entre estas variedades de bajo riesgo tales como tipo 6, 11, 42 y 44. Las variedades de alto riesgo incluyen 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52 y 56.²²

Por lo cual hay evidencias que el DNA del VPH esta presente virtualmente en todos los casos (93%) del cáncer cervical y en lesiones precursoras²³. Además se demostró que las proteínas virales E6 Y E7 producidas por VPH de alto riesgo son

potencialmente críticas para la transformación maligna en las proteínas de las células huésped. La infección por VPH es de mayor riesgo para lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma cervical invasor²⁴.

Por lo anterior es quizá el virus papiloma humano una de las más importantes patologías a las que el ginecólogo se tiene que enfrentar.^{20,25}

PERFIL CLINICO

La historia natural de este cáncer ha sido profundamente estudiada y se sabe sobre ellas más que cualquier otro cáncer.

La excepcional accesibilidad del cérvix uterino al estudio de sus células y tejidos y la posibilidad de su examen físico directo a permitido la exhaustiva investigación del cáncer en etapas incipientes y ahora sabemos que estas lesiones tumorales tienen una aparición gradual y que sus precursores pueden existir en una forma reversible seguida de un estadio superficial. Estas fases son sintomáticas y hoy en día pueden ser detectadas por citología cervical por lo tanto el contacto completo de esta enfermedad será posible en un futuro y podrá hablarse de una erradicación de la mortalidad debida a cáncer cervicouterino.²⁰

La representación clínica del Ca Cu invasor lo constituye la metrorragia indolora intermitente o el manchado exclusivamente postcoital o después de la higiene diaria. A medida que crece el tamaño del tumor, los episodios de hemorragia se hacen

más importantes, más frecuentes y de mayor duración. La paciente puede también referirse a lo que ella considera un incremento en la cantidad de su flujo menstrual regular, finalmente la hemorragia se hace continua. En la mujer posmenopáusicas, es más probable que dicha hemorragia lleve a buscar atención médica precoz.

Los síntomas o indicadores tardíos de enfermedad más avanzada incluyen el desarrollo de dolor referido al flanco o al miembro inferior, que suele ser secundario a la afectación de los ureteros, la pared pélvica y/o el recorrido del nervio ciático. Muchas pacientes refieren disuria, hematuria, rectorragia o estreñimiento debido a invasión vesical o rectal. Las metástasis a distancia y el edema persistente de uno o ambos miembros inferiores como resultado del bloqueo linfático y venoso debido a la afectación extensa de la pared pélvica, son manifestaciones tardías de la enfermedad primaria y resultan frecuentes en caso de recurrencia. También pueden darse como fenómenos preterminales hemorragias masivas y desarrollo de uremia con inanición profunda.²⁵

VIAS DE DISEMINACION

Las principales vías de diseminación del carcinoma del cuello uterino son:

- 1) Hacia la mucosa vaginal, extendiéndose de forma microscópica más allá de los límites de la lesión visible o palpable;
- 2) Hacia el miometrio del segmento uterino inferior y el cuerpo, especialmente en el caso de las lesiones originadas en el endocérvix;

- 3) Hacia los ganglios linfáticos paracervicales y desde allí a los ganglios linfático afectados con más frecuencia (es decir ganglios obturados hipogástricos e iliacos externos). La diseminación puede ocurrir en estados tempranos del cáncer; el tumor tiende a localizarse en la luz del canal linfático y de ahí propagarse por extensión directa. Minúsculos fragmentos tumorales llegan al ganglio linfático próximo alojándose en él. Ahí son eliminados o continúa su crecimiento destruyéndolo. A continuación se debe pronunciar una embolia tumoral al siguiente ganglio de la cadena linfática o si se produjo obstrucción del flujo linfático originan metástasis retrógradas. Aunque las posibilidades son diversas de un caso. Los ganglios linfáticos secundarios son los sacros, iliacos comunes, aórticos e inguinales^{20,25}.

La invasión a corriente sanguínea ocurre junto con la linfática y puede observarse también incluso en tumores tempranos aunque es más extensa en estadios tardíos. La mayor incidencia de invasión ocurre en las vénulas y venas raramente es arterial. Aproximadamente el 30% de las pacientes que fallecen por carcinoma cervicouterino presentan metástasis a hígado, pulmones y bazo.

- 4) Extensión directa hacia estructuras adyacentes o parametrios, que pueden alcanzar fascia obturatriz y la pared de la pelvis verdadera. La extensión de la enfermedad hacia la vejiga ó el recto puede asociarse o no con la aparición de fistulas vesicovaginales o rectovaginales.³⁰

ASPECTO MACROSCÓPICO

El aspecto macroscópico clínico del carcinoma del cuello uterino varía de forma considerable y depende de la afectación regional y de la naturaleza del patrón de crecimiento particular de la lesión.

Se han descrito tradicionalmente tres categorías de lesiones macroscópicas. La más común es la exofítica en un 64% de los casos que suelen nacer del ectocérvix, presentándose como una masa fungante grande, friable, rojo amarillento que puede sangrar profundamente. Estas lesiones crecen en ocasiones dentro del canal endocervical y distienden el cuello y dicho canal creando la denominada lesión en forma de barril.

Un segundo tipo de Ca Cu lo constituyen los tumores infiltrantes o endofíticos en un 36% de los casos, que se aprecian como un cuello de consistencia pétreo.

Una tercera categoría de la lesión lo constituye el tumor ulceroso que erosiona el cuello uterino sustituyéndolo a menudo, junto con una porción de la cavidad vaginal superior por una gran úlcera asociada con infección local, secreción seropurulenta^{8,25,16 y}

CLASIFICACIÓN HISTOPATOLOGICA

TUMORES MALIGNOS DEL CUELLO UTERINO

I. Tumores epiteliales

A. Carcinoma de células escamosas

1. No queratinizantes de células grandes
2. Queratinizantes de células grandes.
3. De células pequeñas
4. Carcinoma verrucoso

B. Adenocarcinoma

1. Tipo normal
2. Adenoma maligno (Adenocarcinoma de desviación mínima)
3. Mucinoso
4. Papilar
5. Endometrioides
6. De células claras
7. Adenoides quísticos

C. Carcinoma adenoescamoso

D. Carcinoma de células pediculares (carcinoma de células vitreas)

II. Tumores del tejido mesenquimal

A. Sarcoma del estroma endocervical

B. Carcinosarcoma

C. Adenosarcoma

D. Leiomiomas

E. Rabdomiosarcoma de Gartner (mesenquima verdadero)

III. Tumores del conducto de Gartner (*mesonefroma verdadero*)

A. *Tumores metastásicos*

B. *Linfomas*

C. *Melanomas*

D. *Carcinoides*

DIAGNOSTICO

La metodología del diagnóstico incluye la etiología, examen pélvico con espéculo para visualizar el cérvix, así como la extensión de la enfermedad a vagina, la citología cervical, la colposcopia, la cual nos muestra sitios adecuados para la biopsia e identificar áreas de extensión vaginal y conización cervical.²⁸

La colposcopia es útil para evaluar lesiones escamosas del tracto genital inferior, pero para evaluar anormalidades glandulares del cérvix es limitado. Por lo cual el diagnóstico definitivo para lesiones glandulares de la zona de transformación es mandatorio el cono biopsia el cual dará la pauta para el manejo clínico.²⁹

El curetaje endocervical realizado durante la colposcopia diagnóstica perfeccionará la precisión del diagnóstico histológico de lesiones premalignas y malignas del cérvix. Es un procedimiento esencial especialmente en lesiones endocervicales.^{30,31}

La excisión por asa electroquirúrgica es una herramienta para el diagnóstico y tratamiento en el manejo de neoplasias intraepiteliales de alto grado, es de bajo costo y bien tolerado teniendo ventaja como un procedimiento conservador y permite examinar histológicamente el tejido removido.³²

Posteriormente el examen digital vaginal para establecer la consistencia cervical y la extensión a fondos de saco y vagina. El examen rectal es básico para ayudar a establecer el volumen cervical así como la extensión a parametrios al encontrar nodularidades laterales el cérvix o continuidad del tumor hasta la pared pélvica.

La estadificación del cáncer cervical invasor es totalmente clínica por lo que se basa en el examen físico, estudios de laboratorio y evaluación radiográfica y directa de ciertos órganos. La estadificación quirúrgica si se realiza no altera la clasificación clínica que es básica para el tratamiento y para valorar los resultados de éste, por tanto es preciso establecer y recalcar que la clasificación internacional nos permite la evaluación clínica preoperatoria y pretratamiento en lo que se refiere a la extensión real patológica o anatómica encontrada en el momento de la cirugía o de la necropsia.

