

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO



**CANCER CERVICOUTERINO. EXPERIENCIA DE 50
AÑOS. HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO 1947-1997**

TESIS DE POST-GRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. ENRIQUE ALEJANDRO CHOCO GONZÁLES

DIRECTOR DE TESIS: DR. SERGIO PEDRAZA BARAJAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DR. MANUEL ÁLVAREZ NAVARRO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Manuel Álvarez Navarro



DR. SERGIO PEDRAZA BARAJAS

DIRECTOR DE TESIS

Sergio Pedraza Barajas

DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Alfredo Sierra Unzueta



AGRADECIMIENTOS

A TODOS MIS MAESTROS DEL CURSO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
ESPAÑOL DE MÉXICO.

A MIS PADRES Y HERMANOS POR SU APOYO
INCONDICIONAL.

A MIS HIJOS ENRIQUE Y DAVID, QUIENES
DIERON SENTIDO A MI VIDA Y CON SU
INOCENCIA ME IMPULSARON A SEGUIR
ADELANTE.

A MI QUERIDA ESPOSA ISABEL MANCO TORO,
POR SU INVALORABLE APOYO, INFINITA
PACIENCIA, APOYÁNDOME EN LA
CULMINACIÓN DE MI CARRERA.

**CÁNCER CERVICOUTERINO. EXPERIENCIA
DE 50 AÑOS HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

1947 – 1997

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. TITULO..... | 1 |
| 2. ÍNDICE..... | 2 |
| 3. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 4. MARCO TEÓRICO | |
| a. Epidemiología..... | 4 |
| b. Patogénesis..... | 5 |
| c. Histología..... | 5 |
| d. Diagnóstico y síntomas..... | 6 |
| e. Estadiaje..... | 7 |
| f. Detección oportuna de cáncer cervicouterino (CACU)..... | 9 |
| g. Factores pronósticos..... | 12 |
| h. Tratamiento por estadios..... | 16 |
| 5. JUSTIFICACIÓN..... | 19 |
| 6. OBJETIVOS..... | 20 |
| 7. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 21 |
| 8. TABLAS Y GRÁFICAS..... | 22 |
| 9. RESULTADOS..... | 48 |
| 10. CONCLUSIONES..... | 50 |
| 11. ANEXOS..... | 51 |
| 12. BIBLIOGRAFÍA..... | 55 |

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una patología conocida por el hombre desde hace muchos años, de hecho las primeras descripciones de la enfermedad se remontan a los papiros egipcios (1700 a.c).

Hacia principios del siglo pasado se marca un importante avance en materia de diagnóstico cuando George N. Papanicolaou publica en 1924 la técnica de tinción que permite describir células cancerosas a partir de aspirado cervical y paralelamente en Alemania, Hans Hinselmann comienza el desarrollo de la colposcopia.

El carcinoma de cuello uterino es el más frecuente de los carcinomas del aparato genital femenino, aparece en cualquier época de la vida; pero de preferencia en la madurez sexual, con predominio en la cuarta y sexta década.

En los países occidentales desarrollados, su mortalidad se ha reducido a un tercio de la observada hace 35 o 40 años, debido a los éxitos conseguidos en el diagnóstico precoz y preclínico y a los mejores programas de educación sanitaria.

El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de 25 a 64 años de edad. En el año de 1995 se registraron 15,749 nuevos casos y por esta causa murieron 4,392 mujeres (27.8%); 12 mujeres diariamente mueren en México por cáncer cervicouterino (una cada dos horas). (43)

El carcinoma cervical es el período terminal de una gama continua de cambios del epitelio cervical; el primer cambio y al parecer el más temprano consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso, cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo.

El carcinoma in situ al igual que el carcinoma invasor en su fase inicial de desarrollo es asintomático y su diagnóstico se basa en el estudio citológico, histopatológico y colposcópico.(6)

Todo lo anterior motivó reportar la experiencia de cáncer cervicouterino diagnosticado por estudio histopatológico en 669 pacientes en un periodo de 50 años (1947 a 1997) en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México.

MARCO TEÓRICO

CÁNCER CERVICOUTERINO

EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer de cuello uterino es en el mundo, el segundo tipo de cáncer más frecuente después del cáncer de mama y el primero en América Latina. Se calcula que en el continente americano cada año se presentan 68 mil casos nuevos de cáncer de cuello uterino. Canadá tiene la mortalidad más baja por esta enfermedad y los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay, Perú y baja, en Cuba y Puerto Rico.(1)

Mientras en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a este padecimiento han decrecido de manera significativa en este siglo, en los países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso y, en particular, los países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe.(2,3,4,5)

El cáncer cervicouterino (CACU) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial: ocupa el 5to lugar en frecuencia entre las neoplasias malignas con 7.3%, por lo que se estiman 465,600 nuevos casos anuales. En los países en vías de desarrollo, el CACU tiene todavía mayor importancia, puesto que ocupa el primer lugar en orden de frecuencia, con 11.7% de los casos (369,500) del total de neoplasias, en comparación con el 3% (96,100) en países desarrollados. En Latinoamérica, considerada área de alto riesgo de CACU, se estiman 52,000 casos por año y 30,000 muertes debidas a esta enfermedad.(6,7,8)

Cada año, el Sistema Nacional de Salud de México brinda atención médica a 9,000 casos de cáncer cervical invasor y se registran 4,000 muertes anualmente.(9,10,11)

Actualmente se conocen muchos factores genéticos y ambientales como cancerígenos virales o químicos o una combinación de ambos: infecciones por virus Herpes tipo 2, Virus del Papiloma Humano (VPH) dentro de los cuales tenemos a los de bajo riesgo (tipos 6 y 11) que producen lesiones benignas y los de alto riesgo (tipos 16,18,31,33,35 y 45) de los cuales el 16 es el tipo que se relaciona mas constantemente con el cáncer cervical y representa entre 50 y 60% de todos los casos en que se demuestre el papiloma virus humano y la acción del esmegma cuando existe promiscuidad en el compañero sexual.(12,13)

Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son:

1. No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente.
2. Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana.

3. Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
4. Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.
5. Tener una historia familiar de cáncer cérvicouterino.
6. Grupo de edad las mujeres de 30-60 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad.
7. Fumar.
8. Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).
9. Multiparidad.
10. Infecciones cervicovaginales frecuentes. (14,15,16,17)

PATOGÉNESIS:

EL cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada. (18)

Del tracto genital femenino, el carcinoma del cuello uterino es la principal causa de morbilidad y mortalidad. Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical. (18)

Estudios realizados en la década de los sesenta mostraron que una proporción sustancial de anomalías del epitelio cervical, particularmente las formas intermedias de displasias, tendían a la regresión. Sin embargo, la tendencia de la enfermedades a progresar, a través del tiempo, hacia estadios más avanzados. Hall y Walton informaron una tasa de progresión de displasia severa a carcinoma in situ o cáncer invasor en un periodo de uno a 14 años. (19)

HISTOLOGIA:

El origen histológico del cáncer cervicouterino es de tipo epidermoide en el 85 a 90 por ciento de los casos y usualmente aparece en la unión del canal cervical y el ectocérvix. En esta área el epitelio columnar es reemplazado por el epitelio escamoso. La aparición de procesos neoplásicos localizados en el cérvix uterino presenta una progresiva evolución de displasia a cáncer in situ. (20)

La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años. (21)

CARCINOMA CELULAS ESCAMOSAS :El carcinoma invasivo de células escamosas es la variedad mas frecuente del cáncer invasivo en el cuello uterino. Desde el punto de vista histológico se encuentran tipos de grandes células queratinizantes, grandes células no queratinizantes y células pequeñas, estas últimas incluyen al carcinoma de células escamosas mal diferenciadas y el carcinoma anaplásico de células pequeñas. Las pacientes que experimentan el tipo de carcinoma de grandes células con queratinización o sin ella tienen mejor pronóstico que las que tienen las variantes de células pequeñas. Mas aún los carcinomas anaplásicos de células pequeñas se comportan con mayor agresividad que los carcinomas escamosos mal diferenciados que contienen células pequeñas. (22)

ADENOCARCINOMA: El adenocarcinoma in situ se conserva como precursor del invasivo y no es sorprendente que a menudo coexistan ambos y parece constituir un dilema diagnóstico y terapéutico en comparación con el carcinoma de células escamosas. El adenocarcinoma se puede identificar mediante obtención de muestras de cuello uterino, pero este estudio es poco confiable, el diagnóstico definitivo se hace a través del cono cervical. El adenocarcinoma invasivo puede ser puro o mixto (adenoescamoso).

Existen otras variantes de adenocarcinomas como son el adenocarcinoma de desviación mínima (adenoma maligno), el adenocarcinoma papilar villoglandular, el de células vidriosas. Otras variables del carcinoma adenoescamoso son el carcinoma adenoide basal y el carcinoma adenoide quístico.(22)

SARCOMA: El más importante del cuello uterino es el rabdomiosarcoma embrionario, que se produce en niñas y en mujeres adultas jóvenes.

MELANOMA MALIGNO: Es muy rara su presentación en el cuello uterino. Se parece a los melanomas de otros sitios del cuerpo, y el pronóstico dependerá de la profundidad de la invasión del estroma cervical.(22)

CARCINOMA NEUROENDOCRINO: La clasificación del carcinoma cervicouterino neuroendocrino incluye cuatro subtipos histopatológicos: de células pequeñas, grandes, carcinoide clásico y carcinoide atípico.(22)

DIAGNOSTICO Y SÍNTOMAS

El síntoma más frecuente en las pacientes que experimentan cáncer de cuello uterino es la hemorragia vaginal. Más a menudo es hemorragia postcoital pero puede ocurrir, como hemorragia irregular o postmenopáusica. La paciente con enfermedad avanzada pueden experimentar secreción vaginal maloliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva.

