

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO EN  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

EVALUACIÓN DE BIOPSIA GUIADA  
POR ULTRASONIDO EN  
RECURRENCIAS DE CÁNCER  
CERVICO-UTERINO.

TESIS DE POSTGRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA

ONCOLÓGICA

PRESENTADO POR:

DR. JOSÉ VLADIMIR ALTAMIRANO CENTNO

ASESOR

DR JUAN UBALDO ROBLES  
MÉXICO D. F. OCTUBRE 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO EN INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

---

DR. EDUARDO CERVERA CEBALLOS  
SUB-DIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA

---

DR. JUAN UBALDO ROBLES  
ASESOR

---

DR. JOSÉ VLADIMIR ALTAMIRANO CENTENO  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA.

- A1 CARATULA
- A2 INDICE
- A3 MARCO TEÓRICO
- A4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- A5 ANTECEDENTES
- A5 JUSTIFICACIÓN
- A6 OBJETIVOS
- A7 MATERIAL Y MÉTODO
- A8 RESULTADOS
- A9 DISCUSIÓN
- A10 CONCLUSIONES
- A11 ANEXOS
- A12 BIBLIOGRAFIA

## MARCO TEÓRICO

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud a nivel mundial. En México es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en edad reproductiva y constituye un problema importante de salud pública.<sup>1,2</sup>

De acuerdo a Globocan del 2002 se estimó que es el segundo cáncer en frecuencia entre mujeres, con aproximadamente 493,000 casos nuevos al año y 274,000 muertes. Esto es lamentable dado que el Ca Cu (cáncer cérvico-uterino) es un modelo de detección temprana, que por su larga y bien conocida historia natural, ofrece una excelente oportunidad para su detección antes de llegar a ser invasor.<sup>1,2</sup>

### FACTORES DE RIESGO:

Los factores relacionados con Ca Cu son el bajo nivel socio-cultural, inicio de la vida sexual temprana, múltiples compañeros sexuales (en especial si éstos a su vez tienen diversas parejas), mujeres cuyas pareja sexual actual se relacionó con portadores de Ca. Cu, infección por VPH (virus del papiloma humano), tabaquismo e infección de VIH (virus de inmunodeficiencia humano).<sup>1,2</sup>

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones de Ca. Cu se relaciona con la extensión de la enfermedad. Las lesiones precursoras o Ca. In situ carecen de signos específicos, además en el estadio la las pacientes son asintomáticas en el 70%, en el Ib 35% y en el II 8%.<sup>1,2</sup>

El primer síntoma de Ca. Cu invasor del ectocérvix es el sangrado transvaginal, casi siempre postcoital, intermenstrual o postmenospáusico. Además, la necrosis tumoral puede producir flujo seroso, fluido, algunas veces teñido de sangre y por lo general maloliente<sup>1,2</sup>.

En las tumoraciones diseminadas más allá del cérvix, la infiltración de la vejiga o recto, o ambos; puede conducir a la formación de fístulas. Además pueden cursar con dolor pélvico, dolor referido a la zona del nervio ciático, edema de la pierna y dolor lumbar causados por diseminación a víscera contigua y compromiso del plexo sacro y obstrucción linfática, vascular o ureteral.<sup>1,2</sup>

La presencia de ganglios linfáticos metastásicos supraclaviculares izquierdos o inguinales es rara, pero indica un pronóstico ominoso, al igual que la hepatomegalia por infiltración metastásicas y la ascitis por carcinomatosis. <sup>1,2</sup>

#### ESTADIFICACIÓN: FIGO

El sistema propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia tiene carácter clínico:

Estadio 0: Carcinoma in situ o intraepitelial

Estadio Ia1: Invasión no mayor de 3 mm de profundidad y 7 mm de extensión superficial.

Estadio Ia2: Invasión mayor de 3 mm pero no mayor de 5 mm de profundidad y su extensión horizontal es menor de 7 mm.

Estadio Ib1: Tumoración clínica no mayor de 4 cm

Estadio Ib2: Tumoración clínica mayor de 4 cm

Estadio IIa: El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no a la pared pélvica. El carcinoma compromete la vagina pero no su tercio inferior, no hay afección de parametrio.