Si existe duda en cuanto a la etapa en que se encuentra la enfermedad debe ser colocada en el estadio más temprano. Y el tratamiento debe ser iniciado y este no será cambiado por los hallazgos subsecuentes.

El examen físico puede realizarse en la paciente ambulatoriamente sin embargo cuando existen problemas para establecer el estadio debe ser realizado bajo anestesia.²⁰

CLASIFICACIÓN DE CANCER CERVICAL UTERINO (FIGO 1976)

ESTADIO 0	Carcinoma in situ
ESTADIO I	Carcinoma confinado al cérvix
IA1	Carcinoma preclínico. Diagnóstico solo por microscopía.
IA2	Profundidad de invasión <5mm, invasión horizontal <7mm.
IB	Lesiones mayores que las anteriores.
ESTADIO II	Carcinoma se extiende fuera del cérvix, no llega a pared pélvica, envuelve vagina no su tercio inferior.
IIA	No hay invasión de parametrios obvia.
IIB	Invasión parametrios obvia.
ESTADIO III	Carcinoma se extiende a la pared pélvica involucra el tercio inferior de vagina. Todos los casos con hidronefrosis o riñones no funcional.
IIIA	Sin invasión a pared pélvica en un lado.
IIIB	Extensión a pared pélvica y/o hidronefrosis y/o riñón no funcional.
ESTADIO IV	El carcinoma se extiende mas allá de la pelvis.
IVA	Diseminación a órganos adyacentes.
IVB	Diseminación a órganos distantes.

3.20.23

PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DEL ESTADIO

GENERALES:

- Historia clínica completa.
- Examen en físico: Vagina rectal con palpación de ganglios linfáticos.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

- Urografía excretora.
- Enema de bario. (Estadio III, IV y estadios tempranos con sintomatología referente a colón o recto).
- Tele de tórax.

PROCEDIMIENTOS:

- Biopsia cervical (Tumor subclínico).
- Colposcopia.
- Histeroscopia (invasión endometrial).
- Legrado endocervical.
- Cistoscopia (IIB, III y IV A).
- Rectosigmoidoscopia (IIB, IIIA,B y IV A).

ESTUDIOS OPCIONALES

- Tomografía Axial computarizada.
- Linfangiografía
- Ultrasonografía
- Imagen por resonancia magnética.

- Rastreo con radionúclidos.
- Laparoscopia

ESTABLECIDA SU UTILIDAD POR LA FIGO. ^{20,25}

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer cervical in situ e invasor la cuestión es determinar el mejor tratamiento para la paciente. Las medidas terapéuticas concretas suelen verse limitadas por la edad y el estado de salud general de la paciente, la extensión del cáncer, la presencia y el tipo de complicaciones. Por ello, resulta esencial llevar acabo una exploración completa y cuidadosa de la paciente llegando posteriormente al radioterapeuta, el ginecólogo oncologo a una decisión conjunto. ^{20,25}

El tratamiento para Ca Cu In situ o etapa 0, la conización cervical será el tratamiento quirúrgico o por asa diatermica, cuando los limites exactos de la lesión se definen por colposcopia o cuando la muestra histopatológica reporta márgenes completamente libres. ^{8,33,36}

Se seleccionará pacientes jóvenes quienes desean conservar la fertilidad. ^{8,3,34,35}

LA CLASIFICACIÓN DE RUTLEDGE

De la Histerectomía ampliada es aplicada en al tratamiento de mujeres con Cáncer Cervicouterino In Situ e Invasor.²⁵

TIPO I: HISTERECTOMÍA EXTRAFACIAL.

Se incide el ligamento pubocervical permitiendo el desplazamiento lateral del útero.

Indicación; Ca Cu in situ, carcinoma preclínico.

TIPO II: HISTERECTOMÍA RADICAL MODERADAMENTE AMPLIADA

Extirpación de la mitad medial de los ligamentos cardinales y uterosacros.

Extirpación del tercio superior de la vagina. Linfadenectomía pélvica.

Indicación; Ca Cu Ia2. Microcarcinoma postradiado.

TIPO III: HISTERECTOMÍA RADICAL AMPLIADA.

inciuye extirpación de tejido parametrial bilateral. Linfadenectomía pélvica. Extirpación de la totalidad de los ligamentos cardinales y uterosacros, extirpación del tercio superior de la vagina.

TIPO IV: HISTERECTOMÍA RADICAL.

Extirpación total de los tejidos periureterales, arteria vesical superior y tres cuartas partes de la vagina y lo anterior del tipo III

Indicación. Recurencias de la localización anterior y central en las que resulta posible conservar la vejiga en estos casos realizar un reimplante del ureter en vejiga, mediante una ureteroileoneoscistostomía

TIPO V: HISTERECTOMÍA.

Extirpación de porciones del uréter distal y la vejiga.

Indicación: Cáncer recurrente central que afecta alguna porción del uréter distal o la vejiga.

Esta clasificación es práctica y subraya una vez mas la necesidad de que el cirujano ajuste la técnica quirúrgica a la extensión de la enfermedad.^{8,20,25}

En la mayoría de los centros el método del tratamiento inicial de la enfermedad localmente avanzada es la radioterapia, empleando tanto radio intracavitario como tratamiento externo con rayos X.²⁰

COMPLICACIONES

La principal complicación tras la cirugía radical del CaCu invasor es la disfunción vesical postquirúrgica, posteriormente la formación de fistulas ureterales, linfoquistes, infección pélvica y hemorragia.^{20,36}

La embolia pulmonar es la complicación con mayor riesgo de mortalidad en el período transquirúrgico y postquirúrgico.²⁰

La administración de dosis totales de radioterapia a la pelvis ante la realización histerecemia radical se traduce en un aumento significativo de las complicaciones, especialmente de fistulas del tracto urinario y obstrucción ureteral debida a fibrosis o en un aumento en la frecuencia de la formación del linfoquistes y colitis postradiación.
^{20,37,38}

CARCINOMA DEL CUELLO RECURRENTE Y AVANZADO

El carcinoma del cuello uterino recurrente (lesión que aparece después de 2 años consecutivos al tratamiento) constituye una entidad clínica desalentadora para el médico, situándose su índice de supervivencia a un año entre el 10% y el 15%.

Finalizando el tratamiento de una lesión invasora según el estadio, un seguimiento adecuado constituye la clave para la detención precoz de las recurrencias, con su confirmación histológica. Tanto las mujeres jóvenes como las de edad avanzada es importante la realización de pruebas de detención selectiva para Ca Cu, contribuyendo así de forma considerable al índice de mortalidad.

RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONOSTICOS

Los resultados de tratamiento del Ca Cu revelan una amplia dispersión de los índices de supervivencia a los cinco años entre los diversos estadios del carcinoma.

El índice de curación global obtenido por la FIGO con Ca Cu estadio I fue del 75.7%. Los estadios II y III fueron del 54.6% y del 30.6% respectivamente.

Las pacientes a quienes se administran radioterapia postoperatoria parecen lograr un mejor control local, pero el problema de la extensión sistémica de la enfermedad solo dio como resultado mínimo incremento global de supervivencia.²⁵

Se han demostrado que varios factores se relacionan con el pronóstico y algunos son importantes para planificar el tratamiento, los cuales son; volumen tumoral, metástasis ganglionar regional, metástasis a distancia.

Por lo tanto la recurrencia resulta más probable en las pacientes con invasión profunda del estroma cervical. Una vez más el volumen del tumor muestra correlación con el pronóstico final para la paciente.^{8,20}

Se considera que aproximadamente un 35% de las pacientes con CaCu invasor presentará lesiones recurrentes ó persistentes tras el tratamiento.³⁵

De ahí se ha estipulado la valoración interna del cáncer cervical tras radioterapia y cirugía, en pacientes asintomáticas .

AÑO	FRECUENCIA	EXPLORACIÓN
1	3 meses	E. Pélvica frotis de pap.
	6 meses	Rx De tórax, Bh, Q
Sanguínea.		
2	1 año	Urografía excretora.
	4 meses	E. Pélvica frotis de pap.
	1 año	Rx de tórax, Bh, Q Sanguínea Urografía excretora.
3-5	6 meses	E. pélvica, frotis de pap.