Durante el examen físico general deben palparse los ganglios linfáticos supraclaviculares e inguinales para excluir la presencia de enfermedad metastásica. Durante el examen pélvico, se inserta un espejo vaginal y se inspecciona el cuello en busca de zonas sospechosas. Se inspecciona la vagina por si hubiera extensión de la enfermedad. En caso de cáncer invasivo, el cuello uterino suele ser firme, de consistencia dura, irregular y es necesario valorar estos aspectos mediante examen digital. El tacto rectal tiene importancia para ayudar a establecer la consistencia de parametrios y la extensión parametrial de la neoplasia. La citología cervicovaginal es uno de los estudios básicos para la detección de cáncer cervicouterino sobre todo en pacientes asintomáticas. Cuando hay crecimiento tumoral franco, la biopsia cervical y su estudio histopatológico suele bastar para establecer el diagnóstico. La colposcopia puede ser de utilidad para dirigir al examinador hacia la zona más invasiva para tomar la biopsia. Si no se puede establecer el diagnóstico de manera concluyente con la biopsia, quizá sea necesario hacerle conización diagnóstica.(22)

ESTADIAJE

En 1994 la FIGO establece la última clasificación clínica para cáncer de cuello uterino considerando 5 etapas.

ESTADIOS CLINICOS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Nomenclatura FIGO (Montreal 1994)

Estadio 0 : Carcinoma In situ. Neoplasia intraepitelial grado III.

Estadio I : Carcinoma confinado estrictamente al cervix

Ia: Ia1: Invasión estromal no > de 3mm en profundidad y extensión < de 7mm.

Ia2: invasión estromal > 3mm y 5mm. Extensión < 7mm.

Ib: Ib1: Lesión clínicamente visible < 4cm.

Ib2: Lesión mayor de 4 cm.

Estadio II : Carcinoma invade útero pero no alcanza pared pélvica o el tercio distal de la vagina.

IIa: Sin compromiso parametrial evidente.

IIb: Compromiso parametrial obvio.

Estadio III: Carcinoma se extiende a pared pélvica. Tumor incluye tercio distal de vagina y todos los casos de hidronefrosis y de riñón no funcionante.

IIIa: Tumor alcanza tercio inferior de vagina sin alcanzar la pared pélvica.

IIIb: Extensión hasta la pared pelviana y/o hidronefrosis o riñón no
funcionante.

Estadio IV: Carcinoma alcanza la pelvis verdadera o compromiso de mucosa vesical o rectal (biopsia).

IVa: Extensión a órganos adyacentes.

IVb: Extensión a órganos distantes.(23)

La FIGO sugiere además una serie de exámenes complementarios a los cuales, en la actualidad, podrían agregarse en casos específicos, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, ultrasonografía, linfografía y laparoscopia; considerando su costo, rendimiento y disponibilidad.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA ETAPIFICACION CÁNCER CUELLO UTERINO (FIGO 1994)

- Inspección.
- Palpación.
- Colposcopia.
- Curetaje endocervical.
- Examen físico bajo anestesia.
- Histeroscopia.
- Cistoscopia.
- Rectoscopia.
- Pielografía endovenosa.
- Radiografía de tórax.
- Biopsia para compromiso rectal y/o vesical.(24)

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

En la actualidad se considera que el cáncer cervicouterino es una de las neoplasias potencialmente curables. La posibilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. (24)

La citología cervicovaginal ha hallado amplia aceptación como recurso diagnóstico del cáncer incipiente de diversos órganos del cuerpo, esta se basa en los cambios que suceden en células aisladas y que desprenden o "exfolian" de los tejidos epiteliales y, que pueden presentar alteraciones en su estructura que permiten establecer diagnósticos de lesiones premalignas.

Es un procedimiento fácil y rápido, que debe ser realizado por personal capacitado ya que depende de la calidad de la muestra permitir hacer un diagnóstico adecuado y confiable, por medio de la colocación de un instrumento que permite la visualización del cérvix o cuello uterino llamado espejo vaginal, después se toma una muestra por cepillado del epitelio de la parte externa del cérvix y de la transición de esta con la parte interna del cérvix, la muestra adecuada de la zona de transición es muy importante ya que en esta zona se inician la mayor parte de los cánceres de cuello uterino.

El cepillado que se hace del cérvix uterino en sus partes externa e interna se deberá colocar en una laminilla portaobjetos en forma de extendido homogéneo y se fija con alcohol o un spray a base de alcohol con el fin de preservar a las células obtenidas, este frotis o extendido deberá ser enviado a un laboratorio de citología adecuadamente rotulado y con una solicitud donde se consignan los datos clínicos más importantes, ya que para la adecuada interpretación de las muestras se debe contar con esta información, el estudio de Papanicolaou es pues una interconsulta médica y como tal se deberá de contar con información pertinente del caso. En el laboratorio de citología, el frotis es sometido a un proceso de tinción para dar contraste a las estructuras celulares y precisamente esta técnica de tinción se le conoce como la técnica de Papanicolaou. La persona que observa estos frotis ya teñidos deberá estar capacitado y con experiencia en su interpretación.

En todos los reportes de citología exfoliativa cervicovaginal se deberá de incluir la siguiente información: a) La presencia de procesos inflamatorios y en ocasiones se puede identificar a los agentes infecciosos responsables. b) El estado de función de las hormonas sexuales, por los cambios que se observan en las células exfoliadas, ya que las células de la vagina y el cervix son sensibles a esas hormonas. c) La presencia o no de lesiones precursoras de un carcinoma.

La primera clasificación de citología exfoliativa cervicovaginal fue descrita por Papanicolaou (1940), que incluye:

Clase I

Son células normales sin alteración ni reacción inflamatoria.

Clase II

Son células normales en las cuales existen datos de reacción inflamatoria severa, pero con tratamiento médico son susceptibles de regresar al Negativo I.

Clase III

Se observan lesiones que pueden corresponder a la reacción inflamatoria. Existen pseudodiscariosis o discariosis y otras alteraciones celulares que no pueden ser valoradas con seguridad, por lo que debe darse tratamiento antiinflamatorio.

Clase IV

Células probablemente malignas.

Clase V

Células con características malignas indudables.

Reagen (1956) introduce los términos: "Displasia" y "carcinoma in situ" (CIS) y clasifica las displasias según el espesor de epitelio comprometido en:

Displasia

- Leve.
- Moderada.
- Intensa, grave o severa.

Carcinoma in situ (CIS).

Richart (1973) propuso que los términos de displasia y cáncer in situ fueran reemplazados por un término más comprensivo, neoplasia cervical intraepitelial (NIC) dividiéndolas en tres grados:

NIC I: displasia leve

NIC II: displasia moderada

NIC III: displasia severa y cáncer in situ (42)

Posteriormente un comité de expertos en la ciudad de **Bethesda** en Estados Unidos (1989), creó una nueva clasificación, cuya última modificación fue realizada el 24 de noviembre del 2003 por el Dr. F.R. Pérez-López, la cual considera:

1. Adecuación de la muestra
 - Satisfactoria para evaluación
 - Satisfactoria para evaluación pero limitada por....(especificar)
 - Insatisfactoria para evaluación....(especificar)
2. Categorización general (opcional)
 - Dentro de límites normales
 - Cambios celulares benignos: ver diagnóstico descriptivo
 - Células epiteliales anormales: ver diagnóstico descriptivo
3. Diagnóstico descriptivo
4. Infecciones vaginales
5. Cambios reactivos celulares
 - Inflamación
 - Atrofia con inflamación
 - Inflamación por radiación, DIU etc.
6. Anomalías celulares epiteliales

Células escamosas

- Células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS)*
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL): HPV**/displasia leve/CIN-I
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL): displasia moderada, grave/CIN-II/CIN-III/carcinoma in situ
- Carcinoma de células escamosas

Células glandulares

- Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas
- Células glandulares atípicas de significado incierto (AGUS)*

- Adenocarcinoma endocervical
- Adenocarcinoma endometrial
- Adenocarcinoma extrauterino

* Debería calificarse, si es posible, si sugiere un proceso reactivo o premaligno/maligno.

** Los cambios celulares del virus del papiloma humano, antes llamados coilicitosis atípica o atipia condilomatosa, se incluye en la categoría de L-SIL

7. Otras neoplasias malignas (especificar)
8. Evaluación hormonal
 - Patrón hormonal compatible con edad e historia
 - Patrón hormonal incompatible con edad e historia (especificar)
 - Evaluación hormonal no posible (especificar) (25,41)

FACTORES PRONÓSTICOS

Existen variables de diversa índole que determinaran un mejor o peor pronóstico en relación a sobrevida, para cada paciente en forma individual tales como:

CLINICOS

1. Estadío
2. Edad
3. Volumen tumoral

ANATOMOPATOLÓGICOS

1. Tipo Histológico
2. Compromiso ganglionar
3. Grado de invasión estromal
4. Compromiso linfo-vascular
5. Extensión endometrial
6. Diferenciación histológica (23)

CLÍNICOS

1.- Estadio

Nomenclatura FIGO 1994.

2.- Edad

Al revisar la literatura sobre la influencia de la edad en el pronóstico de cáncer cervicouterino, llaman la atención dos conceptos: a mayor edad, dada las características intrínsecas de las pacientes, el pronóstico sería más ominoso, especialmente en las etapas más avanzadas; en pacientes jóvenes por otro lado, las formas de presentación de la enfermedad podría ser más agresiva, comprometiendo su sobrevida.(26)

El análisis de los datos refleja que efectivamente en las pacientes añosas la sobrevida general a 5 años, para los distintos estadios, es menor.

En el caso de mujeres menores de 30 años, llama la atención la menor sobrevida relativa para etapas III, probablemente asociado al bajo número de casos. Sin embargo, Acharki (26) publica un estudio retrospectivo de 337 pacientes portadoras de cáncer cervical y menores de 35 años (58,2% con etapas avanzadas) observándose que las pacientes entre 31 y 35 años tienen mayor sobrevida que aquellas menores de 30 años (45,2% v/s 32%). Los factores pronósticos significativamente desfavorables que el encontró fueron: tamaño > 3 cm., estadio clínico, tipo histológico indiferenciado y compromiso ganglionar; sin poder establecer sin embargo causalidad por el tipo de diseño del estudio.