Estadio IIb: Igual al anterior pero con afección de parametrio

Estadio IIIa: el carcinoma no se extiende a la pared pélvica pero afecta el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIb: Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal o las tres.

Estadio IVa: Daño de la mucosa de la vejiga o recto o a otro órgano adyacente.

Estadio IVb: Diseminación a órganos distantes.

## DIAGNÓSTICO<sup>1,2</sup>:

Todas las pacientes deben someterse a un cuidadoso historial clínico, donde se identifican factores de riesgos.

El examen físico con espejo vaginal puede revelar un cuello aparentemente sano o bien lesiones ulcerosas o exofíticas o lesiones endofíticas en la que el cérvix toma forma de barril, alcanza grandes dimensiones transversales por la infiltración del conducto endocervical sin una lesión mucosa obvia. En la exploración bimanual se puede valorar útero, vejiga, recto, parametrio y órganos adyacentes. Además se debe palpa cuello y abdomen.

La urografía excretora esta indicada a partir de la etapa clínica IIb, en lesiones en barril y en todas las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico. La cistoscopia se lleva a cabo cuando la masa compromete el tercio superior de vagina o el tabique rectovaginal. Si hay sospecha clínica de invasión rectal se le indica rectosigmoidoscopia.

## TRATAMIENTO<sup>1,2</sup>:

En términos de tratamiento la enfermedad invasiva puede ser dividida en tres grandes grupos:

Etapas tempranas: que involucra desde la enfermedad microinvasiva (Ia1, Ia2) hasta la enfermedad microscópica en el cérvix con menos de 4 cms de diámetro (Ib1).

Enfermedad localmente avanzada: que son los estadios (Ib2-IVa)

Enfermedad diseminada y recurrente: estadio IVb.

En etapa temprana el tratamiento recomendado para estadio Ia1 es local, ya sea conización o histerectomía total. Para la etapa Ia2 se recomienda procedimientos radicales incluyendo linfadenectomía pélvica y traquelectomía radicales en pacientes que desean preservar su función reproductora.

En el tratamiento quirúrgico de estadios tempranos, la presencia en la pieza quirúrgica o

la combinación de factores de riesgos intermedios (invasión vascular o linfática, tumor de más de 2 cm e invasión profunda al estroma cervical) o de factores de riesgo altos (ganglios pélvicos positivos, infiltración a parametrio y márgenes quirúrgicos positivos) determinan el uso de RT (radioterapia) adyuvante o QT/RT (quimiorradiación) respectivamente.

El tratamiento de la enfermedad localmente avanzada no ha experimentado grandes cambios desde los años 80 debidos que la RT sola, era considerado el tratamiento estándar. No fue hasta 1999 que 5 estudios aleatorizados donde se incluyeron 2000 pacientes fueron publicados, demostrando que la supervivencia con QT/RT concomitante basada en cisplatino fue superior que con RT sola. Desde entonces, QT/RT con cisplatino ha sido ampliamente aceptada como el tratamiento estándar para pacientes con cervical en estos estadios. Se encontró mejoría en la sobrevida y progresión de la enfermedad, también demostró beneficio significativo en recurrencia local y probable beneficio en recurrencia a distancia.

#### VIGILANCIA:

Ochenta a noventa por ciento de las recaídas tienen lugar en los dos primeros años. En este período se realiza una cuidadosa exploración pélvica y estudio citológico cérvicovaginal en cada cita mensual o bimensual el primer año, cada dos a tres meses el segundo año, cada 4 a 5 meses en el tercer año, cada seis meses en el cuarto y quinto año y de forma anual a partir del sexto año<sup>1</sup>. López MJ y col<sup>3</sup> recomiendan seguimiento mensual en los primero tres meses posterior al tratamiento, después cada tres meses en los primeros dos años, cada seis meses en los siguientes tres años y posteriormente cada año.