SIGNOS Y SINTOMAS DE Ca Cu RECURRENTE INCLUYEN:

- Pérdida de peso (no explicada).
- Edema de miembros inferiores (unilateral).
- Secreción vaginal serosanguinolenta
- Obstrucción ureteral progresiva.
- Tumefacción de los ganglios linfáticos supraclaviculares.
- Tos.
- Hemoptisis.
- Dolor torácico.

Puesto que la mayoría de las recurrencias del cáncer se dan durante los primeros dos años consecutivos al tratamiento, el periodo del buen estado general rara vez dura más de una año antes de hacerse evidentes los síntomas de caquexia.^{20,25}

PREVENCIÓN

Lo ideal es que las mujeres con vida sexual activa acudan al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino en cualquier institución y acudan anualmente con un resultado escrito por profesionales de la salud y ser orientadas en su tratamiento para lesiones premalignas en instituciones de segundo nivel y/o tercer nivel.

El material del examen citológico es recogido colocando un espéculo vaginal, del fondo de saco posterior y directamente del exocérvix con una espátula de madera, (espátula de Ayre) y del canal endocervical con un cepillo endocervical^{41,43}.

Ya que la citología cervical es el método de diagnóstico precoz, de fácil acceso y efectivo para la detección oportuna de Ca Cú a la población abierta o de pesquisa.^{21,41,42}

OBJETIVOS

GENERAL: Conocer la epidemiología y la presentación clínica del cáncer cervicouterino de las pacientes que se han recibido en la unidad de ginecología y obstetricia del HIES.

PARTICULARES:

- A. Conocer la secuencia que han seguido los casos desde su identificación hasta su tratamiento.
- B. Comparar el seguimiento encontrado de las pacientes si cumplieron con la Norma Oficial Mexicana de la SSA para la prevención, tratamiento y control primario del Ca Cu.
- C. Con el conocimiento epidemiológico de los casos encontrados, realizar una norma de diagnóstico y seguimiento de éstas pacientes para este hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron del archivo quirúrgico de patología del departamento de ginecología del HIES durante el periodo Junio 1995 a Mayo 1997, con la finalidad de encontrar en los reportes quirúrgicos el diagnóstico de cáncer cervicouterino. Se encontraron 1166 casos, que corresponde al 4.7% de los especímenes recibidos durante este periodo. A cada caso encontrado se le revisó su expediente clínico correspondiente, con el objetivo de encontrar variables relacionadas con antecedentes ginecologicos, exploración ginecológica, su clasificación histológica y de estadificación. Todas las variables captadas en una hoja de recolección de datos (ver hoja anexa). Además de métodos terapéuticos y seguimiento evolutivo, así mismo a los casos encontrados se les comparó con el seguimiento de la Norma Oficial Mexicana de la SSA para la prevención, tratamiento y control primario del Ca Cu.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:		Edad:	
Tipo Sanguineo:	Rh:	Estado Civil: Soltera <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>
		Divorciada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>
		Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Escolaridad:	Religión:	Nivel socioeconómico: Alto <input type="checkbox"/>	Bajo <input type="checkbox"/>
		Medio <input type="checkbox"/>	
Tabaquismo: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Antecedente familiar oncológico: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ocupación:			

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarca:	Ritmo: Regular <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	IVSA:	G	P	C	O
Compañeros sexuales:	FUPAP:	MAC: HO <input type="checkbox"/>	HI <input type="checkbox"/>	DIU <input type="checkbox"/>	Cervicitis Crónica:			
Enfermedades de transmisión Sx: HPV <input type="checkbox"/>								
HVS <input type="checkbox"/>								
HIV <input type="checkbox"/>								
VDRL <input type="checkbox"/>								
Gonorrea <input type="checkbox"/>								
Otro:								

CUADRO CLÍNICO

Asintomática: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sangrado intermenstrual: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sangrado postcoital: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Descarga vaginal acuosa: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Edema de miembros pélvicos: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Dispareunia: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dolor pélvico: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

EXÁMEN PÉLVICO

Tipo de lesión cervical: Exofítica Endofítica | Exoendofítica | Ulcerativa |

ESTUDIOS DE GABINETE

USG Pélvico: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	USG abdominal: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tele de tórax: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	URO excretora: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hallazgos:							

ESTUDIO DE PROCEDIMIENTO Y DIAGNÓSTICO

Colposcopia:
Citología cervical:
Biopsia cervical:

LABORATORIO

BH:	QS:	Perfil hepático:	HIV:	VDRL:
-----	-----	------------------	------	-------

REPORTES HISPATOLÓGICOS

Manejo quirúrgico:
Traslado a otro hospital:
Biopsia:
Conización:
Útero:
Útero/Vaciamiento:

RESULTADOS

El Hospital Infantil del Estado de Sonora es un Hospital de concentración en donde se reciben pacientes referidos con diagnóstico de displasias en diferentes grados de Ca Cu de centros de salud urbanizados de otras ciudades del Estado de Sonora, centros de salud urbanizados de la ciudad de Hermosillo, así como centros de salud rural pertenecientes a ésta.

Las pacientes fueron captadas por el servicio de urgencias y consultas externas del servicio de ginecología.

Se identificaron 55 casos de Ca Cu en el archivo quirúrgico del servicio de patología que corresponde al 4.7% del material recibido durante el período estudiado.

Entre las variables de antecedentes personales investigadas fue la edad de cada paciente donde el rango abarcó de la edad de 18 años a 88 años. La mediana representó la edad de 39 años y el promedio de ésta fue de 41 años. El grupo etario representó la edad de 36 a 45 años. (Gráfica #1)

Otras de las variables investigadas fue el tabaquismo siendo practicado por 28 pacientes lo cual representa el 51%. El nivel socioeconómico de las pacientes pertenecieron al nivel bajo 48 pacientes lo que representa un 87%. La siguiente variable fue la escolaridad mostrando que 50 pacientes que representa un 91% cursaron solamente la primaria. (Cuadro #1)

Las variables de antecedentes ginecobstetricos incluyeron la edad de la menarca mostrando un rango de 9 años a 18 años con un promedio de 13 años. Inició de vida sexual activa, el rango fue de 13 años a 18 años, con un promedio de 20 años. La paridad abarcó un rango de 0 gestaciones a 11 gestaciones con un promedio de 5 gestaciones y el número de compañeros sexuales en promedio por paciente fue de 4 compañeros.

(Cuadro #2)

Los diagnósticos de ingreso fueron los siguientes:

- Displasias Cervicales un número de 10 casos representando 18%.
- Cáncer in situ 13 casos representando el 23%.
- Sangrado Transvaginal con 15 casos representando el 27.2%.
- Cáncer invasor con 19 casos representado el 34.5% (Gráfica #2).

El cuadro clínico de los síntomas y signos más sobresalientes según el estadio fueron los siguientes; asintomáticas en 22 casos para el estadio 0; 9 casos para el estadio I a Ib presentaron dispareunia leve prácticamente asintomáticas; 15 casos para el estadio II a IIb sangrado intermenstrual, descarga vaginal acuosa sanguinolenta de olor característico, sangrado postcoital dolor pélvico y anemia. 5 casos para el estadio III a IIIb datos clínicos del estadio anterior con una presentación más acentuada además pérdida de peso, dolor pélvico con irritación a miembros pélvicos, astenia adinamia, datos de uremia por compresión de ureteros en pélvis, causando una hidronefrosis del lado afectado. 4 casos para el estadio IV a IVb hematuria, incontinencia urinaria continua por fistulas vesicovaginales. (Gráfica #3)

A la exploración ginecológica pélvica el tipo de lesiones cervicales del cérvix fueron sin lesión para 22 casos representando en 40%, lesión exofítica en 24 casos representando 44%, lesión endofítica en 6 casos en un 11% y lesión ulcerativa en 3 casos representado un 5%. (Gráfica #4)

El extirpe histopatológico de los 55 casos en general fue de carcinoma de células grandes no queratinizantes en 36 casos representando un 65%, carcinoma de células grandes queratinizante en 10 casos representando un 18%, carcinoma de células pequeñas queratinizante en 2 casos representando un 4%, y 7 casos para adenocarcinoma en un total de 13%.

Prevalciendo el extirpe histológico para carcinoma epidermoide en un 87%. (Gráfica #5)

Para la estadificación clínica de los pacientes con cáncer invasor fue necesario su hospitalización en el servicio de oncología ginecológica.