3.- Volumen Tumoral

El primer problema que aparece al revisar este tema es que los distintos autores se plantean puntos de corte diferentes para sus estudios: Fletcher y Mendenhall (1991) 6 cms de componente endocervical (27), Eifel (1994) tumores exofíticos o endocervicales entre 5 – 7,5 cms (28), Perez (1992) 5 cms (29), GOG 4 cms, Muruyama: gran tamaño > 3 cm. (30) y **FIGO (1994) Ib2 >4 cms.**

Al respecto Eifel (30) y col publican en 1994 que la recurrencia de un tumor exofítico entre 5-7,5cms es menor que en aquellos exofíticos del mismo tamaño (3 y 9 % respectivamente). Así mismo esta misma autora realizó un estudio con técnica de volumetría para etapas Ib donde se vio que sobre los 4 cms la sobrevida específica, control pélvico y control central después de radioterapia se ven significativamente comprometidos.(31)

Para estadios I y II el compromiso de ganglios, control pélvico y sobrevida después de cirugía o radioterapia, han sido fuertemente asociados con tamaño tumoral Perez (6), Lowrey.(32)

La recopilación de series quirúrgicas que incluyen etapas Ib y IIa, también evidencia que sobre los 4 cms aumenta significativamente el compromiso ganglionar y porcentaje de sobrevida.(33,34)

En conclusión, concordando con lo determinado por FIGO y en base a la información presentada, parece ser que el tamaño tumoral > de 4cm., dentro de la misma etapa, tiene peor pronóstico, por lo cual debiera recibir un manejo diferente.

ANATOMOPATOLÓGICOS

1.- TIPO HISTOLOGICO

Carcinoma Escamoso:

Para este tipo histológico, es aceptado que la presencia de queratina es de pronóstico favorable y el hallazgo de células pequeñas es adverso.

No existe evidencia que el grado histológico tenga valor pronóstico independiente.

Adenocarcinoma:

Los resultados de sobrevida para este tipo histológico hasta 1990 son mas bien controversiales, sobretodo al considerar que los grupos estudiados no eran comparables en relación con factores pronósticos actualmente aceptados como significativos como volumen tumoral. Algunas publicaciones muestran una sobrevida a cinco años menor para los tumores adenocarcinomatosos (81 v/s 72% $p<0.001$) con corrección de variables pronósticas (Eifel 1995) ; o esta se hace significativamente menor en caso de ganglios positivos (Nakanishi 2000) . Al analizar los datos del último informe FIGO se observa que el adenocarcinoma tiene menor sobrevida a 5 años para cada una de las etapas, diferencia que se hace más significativa conforme avanzan los estadios.(23)

Pensando en que esta diferencia podría deberse a factores pronósticos desfavorables asociados a este tipo histológico, Grisaru (35) en un estudio prospectivo de 591 pacientes encontró que estos incluso eran más favorables respecto a otros tipos histológicos. Alisen (36) estudió el pronóstico de todos los tumores no escamosos en 15 años (n=505) encontrando que el carcinoma de células pequeñas es el único tipo histológico con importancia pronóstica independiente. Existe controversia sobre el rol histológico en el pronóstico del cáncer cervical, lo único demostrado es que el carcinoma de células pequeñas adjudica, independientemente, un peor pronóstico.

2.-COMPROMISO GANGLIONAR

Es reconocido ampliamente que el estado de compromiso ganglionar está directamente relacionado con la sobrevida de las pacientes. (37,38)

3.- GRADO DE INVASION ESTROMAL

En este estudio del Oncology Group (39) vemos como mientras más progresa la invasión estromal, ya sea expresado en tercios o en mm, disminuye significativamente el porcentaje libre de enfermedad a cinco años.

Esto plantea invasión estromal como un probable factor discriminatorio de uso de radioterapia complementaria principalmente en etapas Ib; lo cual debería validar su impacto respecto al régimen de quimio-radioterapia en uso actualmente.

A futuro, tal vez las técnicas imagenológicas podrán aportar información en la estimación de este parámetro en forma no invasiva.(23)

4.- COMPROMISO LINFOVASCULAR

El compromiso linfovascular se relaciona significativamente con mayor proporción de ganglios pélvicos positivos y menor sobrevida libre de enfermedad.

5.- GRADO HISTOLOGICO

No se ha demostrado valor pronóstico en el grado de diferenciación histológica de cáncer escamoso de cuello uterino. Tanto es así que el Colegio Americano de Patólogos menciona que su inclusión en el protocolo de cáncer uterino es opcional.

6.- INVASIÓN ENDOMETRIAL

En la década del 80 se publicaron una series de trabajos que relacionaban el hallazgo del legrado endometrial positivo con mayor tasa de metástasis a distancia, patrón endofítico, e invasión vaginal y de parametrios.

Destaca la publicación de Grimard (40) quien en forma retrospectiva encontró diferencias significativas en la sobrevida a 5 años de pacientes etapa Ib con dilatación y curetaje positivo (50%) y negativo (90% $p < 0.003$). El autor resalta que si se producían recidivas, éstas eran en mayor proporción a distancia por lo cual cuestiona la utilidad de histerectomía adyuvante en estas pacientes.

No existen publicaciones más actuales que propongan la extensión endometrial como factor pronóstico independiente para cáncer de cuello uterino, por lo que no se justificaría realizar el procedimiento de curetaje uterino en forma rutinaria.

OTROS FACTORES PRONOSTICOS

Al revisar las publicaciones actuales se observa que factores como angiogénesis tumoral (densidad vascular o conteo de microvasos) así como infiltración de macrófagos (linfoide); se proponen como nuevos factores histopatológicos con rol pronóstico en etapa actualmente de validación.

Así mismo, existe una serie de otros factores descritos en forma casi "anecdótica" como: acetilgalactosaminidasa sérica, presencia de receptores de progesterona, citología peritoneal, etc.

TRATAMIENTO POR ESTADIOS

Los tratamientos para cáncer cervicouterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad, estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

Estadio 0 (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cáncerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a: Ia1: Sin invasión del espacio linfovascular se puede tratar con histerectomía extraaponeurótica sin disección de ganglios.

Con invasión del espacio linfovascular se puede tratar con histerectomía del tipo I (extraaponeurótica o extrafacial) o del tipo II (radical modificada con disección ganglionar pélvica, con resección de la mitad de los ligamentos cardinales y uterosacros)

Ia2: Histerectomía radical modificada (del tipo II) con disección de ganglios pélvicos con o sin radioterapia.

I-b: Histerectomía radical, linfadenectomía pélvica y valoración de ganglios linfáticos paraaórticos con o sin radioterapia.

Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a: Histerectomía radical, linfadenectomía pélvica y valoración de ganglios linfáticos paraaórticos con o sin radioterapia.

II-b:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio III. El tratamiento podría consistir en:**III-a:**

Radioterapia.

III-b:

Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:**IV-a:**

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

IV-b:

1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.
2. Quimioterapia.

RECIDIVAS. El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina (exanteración).
2. Radioterapia y quimioterapia.(22)

Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica con quimioterapia sistémica.

Un importante elemento de juicio, especialmente en etapas donde se plantea la alternativa de terapia médica y/o quirúrgica, sería la determinación de factores pronósticos. Algunos ampliamente reconocidos como edad, estadio clínico y compromiso ganglionar, y otros aún en etapa de consolidación como tamaño tumoral, invasión estromal y compromiso linfovascular.

De este modo se podrían establecer subgrupos de riesgo como $t < 2$ cm y/o con menos de 10 mm de invasión estromal, donde se podría plantear la posibilidad de cirugía conservadora para mantener fertilidad: traquelectomía + linfadenectomía laparoscópica. Por otro lado aquellos de > 2 cms y/o invasión > 10 mm podrían requerir radioterapia adyuvante. Sedlis M. (1999) publica una serie de mujeres con cáncer etapa Ib operadas (sin compromiso ganglionar) pero, con invasión estromal $> 1/3$, compromiso de espacios linfovascuales o tamaño tumoral mayor a 4 cm; observando que aquellas en las cuales se realizó radioterapia, la recurrencia fue de 15% versus 28% en aquellas sin radioterapia.

Por último, debemos recordar que existen aquellas pacientes pesquisadas en etapas precoces que presentan un comportamiento agresivo o falla precoz, sin presentar los factores de riesgo antes mencionados. Se trata de mujeres con una biología tumoral más agresiva, que probablemente implica otra serie de factores biológicos que se encuentran también en etapa de investigación a través de las técnicas de biología molecular y comportamiento celular, éstos podrían representar un elemento determinante en el manejo y pronóstico de nuestras pacientes portadoras de cáncer de cuello del útero.(22)

JUSTIFICACIÓN

El cáncer constituye un problema de salud pública. En nuestro país el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar en frecuencia, alrededor del 76% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, y más del 90% corresponde al tipo epidermoide.(44)

La detección, diagnóstico y manejo terapéutico de las neoplasias malignas requieren de una estructura organizada de médicos, paramédicos, técnicos, instituciones y tecnología de elevado costo.

La evaluación de la incidencia de Cáncer es una herramienta importante en las decisiones de prevención y tratamiento del mismo

A pesar de la existencia de un programa poblacional de detección oportuna de cáncer cervico uterino en México desde hace 20 años, la mortalidad por esta neoplasia se mantiene constante. Los factores identificados en México como responsables del escaso efecto del programa de prevención de cáncer cervico uterino son: a) la baja cobertura a nivel poblacional, que es alrededor del 15%; b) se estima que el programa sólo previene el 13% de los casos potencialmente prevenibles; c) la deficiente calidad del espécimen de citología.

De acuerdo con la notificación por institución, el sector público reportó más del 70% de los casos y el sector privado el 15.9%.(45)

El Hospital Español de México, es un hospital privado, cuya población goza de un nivel socioeconómico adecuado, quienes tienen acceso a todos los servicios de salud, presentan buena cultura médica, y supuestamente tienen menores factores de riesgo, es importante ver el comportamiento del cáncer cervicouterino en este tipo de población.