Se debe solicitar urografía excretora a los tres meses de la histerectomía radical y tele de tórax cada año a partir del primer año. Ante sospecha de recurrencia se practica biopsia en el consultorio o guiada bajo sedación. El gamma grama renal y la TAC (tomografía axial computarizada) solamente se solicitan en sospecha de recaída.<sup>1</sup> Sobrevida a 5 años:

E C I: 75-90%



EC II: 50-70%

EC III: 30-35%

ECIV : 10-15%

Sobrevida a 5 años en pacientes tratados con RT :

EC Ia-Ib1: 85-95%

EC Ib2: 70%

EC IIa-IIb 60%

EC IIIa 45-50%

EC IIIb 23-30%

ECIVa 10-15%

8

Porcentaje de falla de tratamiento con RT 4

EC I 18%

ECII 49%

ECIII 58%

EC IV 86%

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cuando hay sospecha de recurrencia, en pacientes tratados con radioterapia sola o combinada con quimioterapia, como modalidad inicial. La única oportunidad de cura es la cirugía de salvamento, para esto hay que confirmar la presencia histológica o citológica de la enfermedad. Debido a que el alto porcentaje de pacientes presentan citología negativa con sospecha de recurrencia, uno de los métodos diagnósticos que se ha utilizado es la biopsia de parametrio ya sea a través del examen físico o guiada por ultrasonido.

## **ANTECEDENTES**

Se han realizados algunos estudios para valorar la utilidad de ésta método en el diagnóstico de recurrencia. En el Cancer Center de Columbia Missouri se estudiaron 76 pacientes con diagnóstico clínico sospecho de recurrencia en pacientes con CA Cu tratados inicialmente con RT. Cuarenta y uno paciente resultaron con biopsia positiva, de los cuales solamente a 20 pacientes se les llevo a exploración quirúrgica, a 11 pacientes se logró exenterar y 3 pacientes sobrevivieron a 5 años de seguimiento. Ellos encontraron una tasa de falsos negativos de 23% (8/35) con sobrevida de éstos pacientes a 5 años del 0%. Considera que el procedimiento, cuando se realiza con buen juicio clínico, tiene alto poder diagnóstico (89%) con mínima morbilidad (2.6%), por lo que puede aumentar la tasa de operabilidad y ofrecer posibilidad de cura en pacientes seleccionados.

### **JUSTIFICACIÓN:**

Debido a que no existe un estudio formalmente organizado para la valoración de éste método diagnóstico, muy importante en la valoración de las recurrencias, en pacientes tratados con modalidad no quirúrgica del Ca Cu se ha decidido revisar a los pacientes que se les realizó este procedimiento para determinar su utilidad en nuestra institución.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Describir la experiencia en el INCan con biopsia de parametrio para recurrencia CaCu.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir el porcentaje de recurrencias diagnosticados por este método.
- Evaluar las complicaciones del procedimiento.

## MATERIAL Y METODO

### **DISEÑO**

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal en el período de marzo del 2001 a octubre del 2005.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Los pacientes que se les realizaron biopsias de parametrios guiados por ultrasonido, enviados de la consulta externa, en el período de marzo del 2001 a octubre del 2005.

Con diagnóstico inicial de Ca Cu tratado con RT o QT/RT inicialmente y con sospecha de recurrencia.

### **TÉCNICA Y EQUIPO:**

Se usó un equipo ALOKA Prosound 5,500 con un transductor frecuencia de 5.

La aguja que se utiliza es TRUE CORE 18 x 20.

El paciente se le indica dos lavados rectales en su casa la noche previa al procedimiento.

Se le aplica una solución rectal o vaginal de 15 cc de gel combinado con 5 ml de Xilocaína. Posteriormente se toma la biopsia guiada por ultrasonido y se incluye en

formol neutro al 10% para la fijación de la muestra.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO:**

Variable del estudio Tipo de variable Definición

**Expediente cualitativa** Número asignado al expediente clínico en el servicio de admisión hospitalaria.

**Edad** Cuantitativa continua Edad reportada en el momento de su primera cita.

**Fecha del diagnóstico inicial** Cualitativa Fecha en que se le realiza el diagnóstico inicial

**Diagnóstico inicial** Cualitativa Etapa clínica según FIGO, ver marco teórico en estadificación. Período libre de sospecha Cuantitativa continua Tiempo en que terminó el tratamiento inicial y se encuentra sospecha clínica o radiológica de recurrencia.