Los estudios de gabinete realizados fueron; radiografía de tórax en 20 pacientes corresponde al 36%, ultrasonografía pélvica y abdominal en 20 pacientes también con el 36%, urografía excretora en 19 pacientes correspondiendo al 34%, cistoscopia en 10 pacientes correspondiendo a 18 pacientes y colon por enema en 12 pacientes correspondiendo al 22%. (Cuadro #3)

Los hallazgos positivos en los estudios realizados anteriormente mostró para ultrasonido pélvico y abdominal en 3 casos para el estadio IIIb; cervix con imagen

hipoecoica (proceso neoplásico), útero de dimensiones y anexos normales. El ultrasonido abdominal sin datos de metástasis a otros órganos abdominales. La urografía excretora mostró en 3 casos para el estadio IIIb desplazamiento del ureter en su porción pélvica del parametrio afectado. Las cistoscopias realizadas en 4 pacientes reportó en estadios IVa pérdida de la continuidad del piso posterior de vejiga con comunicación a vagina. (Cuadro #4).

Los resultados de las etapas finales fueron las siguientes: Ca Cu etapa 0 fueron 22 casos representando 41%, etapa Ia,b fueron 9 casos equivaliendo 16%, etapa IIa,b fueron 15 casos representando 27%, etapa IIIa,b fueron 5 casos representando 9%, etapa IVa,b con 4 casos representado 7%. Siendo un total de 33 casos de cáncer invasor, representando un total de 59% del 100% de los Ca Cu ingresados. (Gráfica #6)

La Norma Oficial Mexicana de SSA para la prevención, tratamiento y control primario del Ca Cu menciona que toda mujer al cumplir un año de vida sexual activa deberá contar con examen de citología cervical para la detección oportuna de cáncer y posteriormente citología anual.

Las citologías con displasias reportadas deberán ser referidas al servicio de displasias cervical para realizar una colposcopia si ésta es satisfactoria reportando citología negativa deberá tener un seguimiento anual, si reporta un carcinoma microinvasor y la paciente no tiene paridad satisfecha podrá realizarse histerectomía abdominal total en clínica de displasias y un seguimiento colposcópico cada seis meses. Si la colposcopia reporta un carcinoma invasor será referida al servicio de oncología para recibir tratamiento de acuerdo a la etapa clínica. (Gráfica #7)

El tratamiento quirúrgico de las pacientes fueron los siguientes: Para Ca Cu in situ, conización con esa diatérmica en 8 casos de los cuales en un caso el reporte histopatológico reporta bordes quirúrgicos con malignidad. Realizándose un total 15 histerectomías tipo I. En el estadio Ib a IIa se realizo histerectomía tipo III en 22 casos. Los estadio IIb al IIIa,b fueron referidos al Hospital del Estado de Sonora de Hermosillo para su tratamiento específico los resultados IVa,b fueron egresados a sus hogares. (Cuadro #5).

Del servicio de radioterapia fueron referidas dos pacientes con diagnóstico de envió en etapa IIb postradiado, una de ellas se intervino en una histerectomía tipo I con salpingooforectomía bilateral y la otra paciente se intervino quirúrgicamente en una laparotomía exploradora encontrándose ganglios iliacos, aórticos y periaórticos tomados, siendo fallida la intervención.

En cuanto a complicaciones se presentó una sección de uretero izquierdo en una histerectomía tipo III por Ca Cu Ib, se solicitó el servicio de urología colocando un catéter doble J evolucionando exitosamente.

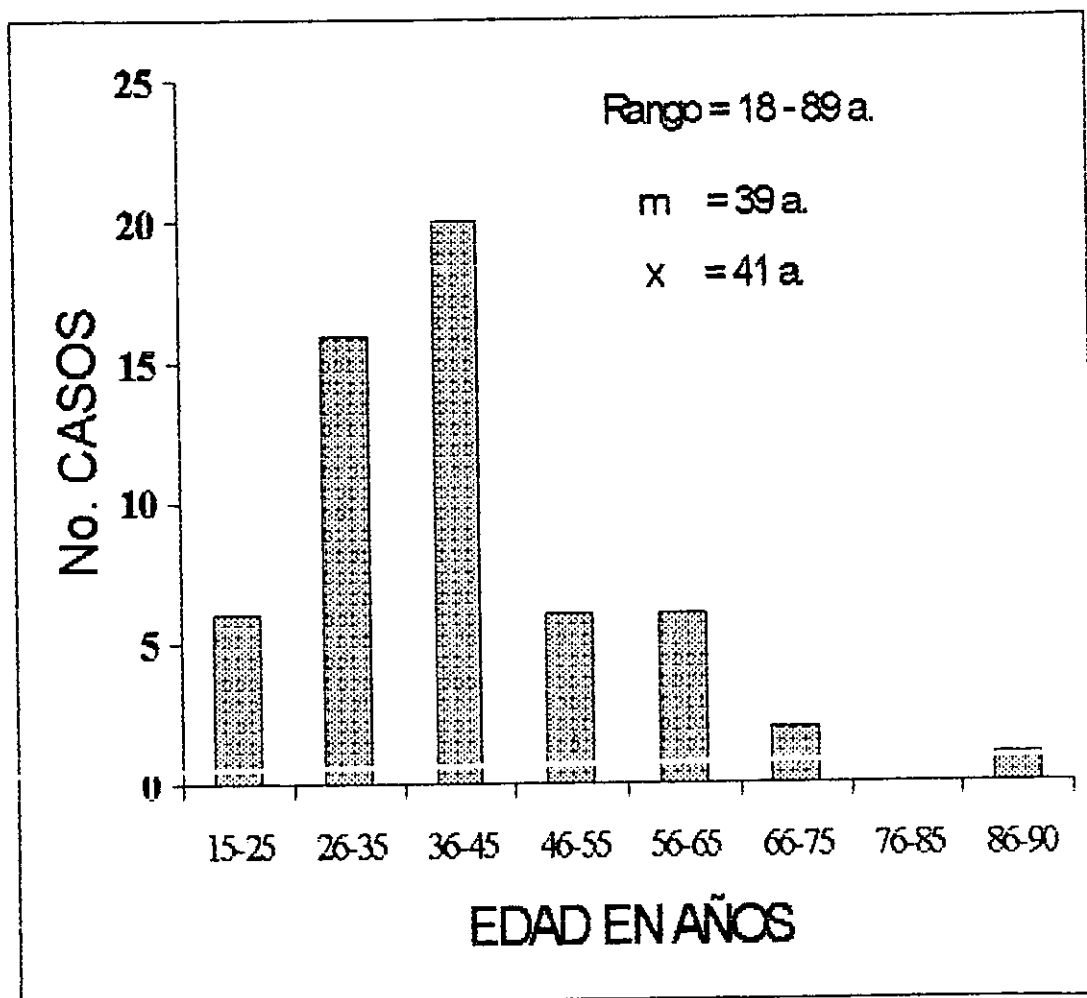
No se presentó ninguna mortalidad transquirúrgica o postquirúrgica en nuestro hospital.

Una paciente en estadio Ia rehusó al tratamiento ofrecido y una paciente en etapa IIIb murió por encefalopatía uremica a corto plazo posterior al diagnóstico. No fue candidata a diálisis peritoneal y/o vejiga ileal.