Es necesario impulsar la realización de estudios que permitan conocer mejor la ocurrencia de este padecimiento y la participación de los diferentes factores de riesgo conocidos en su presentación.(45)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la distribución epidemiológica básica del cáncer cervicouterino diagnosticado por estudio histopatológico a 669 pacientes atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México en un periodo de 50 años (1947-1997)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el número de pacientes con cáncer cervicouterino detectados mediante estudio histopatológico, en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Español de México entre 1947 a 1997.
2. Determinar los tipos de cáncer cervicouterino y su distribución etárea en la población del Hospital Español.
3. Determinar los factores de riesgos asociados al cáncer cervicouterino en esta población.
4. Clasificar de acuerdo a su frecuencia y grado de diferenciación histopatológica a los diversos tipos de cáncer cervicouterino encontrados.
5. Determinar el tipo de cáncer cervicouterino más frecuente en el Hospital Español de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, que consistió en la revisión de un total de 669 expedientes de los pacientes con cáncer cervicouterino que fueron detectados por estudio histopatológico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español de México entre 1947 a 1997.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Fueron incluidos todos los expedientes de las pacientes con cáncer cervicouterino detectadas mediante estudio histopatológico, en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Español en un lapso de 50 años (1947-1997)

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron todos los expedientes de pacientes que no presentaron como diagnóstico cáncer cervicouterino, y todos los expedientes incompletos (59 expedientes) que no proporcionaban los datos a investigar en la ficha de recolección o se encontraban completamente deteriorados por encontrarse en el archivo muerto desde hace muchos años.

- **HERRAMIENTA DE RECOLECCION**

Se diseñó una ficha de recolección de datos en base a la historia clínica teniendo en cuenta los factores de riesgo para carcinoma cérvicouterino.

Los factores de riesgo se evaluaron con un instrumento que se elaboró a partir de los indicadores reportados en la literatura.

- **ELABORACIÓN DE TABLAS**

Para su estudio y presentación los resultados se procesaron y organizaron en forma de tablas y se acompañaron de las gráficas pertinentes, todo ello con las características mencionadas en el apartado del reporte final

- **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Estadística descriptiva.

- **IMPLICACIONES ETICAS**

Se garantizó el anonimato de los pacientes cuyos expedientes fueron evaluados evitando con ello la afectación de sus intereses.

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

| Edad | IN SITU | INVASOR | Total | |
|-------------|---------|---------|-------|-------|
| | No | No | No | % |
| Menor de 25 | 1 | 1 | 2 | 0.3 |
| 25-35 | 50 | 14 | 64 | 9.6 |
| 35-45 | 62 | 110 | 172 | 25.7 |
| 45-55 | 41 | 118 | 159 | 23.8 |
| 55-65 | 32 | 127 | 159 | 23.8 |
| 65-75 | 18 | 72 | 90 | 13.5 |
| 75-85 | - | 22 | 22 | 3.2 |
| Mayor de 85 | - | 1 | 1 | 0.1 |
| Total | 204 | 465 | 669 | 100.0 |

GRÁFICA 1
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

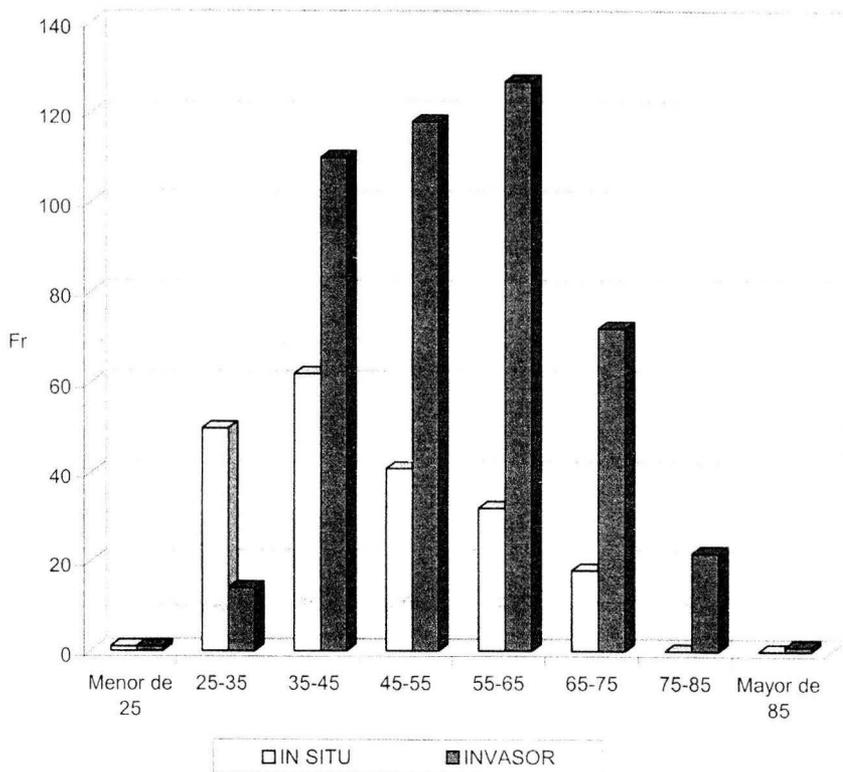


TABLA 2
CANCER CERVICOUTERINO
FACTORES DE RIESGO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

| FACTORES | GRUPO DE ESTUDIO | | | |
|--|------------------|-------|-----------|-------|
| | <i>SI</i> | | <i>NO</i> | |
| | <i>No</i> | % | <i>No</i> | % |
| Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino | 78 | 11.65 | 591 | 88.34 |
| No utilizar anticonceptivo de barrera | 112 | 16.74 | 557 | 83.25 |
| Inicio de actividad sexual antes de los 18 años | 483 | 72.10 | 186 | 27.8 |
| Tabaquismo | 242 | 36.17 | 427 | 63.82 |
| Infecciones vaginales | 297 | 44.39 | 372 | 55.60 |
| Parejas sexuales múltiples | 142 | 21.22 | 527 | 78.77 |

GRÁFICA 2
CÁNCER CERVICOUTERINO
FACTORES DE RIESGO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

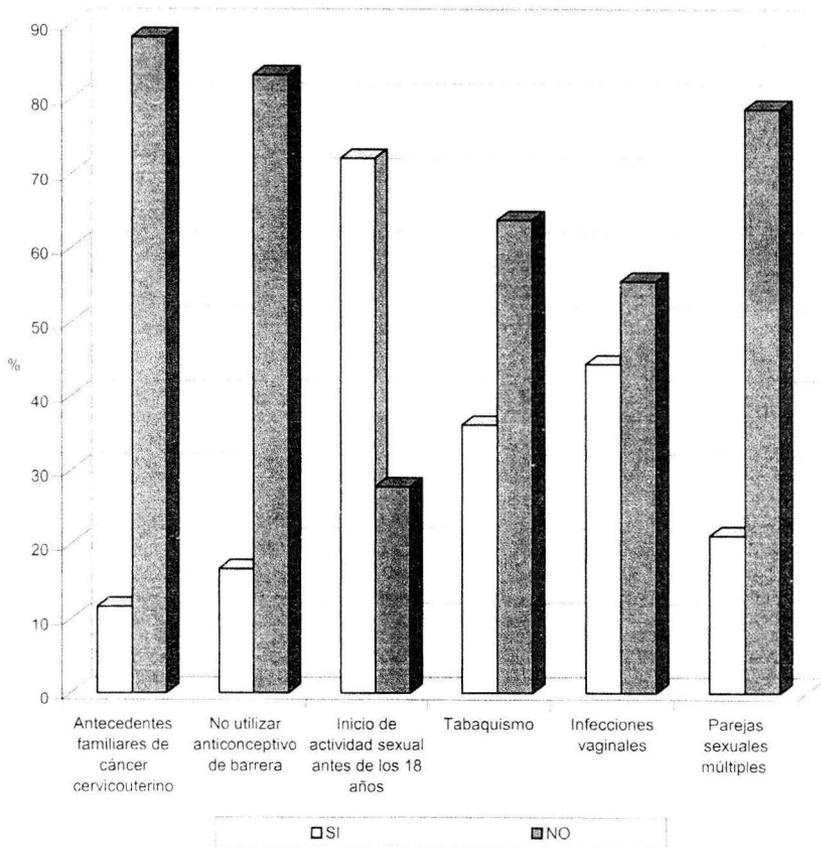


TABLA 3
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO POR TIPO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| Epidermoide | | Adenocarcinoma | | Otros | | Total | |
|-------------|-------|----------------|------|-------|------|-------|-----|
| No | % | No | % | No | % | No | % |
| 619 | 92.52 | 44 | 6.57 | 6 | 0.89 | 669 | 100 |

GRÁFICA 3
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO POR TIPO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