**Síntoma** Cualitativa Síntomas clínicos reportado por el paciente.

**Signos** Cualitativa Hallazgo clínico encontrado en el examen físico.

**Hallazgos tomográficos** cualitativo Hallazgo radiológico reportado por el radiólogo en el expediente clínico.

**Vía de abordaje** cualitativo Vía vaginal: introducción del transductor por vagina.  
Vía rectal: introducción del transductor por vía rectal.

**Complicaciones** cualitativo Complicaciones reportadas en expediente clínico por el procedimiento.

**Reporte histopatológico** cualitativo Diagnóstico patológico reportado en el expediente clínico de la muestra obtenida en la biopsia.

**Evolución y manejo** cualitativo Evolución clínica de la paciente así como su manejo. Recurrencia: deterioro clínico de la paciente con evidencia clínica o histopatológica de recurrencia en un tiempo mayor de 6 meses Progresión: deterioro clínico de la paciente con evidencia clínica o histopatológica de la enfermedad en un período menor de 6 meses. Vigilancia: ausencia de enfermedad clínica y patológica

**Seguimiento:** Cuantitativo continuo Tiempo de seguimiento después del resultado de la biopsia. Hasta la última fecha reportada en el expediente clínico.

#### **ALGORITMO:**

Los pacientes fueron captados en la consulta externa o en el servicio de radiología.

Se revisaran los expedientes una vez que se les haya tomado biopsia. Aplicando un instrumento de recolección de información.

ISTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ver anexos



## RESULTADOS:

En el período de marzo del 2001 a octubre del 2005, se realizó la revisión de expedientes clínicos en 51 pacientes que se le realizaron biopsias guiadas por ultrasonido, en pacientes con antecedentes de cáncer cérvico-uterino y sospecha de recurrencia.

La edad promedio fue 47.7 años con una mediana de 47 años y un rango de 30-74 años.

De los 51 pacientes estudiados 8 eran IB2, IIA: 3, IIB: 16, IIIB: 16, 8 fueron tratados fuera de la institución. (Ver gráfico 1)

Solamente 10 pacientes refirieron síntomas al momento en que se le envió la biopsia, siendo el síntoma más frecuente el dolor pélvico. (Ver cuadro 1).

Los signos clínicos fueron encontrados en 44 pacientes siendo el más frecuente el engrosamiento de parametrio en 23 pacientes (Ver cuadro 2).

A 22 pacientes se les realizó TAC, como método diagnóstico auxiliar, en la evaluación de los pacientes con sospecha clínica de recurrencia, siendo el hallazgo más frecuente el engrosamiento de parametrio en 13 pacientes. (Ver cuadro 3).

A 26 pacientes se le realizó el ultrasonido por vía vaginal y 25 pacientes se le realizó por vía rectal.

Ocho de los pacientes biopsiados resultaron con reporte histopatológico positivo para malignidad, siendo cuatro pacientes estadio clínico IIB. Con un promedio de 25.3 meses de período libre de enfermedad en un rango que va de 5 – 72 meses. El principal hallazgo encontrado en ellos fue el engrosamiento de parametrio en cuatro pacientes. (Ver cuadro 4)

De los 51 pacientes biopsiados por sospecha de recurrencia, 43 pacientes resultó el diagnóstico histopatológico negativo. De estos 43 pacientes, 8 pacientes progresaron en su enfermedad. De estos 8 pacientes que recurrieron, cuatro eran estadios IIIB, dos pacientes eran estadios IIA y dos pacientes fueron tratados inicialmente fuera de la institución por lo que no se estadificó. Dos de estos pacientes que progresaron se les trató con quimio-radioterapia, un paciente se le realizó exenteración pélvica total y cinco pacientes fueron referidos a cuidados

paliativos. Se relacionó los pacientes con biopsias negativas que progresaron en su recurrencia y los principales hallazgos clínicos que presentaron para sospechar recurrencia, encontramos cuatro pacientes tenían nódulo en cúpula vaginal, uno tenía sangrado transrectal y otro sangrado transvaginal, dos pacientes con induración de parametrio, dos pacientes se encontró imagen sospechosa de actividad tumoral en pelvis y dos pacientes se encontró ectasia pielocalicial por TAC. Cuatro pacientes se presentaron asintomáticos.