CANCER CERVICOUTERINO

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDADES

GRÁFICA # 1



FUENTE ARCHIVO CLINICO HIES

CANCER CERVICOUTERINO SEGÚN DIAGNOSTICO DE INGRESO

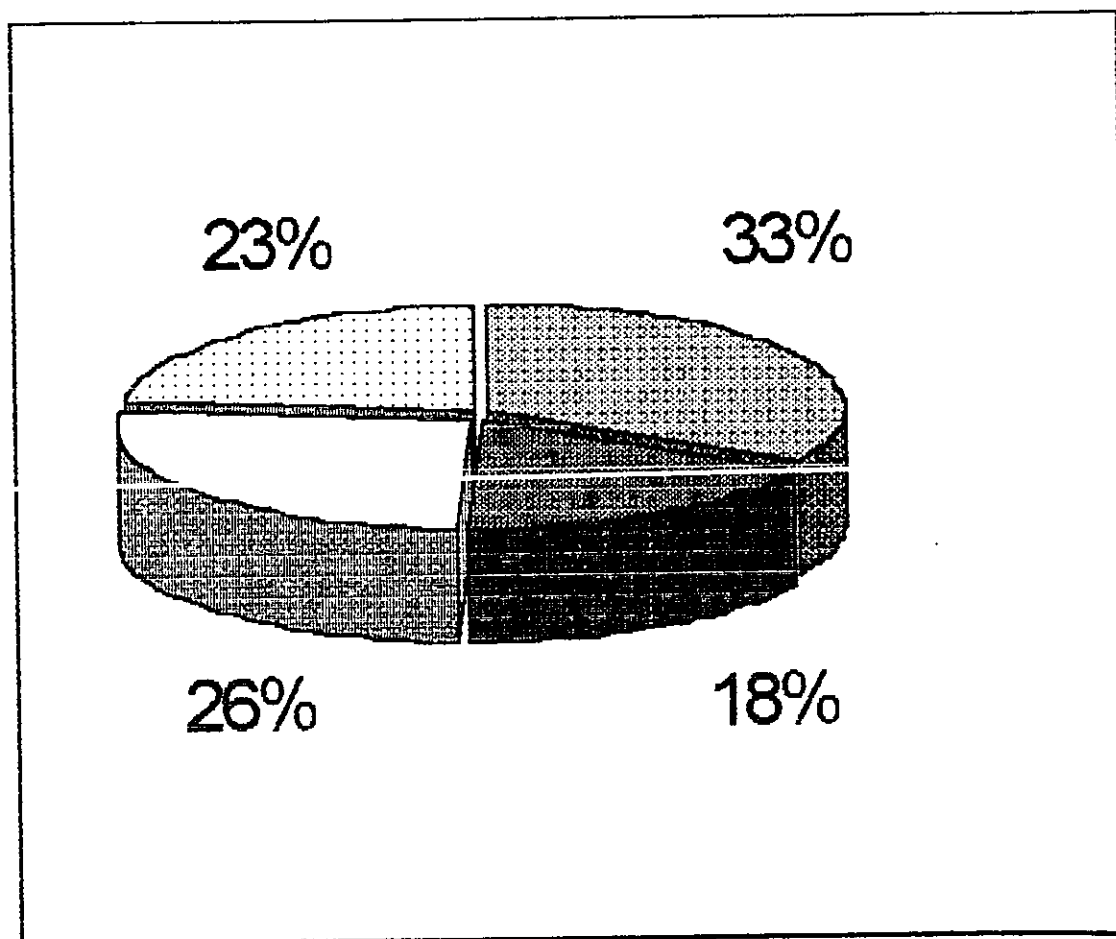
GRAFICA # 2

19 Casos de CÁNCER INVASOR = 33 %

10 Casos de DISPLASIAS = 18 %

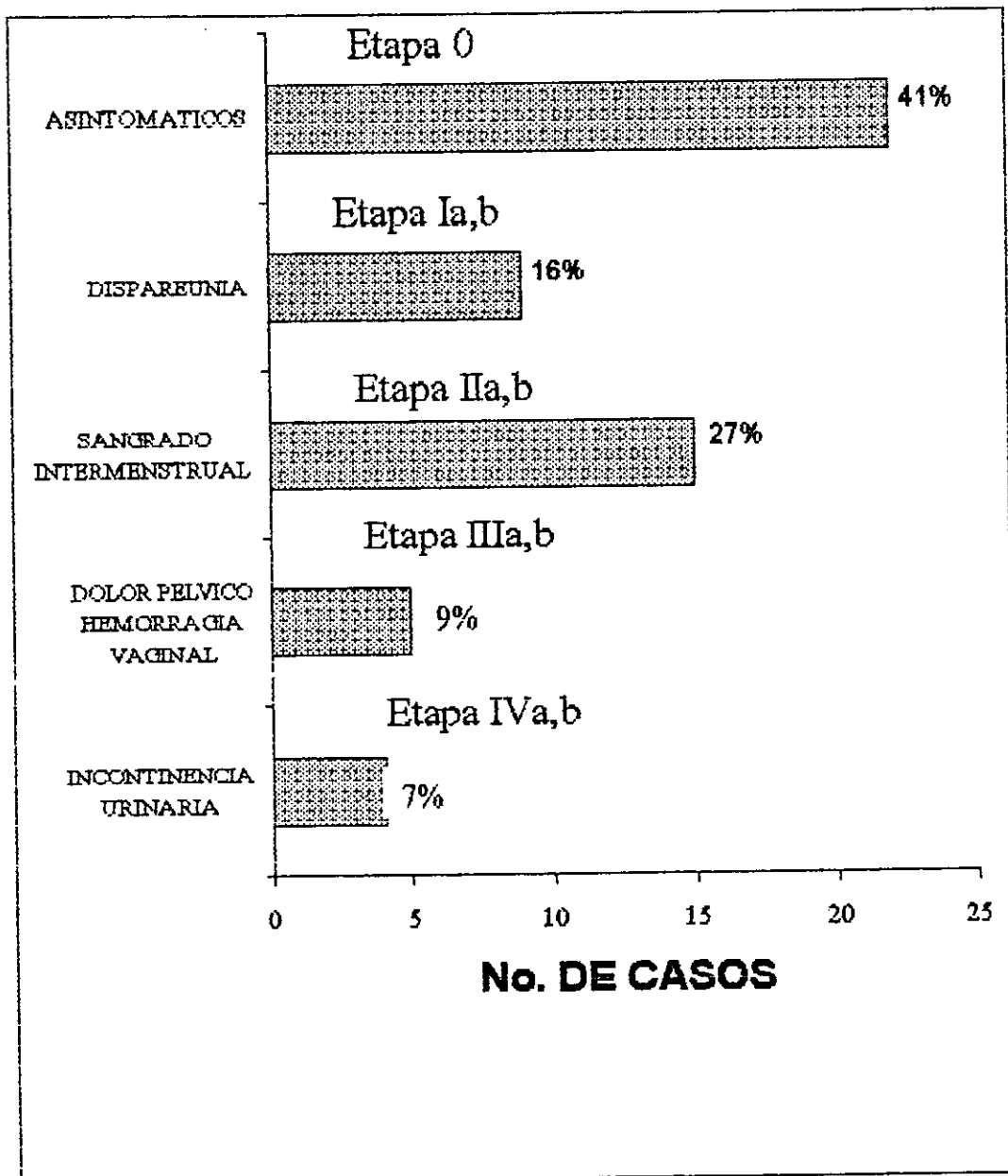
15 Casos de SANGRADO TRANSVAGINAL = 26 %