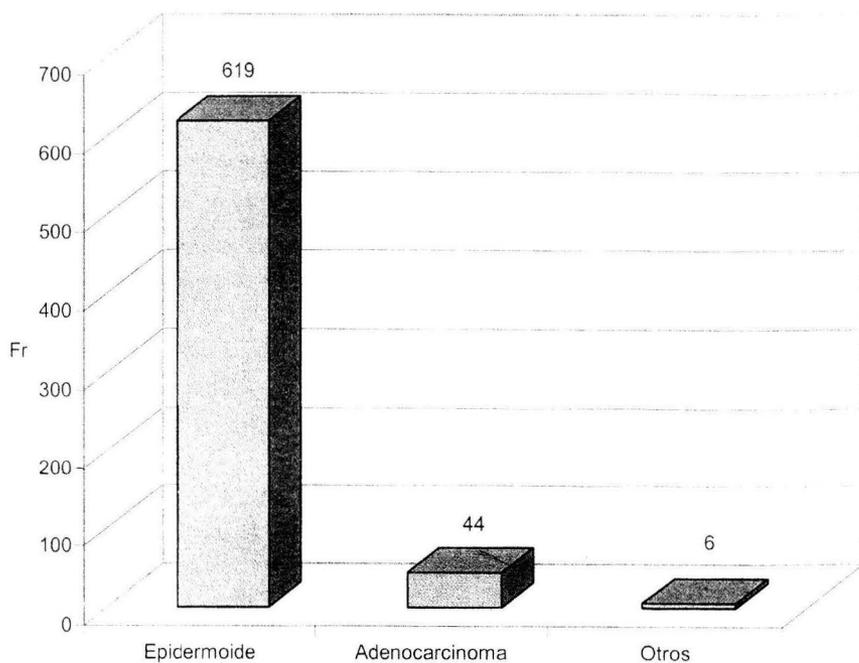


TABLA 4
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER EPIDERMOIDE POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| Edad | Epidermoide | |
|-------------|-------------|------|
| | No | % |
| Menor de 25 | 1 | 0.2 |
| 25-35 | 62 | 10 |
| 35-45 | 164 | 26.5 |
| 45-55 | 140 | 22.6 |
| 55-65 | 148 | 23.9 |
| 65-75 | 83 | 13.4 |
| 75-85 | 20 | 3.2 |
| Mayor de 85 | 1 | 0.2 |
| Total | 619 | 100 |

GRÁFICA 4
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER EPIDERMÓIDE POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 - 1997

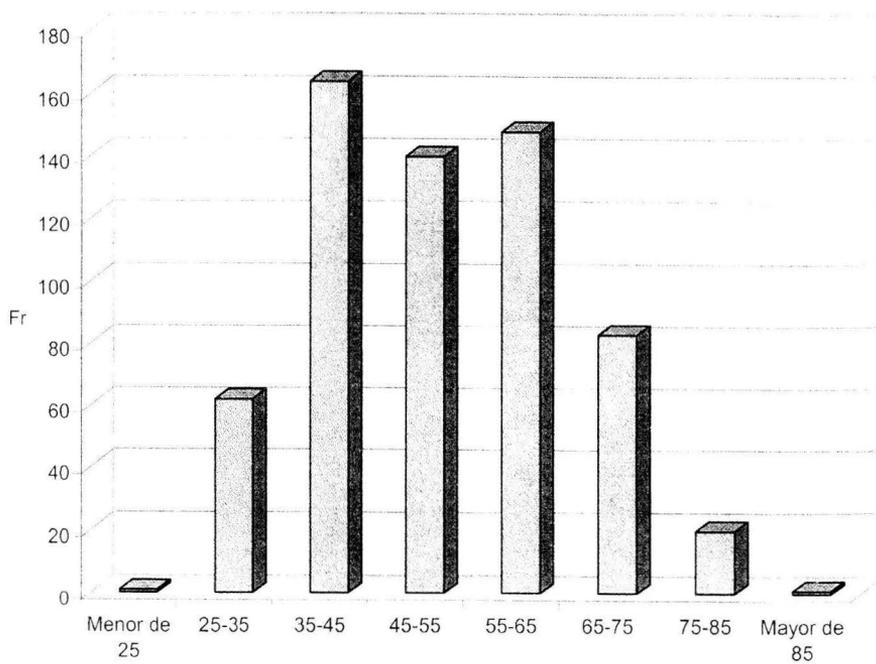


TABLA 5
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL ADENOCARCINOMA POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| Edad | Adenocarcinoma | |
|-------------|----------------|------|
| | No | % |
| Menor de 25 | 1 | 2.3 |
| 25-35 | 1 | 2.3 |
| 35-45 | 8 | 18.2 |
| 45-55 | 17 | 38.6 |
| 55-65 | 9 | 20.5 |
| 65-75 | 6 | 13.6 |
| 75-85 | 2 | 4.5 |
| Mayor de 85 | - | - |
| Total | 44 | 100 |

GRÁFICA 5
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL ADENOCARCINOMA POR GRUPO DE EDAD
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

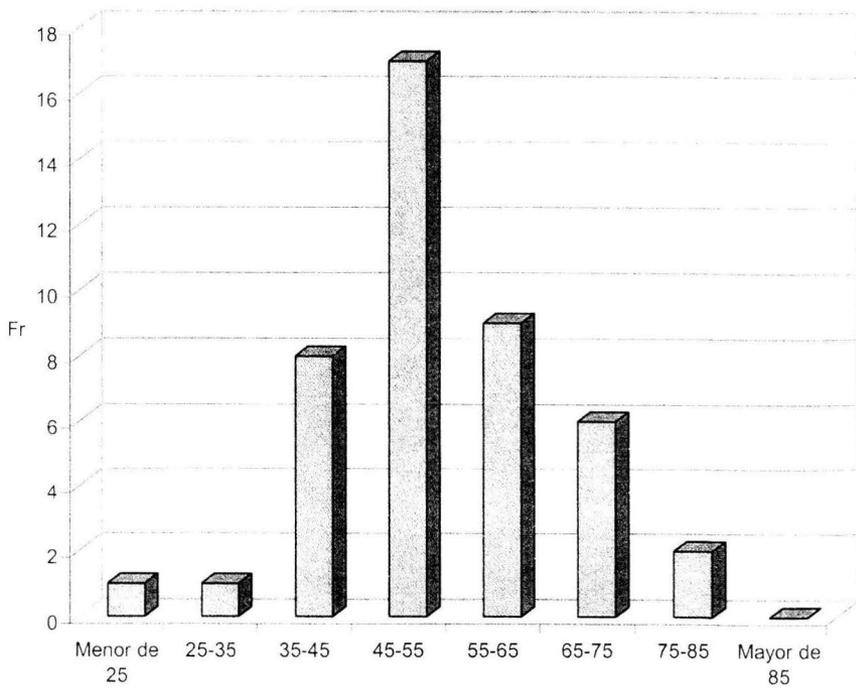


TABLA 6
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO POR TIPO Y LOCALIZACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

| Tipos de Ca Cu | | | | | | | | |
|----------------|-------------|------|----------------|-----|-------|-----|-------|------|
| Localización | Epidermoide | | Adenocarcinoma | | Otros | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| In Situ | 204 | 32.9 | - | - | - | - | 204 | 30.5 |
| Invasor | 415 | 67.1 | 44 | 100 | 6 | 100 | 465 | 69.5 |
| Total | 619 | 100 | 44 | 100 | 6 | 100 | 669 | 100 |

GRÁFICA 6
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO POR TIPO Y LOCALIZACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

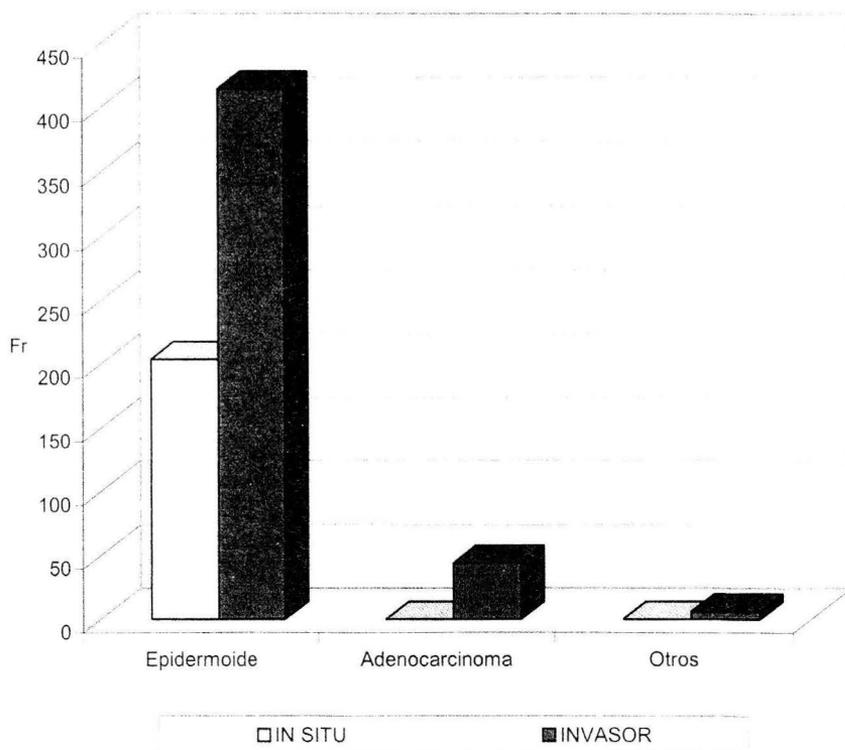


TABLA 7
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER EPIDERMOIDE POR GRADO DE
DIFERENCIACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| BD | | MD | | PD | | I | | Total | |
|-----|------|-----|------|----|------|----|------|-------|-----|
| No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 140 | 33.7 | 113 | 27.3 | 81 | 19.5 | 81 | 19.5 | 415 | 100 |

BD: Bien diferenciado

MD: Medianamente diferenciado

PD: Pobremente diferenciado

I : Indiferenciado

GRÁFICA 7

CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER EPIDERMÓIDE POR GRADO DE
DIFERENCIACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 - 1997