El tiempo entre que se le dio tratamiento y presentó sospecha de recurrencia fue de 48 meses en promedio, con una mediana de 17 meses en un rango entre 2 – 168 meses.

De los pacientes que resultaron negativo en el reporte histopatológico y progresaron, cuatro fue por biopsia transvaginal y cuatro por biopsia transrectal. Solamente se presentó una paciente con dolor por el procedimiento. No hubo mortalidad, ni pacientes que se tuvieran que internar.

## DISCUSIÓN

Con excepción de las etapas clínicas tempranas el tratamiento estándar del cáncer cervical es la quimioradioterapia concomitante; debido al alto porcentaje de recurrencias a pesar de este tratamiento y seguimiento.

En este estudio el promedio de edad fue de 47.a una década menor reportada en estudios similares, 55<sup>a</sup> y 59<sup>a</sup> 3,5

Nosotros encontramos que el mayor porcentaje de sospecha clínica de recurrencia es en etapas clínicas II b (31 %) y IIIb (31%). López y cols. reportan en etapa clínica II (30%) y 40 % para la etapa clínica III.3 .

La principal sospecha clínica por la que se solicitó en nuestra institución la toma de biopsia fue engrosamiento del parametrio a la exploración física en (45 %), nódulo en cúpula vaginal (35 %) dolor pélvico en (13 %), sangrado transvaginal (5.8%).

Lopez y cols.3 masa pélvica (27.6%), pérdida de peso (19.7 %) y dolor lumbar (18.4%). Bottles y cols.6 masa pélvica en 43 % y dolor pélvico en 33%.

Podemos concluir que debido al tratamiento utilizado en estos últimos estudios en donde solo era radioterapia las recurrencias estaban localizadas hacia cúpula vaginal con presentación de masa pélvica y gran carga tumoral, manifestada por dolor ciático, similar a nuestro estudio, en donde la principal sospecha clínica fue engrosamiento parametrial ya que la gran mayoría de pacientes son tratadas con radioterapia sola.

A 43% de las pacientes se les solicitó TAC abdominopélvica encontrando que el principal hallazgo fue engrosamiento parametrial (60%) seguido de ectasia ureteral (7.4%), por lo que encontramos correlación clínica por imagen.

La vía transvaginal o transrectal fue realizada prácticamente en iguales proporciones.

No encontramos indicaciones definidas para decidir por alguna vía, por lo que consideramos que queda a juicio del ejecutor de la biopsia la ruta a decidir, dependiendo de la localización del sitio a biopsiar y de la experiencia del personal.

Encontramos que el 15 % de los pacientes biopsiados fueron histopatológicamente positivos para recurrencia, de los cuales uno se le indicó quimioterapia falleciendo a los 3 meses después de iniciado el tratamiento, el resto de los pacientes pasaron a cuidados paliativos con un promedio de vida de 3 meses, no hubo ninguna paciente que se pudiera tratar quirúrgicamente. Esto difiere del manejo de los pacientes con biopsia positiva reportado por López y col.<sup>3</sup> donde de las 76 biopsias, 41 fueron positivas y 20 pacientes fueron consideradas clínicamente operables, solamente se pudo exenterar a 11 y de estas, solamente 3 pacientes estaban vivas a 5 años de seguimiento. Por lo que consideramos que nuestras pacientes estaban en etapas muy avanzadas al momento de indicársele la biopsia.

El 84% de las biopsias realizadas resultó ser negativa, de las cuales 8 (18.6%) pacientes progresó clínicamente la enfermedad a pesar de no haberse diagnosticado la recurrencia por biopsia. Esto es comparable con los resultados presentados por López y col.<sup>3</sup>. En el que el 77% de sus biopsias resultó ser negativa y el 12% de los pacientes fueron falsos negativos. Sin embargo, Gerardo Zanetta y col.<sup>7</sup> reportó 4 de 55 pacientes (7.2%) de pacientes falsos negativos. No encontramos argumentos en estos estudios por lo que se den estos porcentajes de falsos negativos. En nuestros pacientes 4 de los pacientes que progresaron con biopsias negativas eran IIIB, por lo que creemos que la gran carga tumoral puede ser un factor importante para que se presenten falsos negativos al momento de realizar biopsias.