13 Casos de Ca Cu INSITU = 23 %



FUENTE: ARCHIVO CLINICO HIES

CANCER CERVICOUTERINO
SINTOMATOLOGIA CLINICA MAS SOBRESALIENTE POR
ETAPAS



GRAFICA # 3

FUENTE ARCHIVO CLINICO DE HIES

TIPO DE LESIONES EN CERVIX

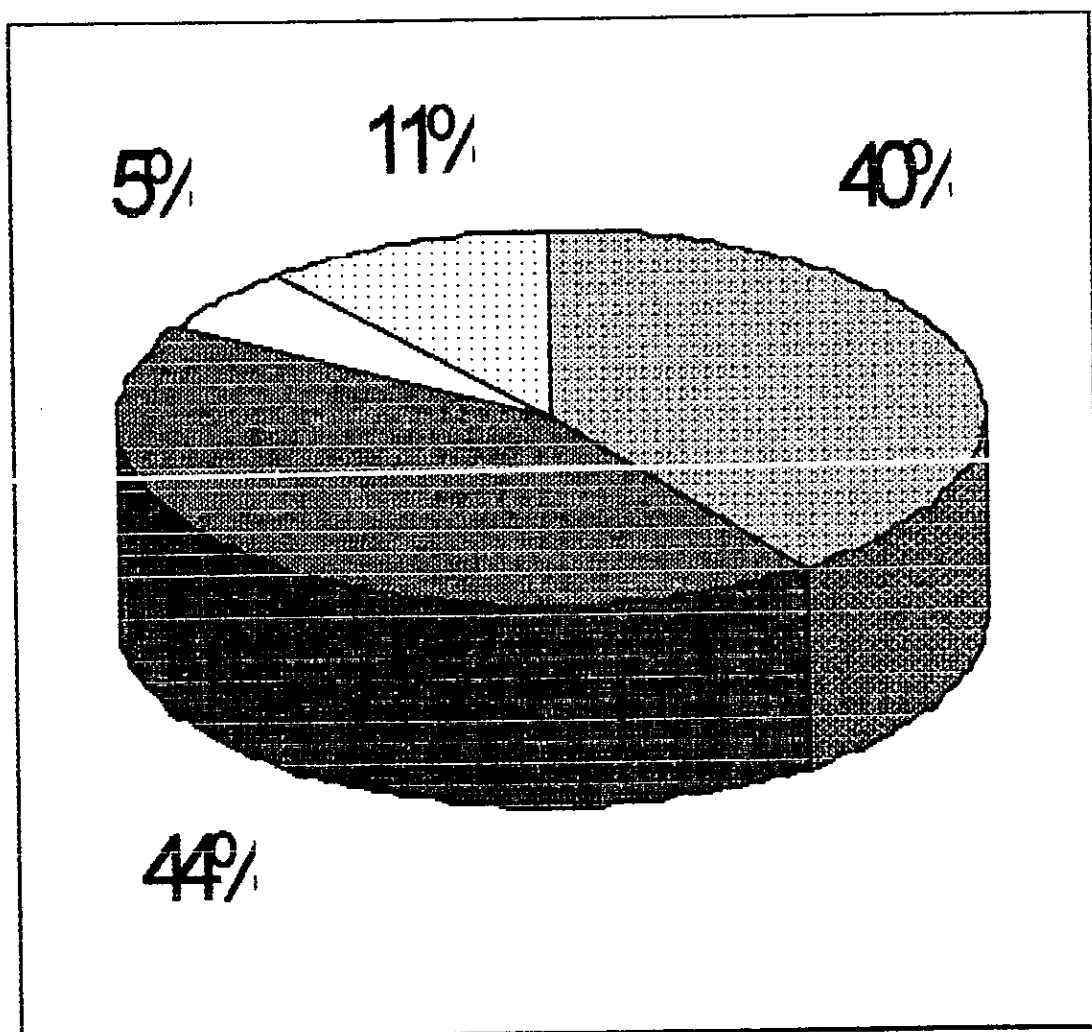
GRÁFICA # 4

22 Casos de SIN LESIÓN = 40%

24 Casos de EXOFITICA = 44%

3 Casos de ULCERATIVA = 5%

6 casos de ENDOFITICA = 11%



FUENTE: ARCHIVO CLINICO HIES

EXTIRPE HISTOLÓGICO

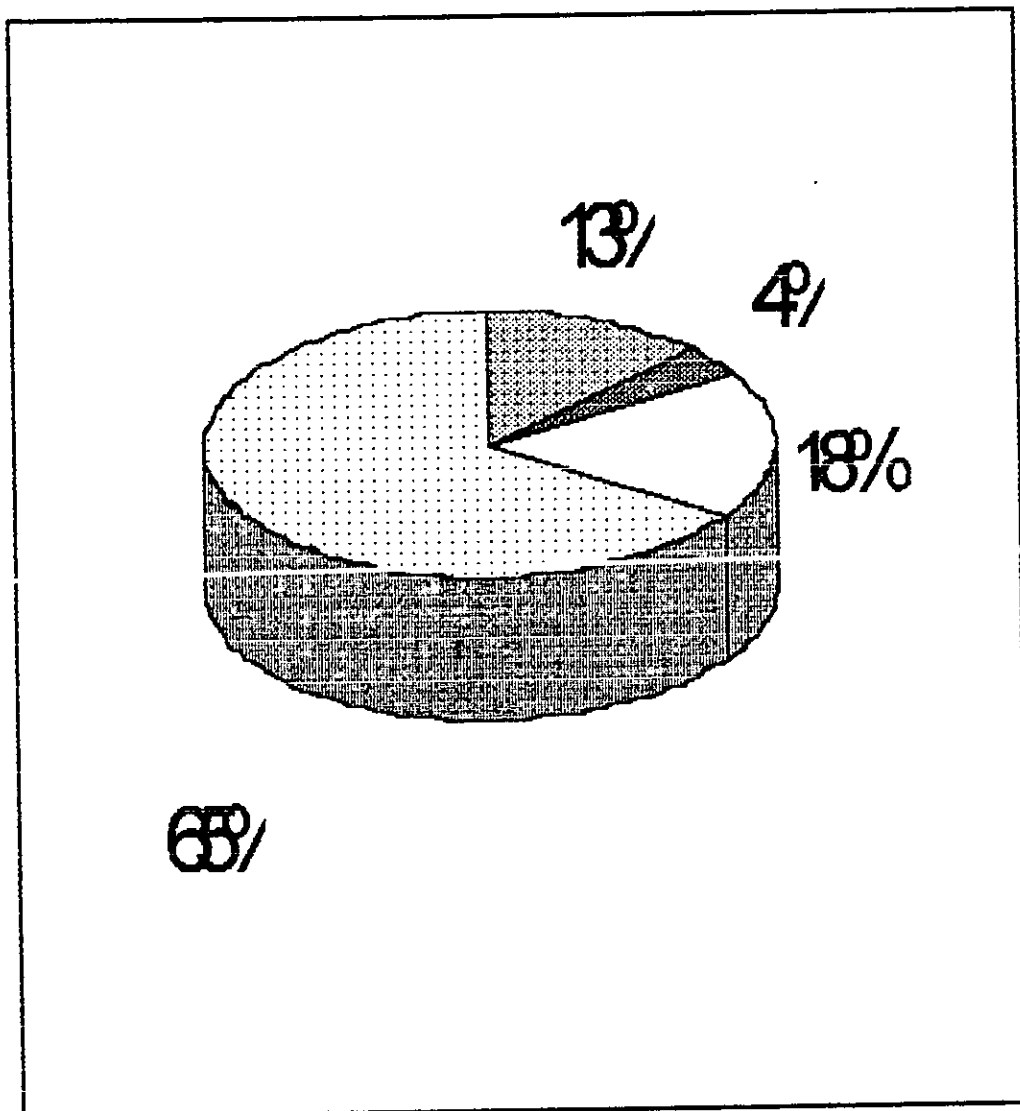
GRÁFICA # 5

7 Casos de ADENOCARCINOMAS = 13%

2 Casos de CELULAS PEQUEÑAS = 4%

10 Casos de CELULAS GRANDES QUERATIZANTES = 18%

36 Casos de CELULAS GRANDES NO QUERATIZANTES = 65%



FUENTE: ARCHIVO QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA

CANCER CERVICOUTERINO
ESTADIFICACIÓN FINAL DE LAS PACIENTES CON Ca Cu
POR FIGO

GRÁFICA # 6

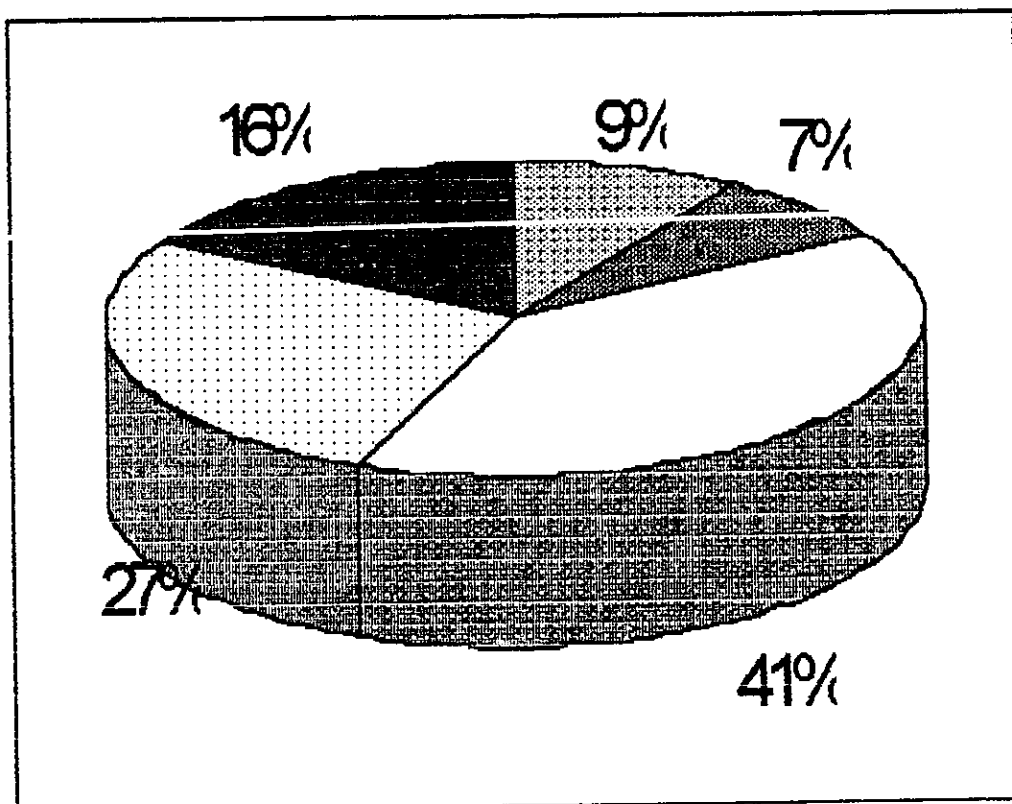
5 Casos IIIa, b = 9%

4 Casos de IVa, b = 7%

22 Casos de 0 = 41%

15 Casos de IIa, b = 27%

9 Casos de Ia, b = 16%

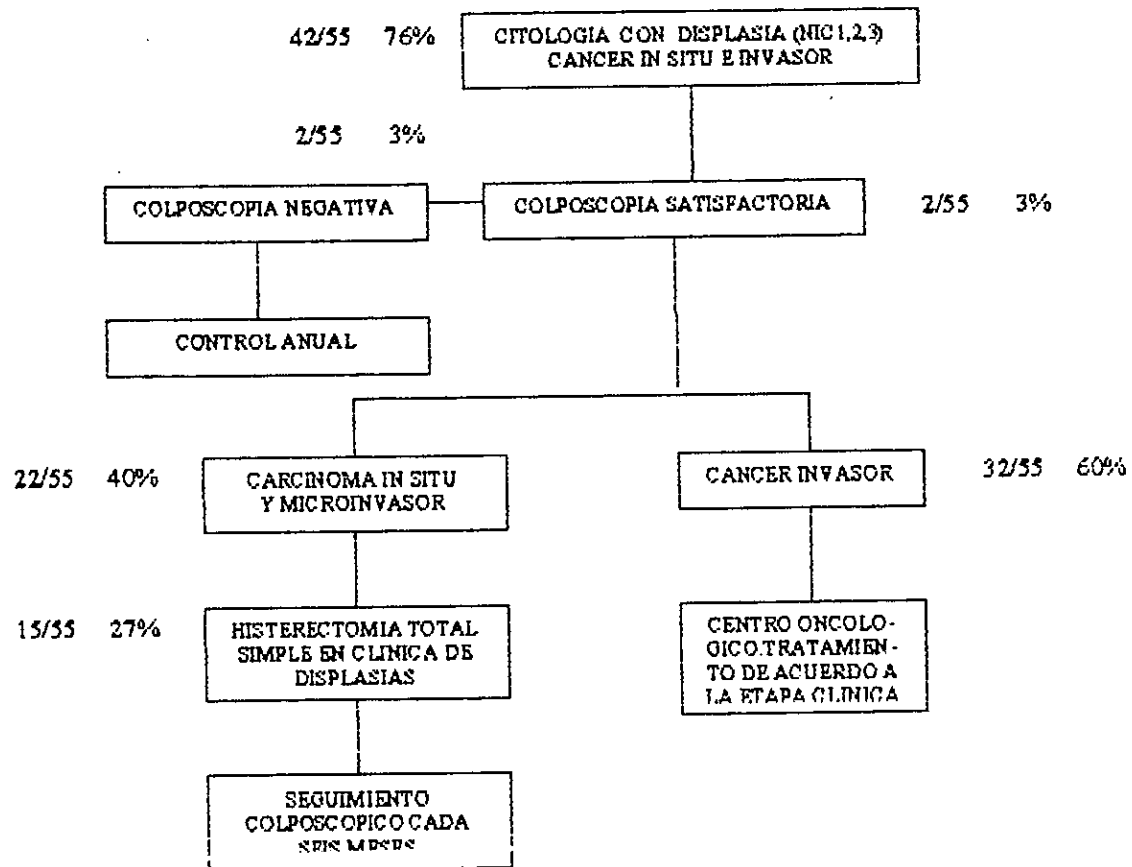


FUENTE: ARCHIVO CLINICO HIES

CANCER CERVICOUTERINO

COMPARACION DE 55 CASOS SEGÚN LA NOM SSA

GRÁFICA # 7



*Norma Oficial Mexicana de la SSA para la prevención, tratamiento y control primario para el Ca Cu. En la gráfica aparecen los cuadros del diagrama de flujo. Los números o las cifras anexas al cuadro son los casos del Ca Cu.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HIES

CANCER CERVICOUTERINO

ANTECEDENTES	CASOS	PORCENTAJES
Tabaquismo	28	51%
Nivel económico bajo	48	87%
Escolaridad primaria	50	91%

Cuadro #1

ANTECEDENTES G/OBSTETRICOS	RANGO	PROMEDIO
Menarca	9 - 18	13
Inicio de vida sexual	13 - 28	20
No. de gestas	0 - 11	5
No. Comp. Sexuales	1 - 6	4

Cuadro #2

CANCER CERVICOUTERINO

PROCEDIMIENTOS DE GABINETE PARA ESTADIFICACION

ESTUDIO	CASOS	PORCENTAJES
Rayos X Tórax	20/55	36%
USG pélvico y abd.	20/55	36%
Urografía excretora	19/55	34%
Cistoscopia	10/55	18%
Colon por enema	12/55	22%

Cuadro #3

RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE

ESTUDIO	CASOS	ESTADIO	HALLAZGOS
USG pélvico	3	III b	Cérvix con imagen Hipoecoica
Urografía excretora	3	III b	Desplazamiento uretero En su porción pélvica
Cistoscopia	4	IV a	Perdida de continuidad De 0.5 cm. en piso Posterior de vejiga.

Cuadro #4