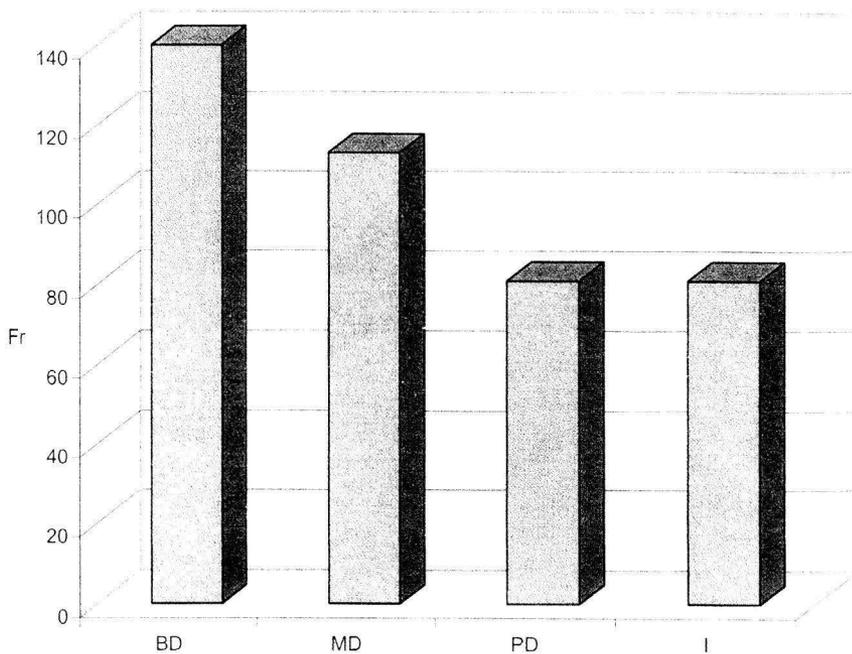


TABLA 8
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL ADENOCARCINOMA POR GRADO DE
DIFERENCIACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

| BD | | MD | | PD | | I | | TOTAL | |
|----|------|----|------|----|-----|----|------|-------|-----|
| No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 23 | 52.2 | 10 | 22.7 | 1 | 2.2 | 10 | 22.7 | 44 | 100 |

GRÁFICA 8
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL ADENOCARCINOMA POR GRADO DE
DIFERENCIACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 - 1997

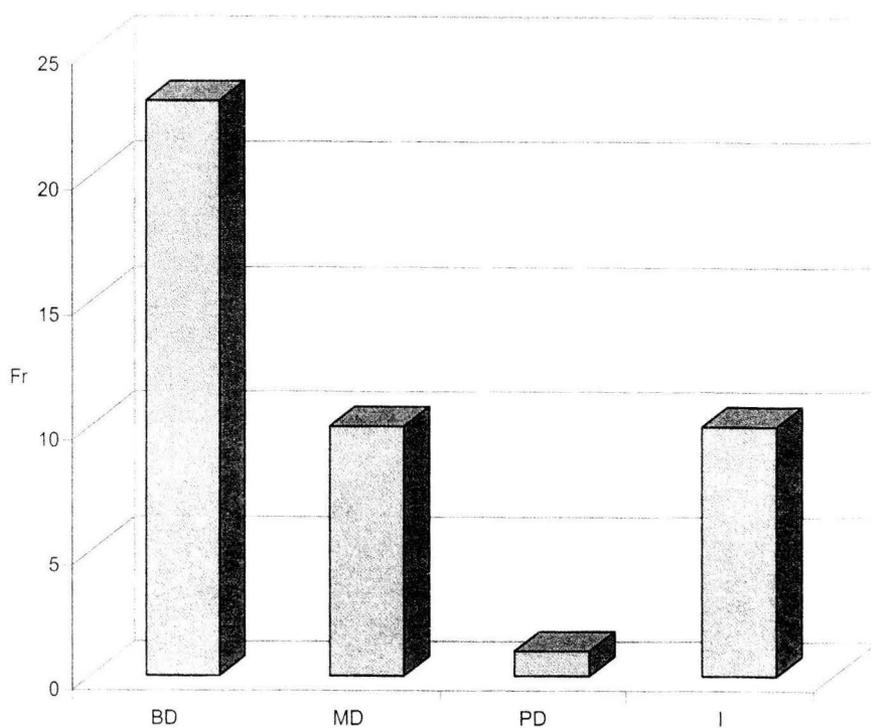


TABLA 9
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 - 1997

| 0 | | I | | II | | III | | IV | | Total | |
|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|----|------|-------|-----|
| No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 204 | 30.4 | 156 | 23.3 | 188 | 28.1 | 52 | 7.77 | 69 | 10.3 | 669 | 100 |

GRÁFICA 9
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

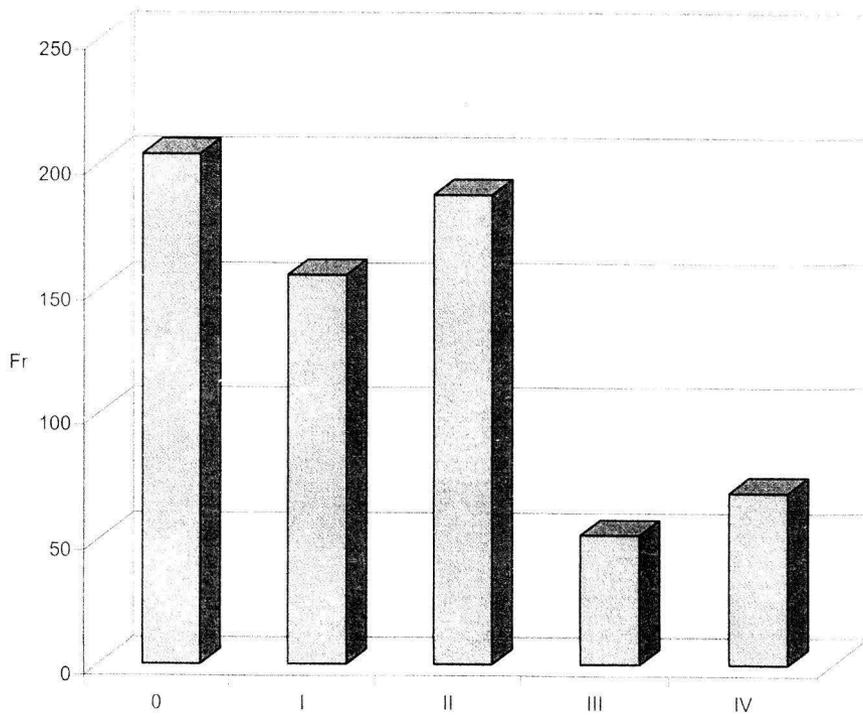


TABLA 10
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| EDAD | INVASOR | | | | TOTAL |
|-------------|---------|--------|--------|--------|-------|
| | I | II | III | IV | |
| Menor de 25 | 1 | | | | 1 |
| 25-35 | 12 | 2 | | | 14 |
| 35-45 | 50 | 60 | | | 110 |
| 45-55 | 93 | 6 | 18 | 1 | 118 |
| 55-65 | | 98 | 9 | 20 | 127 |
| 65-75 | | 22 | 24 | 26 | 72 |
| 75-85 | | | 1 | 21 | 22 |
| Mayor de 85 | | | | 1 | 1 |
| Total | 156 | 188 | 52 | 69 | 465 |
| (%) | (33.5) | (40.4) | (11.2) | (14.9) | (100) |

GRÁFICA 10
CÁNCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

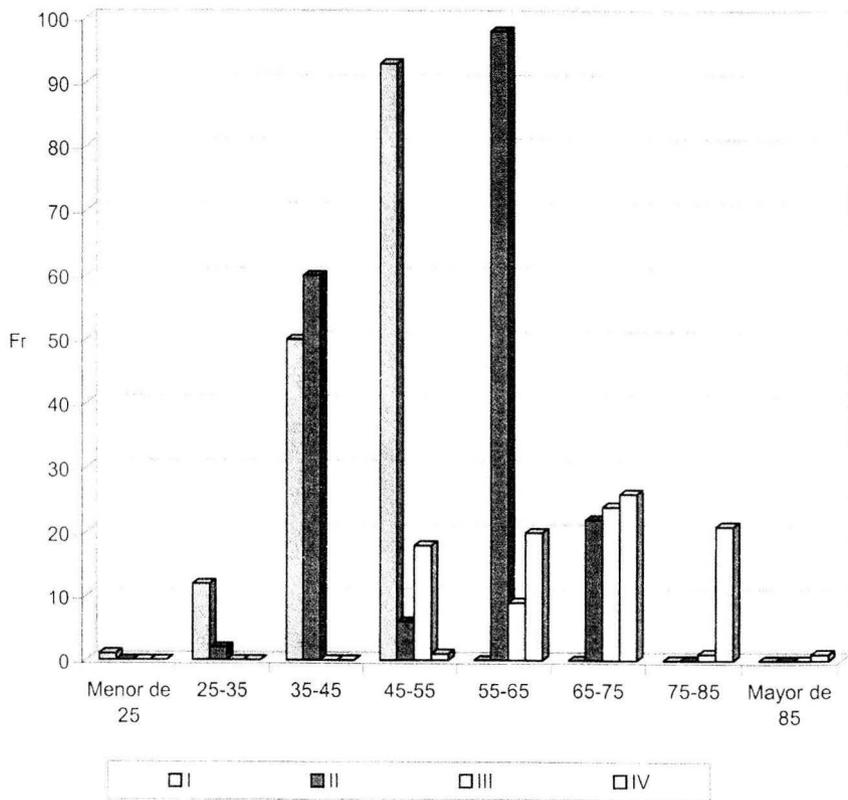


TABLA 11
CANCER CERVICOUTERINO
SIGNOS Y SÍNTOMAS POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| | I (%) | II (%) | III (%) | IV (%) |
|--------------|-------|--------|---------|--------|
| SANGRADO | | | | |
| TRANSVAGINAL | 3.4 | 9.3 | 16.24 | 18.30 |
| FLUJO MAL | | | | |
| OLIENTE | 5.2 | 7.3 | 22.50 | 28.2 |
| DOLOR | | | | |
| PÉLVICO | 2.0 | 6.3 | 32.6 | 68.1 |
| SÍNTOMAS | | | | |
| URINARIOS | 1.8 | 1.8 | 2.4 | 3.5 |
| UROPATIA | | | | |
| OBSTRUCTIVA | 0 | 0 | 13.8 | 35.3 |
| MOLESTIAS | | | | |
| RECTALES | 0 | 0 | 44.5 | 63.4 |
| LESIONES | | | | |
| CERVICALES | 46.3 | 57.4 | 70.4 | 82.6 |

GRÁFICA 11
CANCER CERVICOUTERINO
SIGNOS Y SÍNTOMAS POR ESTADIOS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 - 1997