Se reportó solamente una paciente con dolor al momento de realizar el procedimiento, siendo congruente con la literatura, de que en manos adecuadas, el procedimiento es seguro. López y col.<sup>3</sup> reportaron dos complicaciones en 76 procedimientos, sin ninguna mortalidad. Nash y col.<sup>8</sup> reportó una tasa de complicaciones del 1% en biopsia por aspiración con aguja fina. Por lo que consideramos que el procedimiento en nuestra institución resultó ser muy seguro.

## **CONCLUSIONES:**

Consideramos que la biopsia con aguja cortante, en pacientes con cáncer cérvico-uterino tratados inicialmente con radioterapia sola o combinada con quimioterapia, es una herramienta útil para diagnosticar recurrencias, sin embargo, se debe de ser más exhaustivo en la valoración clínica y sospecha de recurrencia, para indicar la biopsia en el momento adecuado y poder ofrecer alternativas curativas en el tratamiento. De los 51 pacientes biopsiados, en ocho pacientes (15.8%) fue diagnosticada la recurrencia por este método y ocho pacientes progresaron en su enfermedad y no se diagnosticó, encontrando que cuatro de estos últimos ocho pacientes eran etapa clínica IIIB. Sin embargo, en el 70% de los pacientes se descarta presencia de enfermedad. Se presentó una sola complicación que fue dolor al momento de la biopsia. Concluyendo que este procedimiento, en manos adecuadas, es seguro para el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA:

1- MANUAL DE ONCOLOGÍA. Procedimientos medicoquirúrgico. Segunda Edición. 2003. p 507-521

2- MANUAL DE ONCOLOGÍA. Procedimientos medicoquirúrgico. Tercera edición. Edición. 2003.

3- Lopez Marvin J, Kraybill William G., Fuchs George J, Johnston William, Sala Jose M, Bricker Eugene M. Transvaginal Parametrial Needle Biopsy for Detection of Postirradiation Recurrent Cancer of the Cervix. Cancer 61: 275-278, 1988.

4- Gary RK, Sala JM, SprattJSJr. The Detection and Treatment of postirradiationally recidivated cancer of the cervix uteri. Radiology 1964;83:208-218

5- Ylagan L.R.,Match DG, Davila RM. Transvaginal Fine Needle Aspiration Biopsy. Acta Cytol. 2001 Nov.-Dec; 45(6):927-30.

6- Bottles Kent, Winkler Barbara, Lacey Conley G., Stern Jeffrey L., Braga Carolina, Miller Theodore. Fine-Needle Aspiration Biopsy in the Management of Cervical Carcinoma Following Primary Therapy. Gynecologic oncology 28, 68-73 (1987).