FUENTE ARCHIVO CLINICO HIES

CANCER CERVICOUTERINO

TRATAMIENTO REALIZADO POR ESTADIO

ESTADIO	CASOS	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
0	8	Conización asa diatermica
0	15	Histerectomias tipo I (incluyendo un caso Iib postradiado).
Ib - IIa	22	Histerectomía tipo III
IIb - IIIa,b	6	Radioterapia Hospital General del Estado.
IV - IVa	4	Sin tratamiento Quirúrgico.

Cuadro #5

FUENTE ARCHIVO CLINICO HIES

DISCUSIÓN

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública a nivel mundial, que aún cuando naciones industrializadas como México han utilizando programas de detención de Ca Cu este prevalece.

Este trabajo nos muestra que los datos epidemiología investigada es similar comparada a la literatura en datos de antecedentes personales, ginecobstetricos, presentación clínica y extirpe histológico.

Nuestro estudio muestra la poca utilización de este tipo de estudio complementario.

Desafortunadamente las pacientes estudiadas en un 60% llegaron en estadio avanzado y por lo tanto no fue posible compararlas en su seguimiento con la Norma Oficial Mexicana de la SSA. Por esto consideramos que; uno de los aspectos importantes sea el de la promoción a la educación en salud respecto a la detección en forma extensiva y excesiva a través de la citología cervicovaginal como método de pesquisa para detectar oportunamente este tipo de problemas.

Con el análisis del presente trabajo y los resultados obtenidos considero necesario la siguiente propuesta. La siguiente hoja cubre el diagnóstico y el seguimiento de las pacientes que se diagnostique con displasia o carcinoma cervicouterino.

NORMA PARA CANCER CERVICOUTERINO

Nombre:

Edad:

Antecedentes personales:

Tabaquismo

Sí: ___ No: ___

Nivel Socioeconómico

Bajo: ___ Medio: ___ Alto: ___

Escolaridad

Medio: ___ Superior: ___

Antecedentes ginecobstétricos:

Menarca

Edad: ___

IVSA

Edad: ___

Gestas

No. Comp Sex.

Cuadro clínico:

Asintomático: ___ Dispareunia: ___ Sang Intermenst.: ___

Sang postcoital: ___ Dolor pélvico: ___ Hemorragia vag.: ___

Incontinencia urinaria continua: ___ Otros: _____

Exploración: Tipo de lesión cervical

Ninguna: ___ Exofítica: ___ Endofítica: ___ Ulcerativa: ___

Reporte de citología cervicovaginal:

Positiva a:

Displasia cervical

Ca Cu in situ.