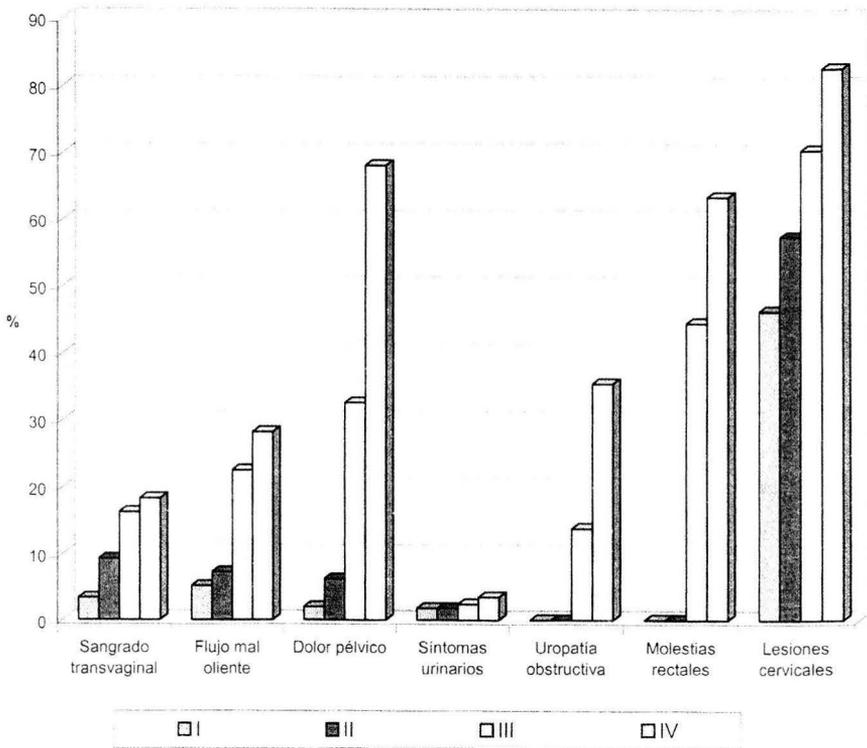


TABLA 12
CANCER CERVICOUTERINO
TENDENCIA POR DÉCADAS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| DECADAS | (%) |
|---------|------|
| 47 - 57 | 13.1 |
| 58 - 67 | 20.1 |
| 68 - 77 | 21.0 |
| 78 - 87 | 21.5 |
| 88 - 97 | 24.3 |
| TOTAL | 100 |

GRÁFICA 12
CANCER CERVICOUTERINO
TENDENCIA POR DÉCADAS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 – 1997

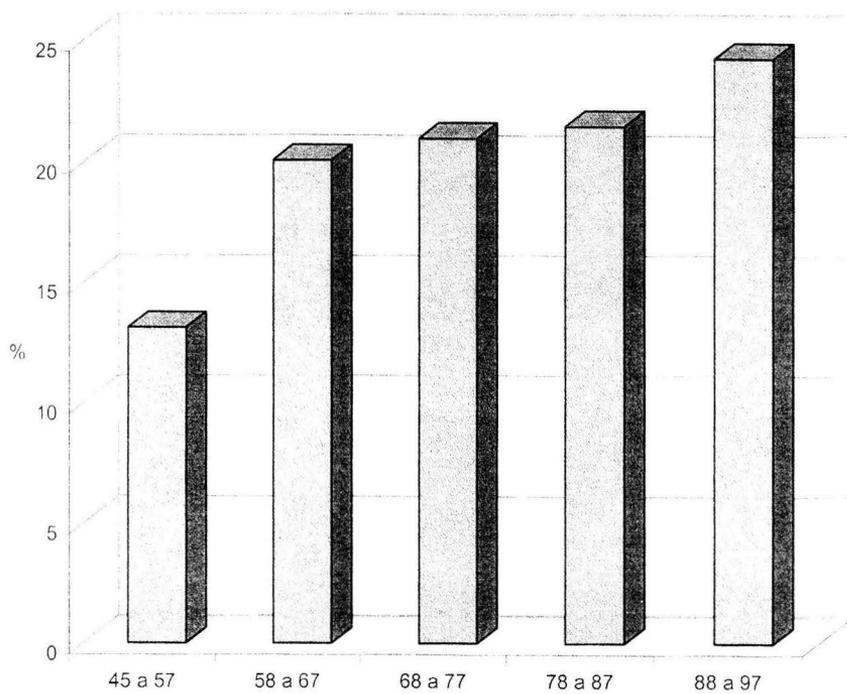
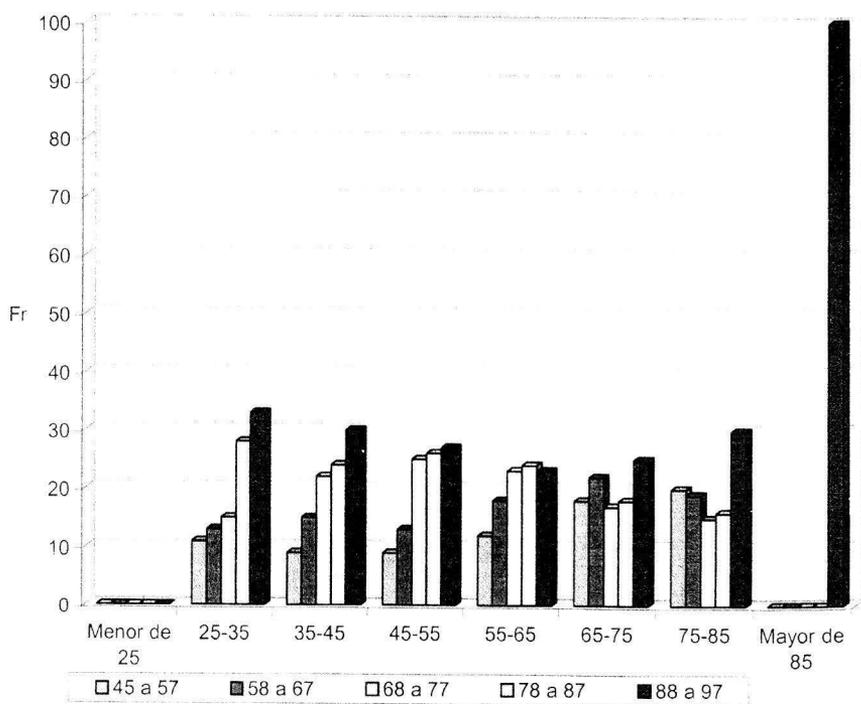


TABLA 13
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR DÉCADAS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
1947 – 1997

| DECADAS | 47-57(%) | 58-67 (%) | 68-77(%) | 78-87 (%) | 88-97(%) |
|-------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Menor de 25 | - | - | - | - | 100 |
| 25-35 | 11 | 13 | 15 | 28 | 33 |
| 35-45 | 9 | 15 | 22 | 24 | 30 |
| 45-55 | 9 | 13 | 25 | 26 | 27 |
| 55-65 | 12 | 18 | 23 | 24 | 23 |
| 65-75 | 18 | 22 | 17 | 18 | 25 |
| 75-85 | 20 | 19 | 15 | 16 | 30 |
| Mayor de 85 | - | - | - | - | 100 |

GRÁFICA 13
CANCER CERVICOUTERINO
DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR DÉCADAS
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
1947 - 1997



RESULTADOS

Entre los años de 1947 a 1997, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español fueron detectados 669 pacientes, con diagnóstico de cáncer cervicouterino, mediante estudio histopatológico, 204 casos de carcinoma in situ y 465 casos de carcinoma invasor, esta tendencia probablemente se explique a que el paciente en la mayoría de los casos, acude a consulta por presentar alguna sintomatología, muchas de ellas cuando el padecimiento se encuentra en etapas avanzadas.

El rango de edad fue de 23 a 87 años, con una media de 42.50. El grupo etáreo más afectado fue el de 35 a 45 años. Si distribuimos 669 cánceres en 50 años, aproximadamente se estaría detectando 13.3 casos de cáncer por año y 1.1 casos por mes, incluyendo cáncer in situ y cáncer invasor, en la población del Hospital Español de México. Tabla 1

El factor de riesgo más frecuente en este grupo de pacientes fue el inicio de actividad sexual antes de los 18 años (72.10%), seguidos de las infecciones vaginales (44.39%) y el tabaquismo (36.17%). Con respecto a los factores de riesgo algunos datos, fueron obtenidos por deducción puesto que en los expedientes sobre todo en los de las primeras décadas no figuraban. Tabla 2

El tipo de cáncer cervicouterino más frecuente fue el epidermoide con un total de 619 casos que equivale al 92.52%. Hubieron 6 casos de los cuales 2 fueron rhabdomyosarcoma, 3 carcinoides atípicos y 1 carcinoma de células pequeñas. Tabla 3

El cáncer cervicouterino de tipo epidermoide fue más frecuente al grupo de 35 a 45 años (26.5%). El 73% de todos los cánceres epidermoides se encontró entre los 35 a los 65 años, que son los pacientes que se encuentran con vida sexual activa. Tabla 4

El adenocarcinoma de cérvix predominó en el grupo de 45 a 55 años representando un 38.6% del total de adenocarcinomas. Tabla 5

El carcinoma cervicouterino invasor predominó en los dos tipos (epidermoide y adenocarcinoma). El 67.1% correspondió al epidermoide mientras que el total de adenocarcinoma fueron invasores 100%. Tabla 6

De los carcinomas epidermoides el más frecuente fue el bien diferenciado con un 33.7% seguido del medianamente diferenciado 27.3%. Tabla 7

De los adenocarcinomas más de la mitad de los casos fueron bien diferenciados constituyendo el 52.2%. Tabla 8

De todos los cánceres cervicouterinos encontrados el 30.4% correspondió a carcinomas in situ, y el 28.1% al cáncer invasor estadio II. Tabla 9

Del total de casos de carcinoma cervicouterino del tipo invasor el estadio clínico II fue el más frecuente 40.4% en pacientes entre 55 y 65 años. El estadio más avanzado (IV) fue detectado en un 14.9% en pacientes entre 65 y 75 años. Tabla 10