Negativa

Control Anual

Clinica de Displasia Cervical

1.- Colposcopia

2.- Biopsia dirigida

Ca Cu in situ y
microinvasor

Servicio de Ginecología

Ca Cu invasor

Centro Oncológico
De Sonora

CONCLUSIÓN

1. La edad promedio de las pacientes con Ca Cu fue de 41 años, y el 50% fueron menores de 39 años.
2. Los antecedentes personales para tabaquismo fue presente en el 51% de las pacientes el nivel socioeconómico bajo fue en el 87% y las escolaridad fue la primaria en el 91%.
3. Los antecedentes ginecobstetricos la edad promedio de la menarca fue de 13 años, la edad de inicio de vida sexual activa fue de 20 años en promedio, la paridad fue de 5 gestas en promedio, el número de compañeros sexuales fue de 4 por paciente.
4. El 56% de las pacientes fueron enviadas con el diagnostico de carcinoma.
5. En la exploración de cervix la lesión observada fue exofítica en el 44%, endofítica en el 11%, ulcerativa en el 5% y en el 41% no se identificó ninguna lesión.
6. El 60% de las pacientes se estadificaron por arriba del estadio Ia, b.
7. La sintomatología clínica sobresaliente para la etapa 0 fue asintomática, etapa Ia, b fue dispareunia, para la etapa IIa, b fue sangrado intermenstrual, para la etapa IIIa, b fue dolor pélvico y hemorragia vaginal y para la etapa IVa, b incontinencia urinaria.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. Emmanuel R., Jhon F. Neoplasias en: Patología-Fundamentos Primera Edición 1992, Editorial Panamericana, 86-118.
2. Hector M. Cáncer: Patogenia, invasión y metástasis, tratamiento con neóclofidos antisentido en un modelo invivo. Patología Rev. Latinoamericana. 1994; 32(3); 143-153.
3. R. Pérez, Patricia A. Patología General de la Neoplasias. Citología exfoliativa en: Principios de Patología del Tacto Genital Inferior. Primera Edición 1992. Editorial Panamericana. 233-275.
4. De Palo; Neoplasia Intrepitelial del Cuello Uterino en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. Primera Edición 1992. Editorial Panamericana, 235-275.
5. De Palo. Estudio Citotológico Biopsia en: Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. Primera Edición 1992. Editorial Panamericana, 42-49.
6. Arturo L., Fortino H. Lesiones Epiteliales Malignas del Cérvix Diferentes de Adenocarcinoma del carcinoma Epidermoide Comunes. Carcinoma Adenoescamosos Inmaduro o Carcinoma de Células Vidriosas del Cérvix. Patología Rev. Latinoamericana 1984; 22(2) 123-138.
7. Registro Histológico de Neoplasias en México, Cáncer Cervicouterino Epidemiología SSA. 1996; 35-37.
8. Thompson J. D. Cáncer del Cérvix en Ginecología Quirúrgica. 1993, Séptima Edición, Editorial Médica Panamericana 1045-1126.
9. Wilkinson Ej. Clinic Obst Gynec, 1990; 33(4); 817-824.

10. Cisneros M. Situación actual del programa de prevención del cáncer cervicouterino en México. *Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas*. 1992; 11-13.
11. Registro Histológico de Neoplasias en México. *Cáncer Cervicouterino Epidemiología SSA*. 1996; 35-27.
12. García GJ. Epidemiología del cáncer en México, *Epidemiología* 1996 28 (13); 1-2.
13. Platt GJ. Gracia GC, Vitelas FJ. Incidencias del cáncer en la población general del Norte de Sonora. *Rev. Méd. Del Hospital General, Sonora* 1989; 1 (1) 3-6.
14. Rodríguez PJ. Registro regional de tumores para el sur de Sonora. *Cancerología* 1991 ; 37 (1) 1233-1237.
15. Celia ER. Benítez MM, Navarrete EJ, Vázquez MJ, Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social, *Salud Pública de México*. 1992; 34 (6) 607-614.
16. Vargas CM. Sistema para la vigilancia epidemiológica activa del cáncer del cuello del útero. *Epidemiología*. 1996; 48 (13) 1-2.
17. Registro histopatológico de neoplasias en México. *Cáncer cervicouterino. Epidemiología SSA*. 1996; 35 37.
18. San José S, Basch F, Muñoz N, et al. Socioeconomic differences in cervical cancer; Two cases-control studies in Colombia and Spain, *American Journal of Public Health*. 1996; 86 (11) 1532-153.
19. Raymond H. Kaufman. Kenneth L. Noger. Consecuencias de la Exposición en Utero al Dietilestilbestrol en Ginecología. *Editorial Médica Americana* 1994; 137-150.
20. Mitchel M. Thomas W. Cáncer de Cuello Uterino en Ginecología 1994, *Editorial Médica Panamericana* 961-984.
21. Peter S, Stack, Pap Smears, *Postgraduate Medicine*. 1997,101(4) 207-214.

22. Stephen A. Jonathan M. *Cáncer Of The Uterine Cervix*, N. Engel J. Med. 1996; 1030-1036.
23. National Institutes Of Health Concensus Development Conferens Statement; Cervical Cáncer. *Journal Of The National Cancer Institute Monographs* 1996; 21; 7-12.
24. Raymons H. Kaufman: Ervin Adan, Joseph Icenogle, en Al. *Relevance Of Human Papillomavirus Screening In Management Of Cervical Intraepitelial Neoplasia* Am J. Obstet Gynecol 1997; 176: 87-92.
25. P. Disaia, W. Creasman. *Cáncer Cervical Invasor en Oncología Ginecologica Clinica*, 1994; Cuarta Edición Editorial Mosby, 58-118.
26. Howard W. Jones, Georgina Seegar. *Carcinoma del Cuello Uterino en Tratado de Ginecología de Novak*, 1984, Décima Edición, Editorial Interamericana. 299-353.
27. Walter S. Carlos T. *Lesiones Precancerous Carcinoma In Situ en Color Atlas And Texbook Of Histopatology* 1997, Sixth Eiditions, Editorial Year Book Medical Publishers, 315.
28. Ortiz Er, Lira GG, Mauricio Rs. *Cáncer Cervicouterino microinvasor, Diagnóstico y Tratamiento. Ginecología y Obstetricia en México*. 1994, 62: 237-242.
29. Coppleson M. Dalrymple j, Atkinson K, *Colpospío Differentiation Of Anormalities Arising In The Transformation Zone*. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20:83-110.
30. Toki T. Fuji S. Yajima A. *Clinical Significance Of Endocervical Curretage In Predicting Neoplastic Lesions Of The Cervix*. *Acta Obstet Gynaecol Jpn*. 1994; 46 (3) 265-270.
31. Staff A. *Noeplasia Intraepitelial Cervical. Ginecología*. 1993, Séptima Edición, Editorial Médical Panamericana 1029-1044.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

32. Deppe G, Bauman P. et al, Loop Electrosurgical Excision Procedure As Combined Diagnostic And Therapeutic Tool In The Management Of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Wien Klin Wochenschr.* 1993;105 24: 715-718.
33. P. Disaia, W. Creasman, Enfermedad Preinvasora del Cuello Uterino en Oncología Quirúrgica 1994, Cuarta Edición Mosby. 1-36.
34. Hallaman N. F. West J. Harper C. Et al. Large Loop Excision Of Transformation Zone As A Alternative To Both Local Ablative And Cone Biopsy Treatment. *J. Gynecol Surg* 1993; 9(2) 77-82.
35. Muntz H. G. Bel Da Lage JM. Adenocarcinoma In Situ Of The Uterine Cervix *Obstet-Gynecol*, 1992;(6) 935-939.
36. Debus TG, Maassen V, et al. Late Disorders Of Bladder fuction after Wertheim Operation on Analysis of Urodynamic Parameters With Reference to Surgical Radicality. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1993; 53(8); 525-531.
37. Margina JF, Compilaciones Of Irradiación And Radical Surgery Foro Gynecologic Malignaris. *Obstet-Gynecologic Surgery.* 1993; 46(6), 571-575.
38. Shental JS, Sudarsky M. Intubated Ureterotomy For Ureteral Obstruction Following Radio Therapy And Radical Histerectomy. *Scand J-Urol-Nephrol.* 1993, 27(1); 135-135.
39. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control primario del cáncer cervicouterino. NOM-014-SSA-2, 1994;1-7.
40. 1991 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *Diagnostic citopathology* 1993; 9(2)235-246.

41. Mario T. Raffaele Nappi. Luigi Tagliani. Carcinoma del cuello del utero. Prevención del cáncer del utero y de la mama. Centro de cinematografía Carlo Erba. 13-42
42. Michael J. C.; Cyngier G. Eva T. Cervicovaginal cytology in a Indigent population. The international academy of cytology. 1991; 35(1);51-56.
43. Hans B. Lesiones premalignas del cuello uterino en Ginecología 1994, editorial Panamericana 933-960.