En cuanto a los signos y síntomas las lesiones cervicales observadas durante el examen clínico fueron las más frecuentes en todos los estadios, I (46.3%), II (57.4%), III (70.4%), IV (82.6%), seguidas por el flujo mal oliente, sangrado transvaginal y dolor pélvico, esta última más frecuente en el estadio IV (68.1%). Tabla 11

El cáncer cervicouterino se diagnosticó más frecuentemente en las últimas décadas, lo que probablemente se deba a que en la actualidad exista una mayor difusión a través de los medios de comunicación para impulsar la detección de cáncer de cuello uterino a nivel de nuestra institución como en toda la república mexicana Tabla 12

En los dos últimos decenios se diagnosticó el cáncer cervicouterino en edades más tempranas, probablemente debido a que en la actualidad existe más conciencia y conocimiento de los factores de riesgo, menor prejuicio para realizarse el estudio y mayor difusión como ya se ha comentado, Tabla 13

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

1. El tipo de Carcinoma cervicouterino que se presentó con mayor frecuencia fue el cáncer epidermoide.
2. El cáncer invasor se detectó mas frecuentemente que el cáncer in situ.
3. El cáncer epidermoide predominó en edades de 36 a 45 años, mientras que el Adenocarcinoma predominó entre los 46 y 55 años.
4. El cáncer cervicouterino tiende a ocurrir en edades más tempranas en los últimos dos decenios.
5. El número de casos de cáncer cervicouterino aumentó en las dos últimas décadas, esto debido al mayor impulso de las campañas de detección de cáncer cervicouterino y mayor captación de pacientes en nuestra institución.
6. Por los resultados obtenidos se debe continuar impulsando la citología cervicovaginal como diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino en todo paciente que inicia vida sexual activa. Los resultados sospechosos deben ser correlacionados con estudios histopatológicos.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES _____

ANTECEDENTES PERSONALES :

NO PATOLÓGICOS: _____

PATOLÓGICOS: _____

ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICO:

MENARCA: _____ TIPO MENSTRUAL: _____

IVSA: _____ PAREJAS SEXUALES: _____

GESTACIONES: PARTOS: CESAREAS: ABORTOS:

INFECCIONES VAGINALES: _____

ANTICONCEPCIÓN: _____

PAPANICOLAOU: _____

CUADRO CLÍNICO: _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS: _____

EXPLORACIÓN CLÍNICA: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: _____

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO: _____

TIPO: _____

GRADO DE DIFERENCIACIÓN: _____

ESTADIOS: _____

OBSERVACIONES: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller AB, Lindsay J, Hill GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer* 1976;17:602-612.
2. Brinton LA, Fraumeni JF. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chron Dis* 1986;39:1051-1065.
3. Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. En: MaG K, ed. *Trends in cancer incidence*. Washington: Hemisphere Pub, 1982:279-292.
4. Gardner JW, Lyon JL. Low incidence of cervical cancer in Utah. *Gynecol Oncol* 1977;5:68-80.
5. Graham S, Schotz W. Epidemiology of cancer of the cervix in Bufalo, New York. *J Nal Cancer Inst* 1979;63:23-27.
6. Programa de Pesquisa y Control de Cáncer Cervicouterino; Estadísticas de Mortalidad. MINSAL 1998
7. Capurro I, Rojo J, Pino T, Vásquez C, Garay J, y Venegas M. Programa de detección y control de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Salud Araucanía Sur: un análisis de su evolución y logro. *Fronteras en ginecología y Obstetricia Oct 2001; 1 (2) 11-16*
8. Cisneros MT, Espinosa R, Pineda BE. Mortalidad por cáncer de la mujer mexicana. *Salud Publica Mex* 1987;29:299-312.
9. Frías MM, Mohar BA, Suchil BL, Ibarra del RM, Ramírez GJL. Factores de riesgo asociados a cancer cervicouterino. Un estudio de casos y controles *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1999; 45(4): 209-216.
10. Carrada-Bravo T. Cáncer de los órganos genitales y de mama en mujeres de la Ciudad de México. *Bol Of Sanit Panam* 1987; 102:125-130.
11. Rauda J, Rendón J, Hernández M. Epidemiología del cáncer en la Ciudad de México durante 1986. *Bol Mens Epidemiol* 1988;3:128-134.
12. "Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives." *Cervical Cancer Prevention Fact Sheet*. Program for Appropriate Technology in Health (PATH); noviembre 2000. <http://www.path.org>
13. Fraumeni JF, Lloyd JW, Smith EM, Wagoner JK. Cancer mortality among nons: Role of marital status in etiology of neoplastic disease in women. *J Nal Cancer Inst* 1969;42:455-468.

14. Muñoz, Nubia y Bosch, Xavier "Cervical cancer and Human Papillomavirus: Epidemiological Evidence and Perspectives for Prevention". *Salud Pública Mex.* 39: 1997.
15. Devessa SS. Descriptive epidemiology of the uterine cancer. *Obstet Gynecol* 1984;63:605-612.
16. Fasal E, Simmon ME, Kampert JB. Factors associated with high and low risk of cervical neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1981;66:631-636.
17. Harris RW, Brintton LA, Cawdell RH, et al. Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uterine. *Br J Cancer* 1980;42:359-369.
18. Juárez-Vergara P, Meza-Banda S. Cáncer cervicouterino y citología exfoliativa. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México: IMSS, 1986.
19. Hall SE, Walton L. Dysplasia of the cervix. A prospective study of 206 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1968;100:662-671.
20. Alisen GC, Kristensen GB, Skovlund E, Pettersen EO, Abeler VM Histologic subtype has minor importance for overall survival in patients with adenocarcinoma of the uterine cervix: a population-based study of prognostic factors in 505 patients with nonsquamous cell carcinomas of the cervix. *Cancer* 1;92(9):2471-83, 2001
21. Canadian Task Force. Cervical cancer screening programs: Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976;114:1001-1031.
22. Berek J.S, Ginecología de Novak. 13ed. 2003; 959 - 987
23. Rogazy Berg. M. Factores pronósticos en cáncer de cuello uterino. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología.* Julio 2002; 2(1): pag. 42,43,44,45
24. Reeves W, Brenes M, Britton R et al. Cervical cancer in the Republic of Panama. *Am J Epidemiol* 1984;119:714-724.
25. Apgar,B; Brotzman G. Spitzer, M. Colposcopia Principios y Práctica. Edit: McGraw-Hill Interamericana p. 241- 318; 2002.
26. Acharki A, Sahraoui S Benider A Tawfiq N Jouhadi H Bouras N Samlali R Kahlain A *Bull Cancer Apr; 84(4):373-8 1997*
27. Mendenhall, W, Thar T, Bova F et al. Prognostic and treatment factors affecting pelvic control of stage IB and IIA-B carcinoma of the intact uterine cervix treated with radiation therapy alone. *Cancer* 53:2649-2654,1984
28. Eifel PJ, Morris M, Wharton JT, et al. The influence of size tumor and morphology on the outcome of patients with FIGO stage IB squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Int J Radiol Oncol Biol Phys* 29: 9-16, 1994

29. Perez C, Grigsby P, Nene S et al. Effect of the tumor size on the prognosis of the carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 69:2796-2806, 1992
30. Eifel P, Carcinoma of the cervix, 42 Annual Scientific Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Radiation Oncology. ASTRO refresher course-October, 2000
31. Covens A, Shaw P, Murphy J, et al: Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for patients with stage IA-B carcinoma of the cervix? 1999;86:273.
32. Lowrey G, Mendenhall W and Million R. Stage IB or II a-B carcinoma of the intact uterine cervix treated with irradiation: a multivariacble analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 24:205-210, 1992
33. Hoskins W Prognostics factors for risk of recurrence in Stages IB and Ila cervical ca. *Bailliere s Clin Obstet Gynecol* 2:817-828, 1988
34. Eifel PJ, Burke TW, Morris M, et al. Adenocarcinoma as an independent risk factor for disease recurrence in patients with satge IB cervical cancer. *Gynecol Oncol* 59:38-44, 1995
35. Grisaru D, Covens A, Chapman B, Shaw P, Colgan T, Murphy J, DePetrillo D, Lickrish G, Lafambroise S, Rosen B. División de ginecología oncológica, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Toronto, Toronto, Canada. Does histology influence prognosis in patients with early-stage cervical carcinoma?. *Cancer* 15:92 (12):2999-3004, 2001
36. Alisen GC, Kristensen GB, Skovlund E, Pettersen EO, Abeler VM Histologic subtype has minor importance for overall survival in patients with adenocarcinoma of the uterine cervix: a population-based study of prognostic factors in 505 patients with nonsquamous cell carcinomas of the cervix. *Cancer* 1;92(9):2471-83, 2001
37. Eifel PJ, Burke TW, Morris M, et al. Adenocarcinoma as an independent risk factor for disease recurrence in patients with satge IB cervical cancer. *Gynecol Oncol* 59:38-44, 1995
38. Nakanishi T, Ishikawa H, Suzuki Y, Inoue T, Nakamura S, Kuzuya K, A comparison of prognoses of pathologic stage Ib adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 79(2):289-93, 2000.
39. Gynecology Oncology Group Study, *Cancer* April 1, (69) 7, 1992
40. Grimard L, Genest P, Girard A, et al. Prognostic significance of endometrial extensión in carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 31:301-309, 1986 *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*. Julio 2002; 2(1): pag.48

41. Pérez-López. Clasificación de Bethesda. Gine Web. The Spanish resource . Noviembre 2003; pág.1-3
42. Richart RM, A modified terminology for cin Obstet Gynec, 1990-75:131-33
43. Fernandez C. Programa de actualización continua para el Gineco-Obstetra 1999; pág: 456 - 458
44. Mohar BA et al. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. México: Secretaría de Salud, 1998.
45. Escandón C. et al. Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre de 1992, VOL. 34, No.6 : 407-614