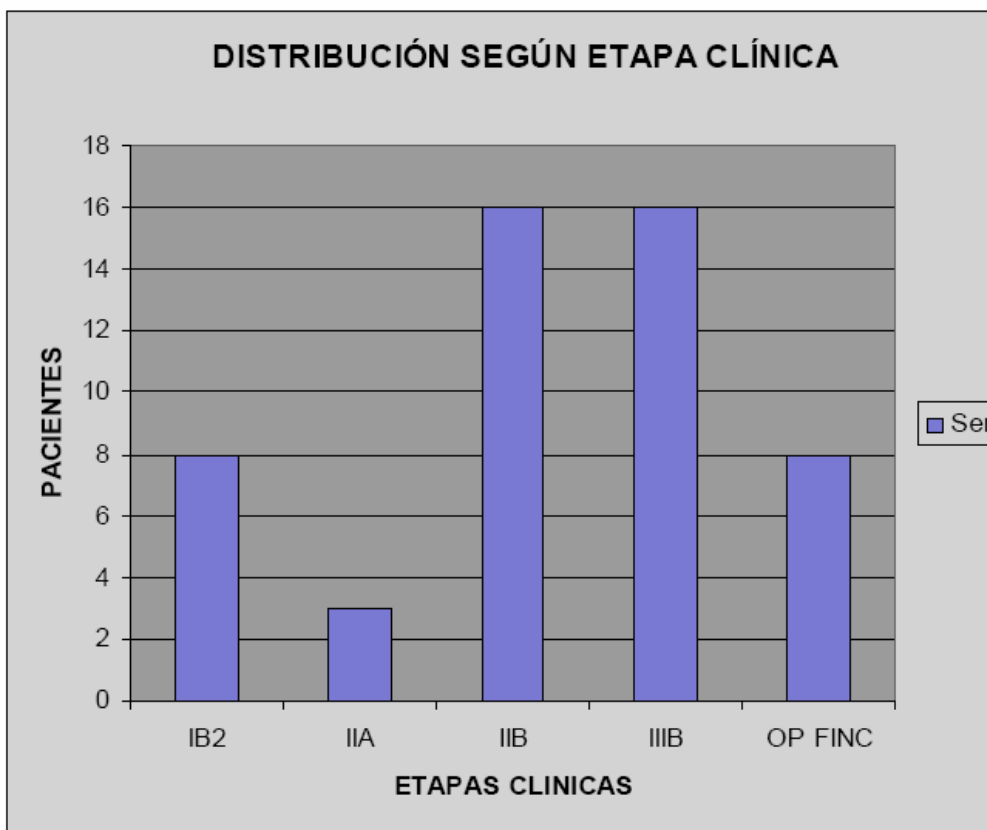
7- Zanetta Gerardo, Brena Ambrogio, Pittelli Mariarosa, Lissoni Andrea, Trio Diego, Riotta Silvana. Transvaginal Ultrasound-Guided Fine Needle Sampling of Deep Cancer Recurrences in the Pélvis: Usefulness and Limitations. Gynecologic Oncology 54, 59-63 (1994).

8- Nash JD, Burke TW, Woodward JE, Hall KL, Weiser EB, Heller PB.  
Diagnosis of Recurrent Gynecologic Malignancy With Fine-Needle  
Aspiration Cytology. *Obstet Gynecol* 71:333-337,1988

# ANEXOS



Gráfico: 1



Fuente: archivo clínico

Cuadro 1. Síntomas encontrados en pacientes con sospecha de recurrencia que se les realizó biopsia de parametrio.

Síntomas	Número	Porcentajes
Dolor pélvico	7	13.7
Sangrado transvaginal	3	5.8
Dispareunia	1	1.9
Edema de MP	1	1.9
Hematuria	1	1.9

Fuente: Archivo clínico

Cuadro 2. Signos clínicos encontrados en pacientes con sospecha de recurrencia que se les realizó biopsia de parametrio.

Signo	Número	Porcentajes
Engrosamiento de parametrio	23	45.09
Nódulo en cúpula vaginal	18	35.2
Edema de miembro pélvico	2	3.9
Lesión colposcópica	1	1.9

Fuente: Archivo clínico

Cuadro 3 Hallazgos radiológicos en TAC de pacientes con sospecha de recurrencia en cáncer cervico-uterino.

Hallazgos	Número	Porcentajes.
Lesión en parametrio	13	25.4
Ectasia ureteral	4	7.4
Lesión en cúpula	1	1.9
Lesión en región lumbar	1	1.9
Lesión para-aórtica	1	1.9

Fuente: Archivo clínico

Cuadro 4. Características principales de pacientes con resultados de biopsias positivas.

Paciente	Etapas Clínicas	Hallazgos clínicos o radiológicos	Período libre de enfermedad
1	Tratado FINC*	Engros. de Param	72 meses
2	IIA	Ectasia pielocalicial	22 meses
3	IIB	Engros. de Param	8 meses
4	IIB	Engros. de Param	12 meses
5	IIB	STV**	6 meses
6	Tratado FINC*	Edema extremidad	72 meses
7	IIB	Engros. de Param	5 meses
8	IIIB	Nódulo cúpula	6 meses

\* Tratado fuera de la Institución.

\*\* Sangrado transvaginal.

Fuente: Archivo clínico

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. expediente
2. edad \_\_\_\_\_
3. estadio clínico \_\_\_\_\_
4. manejo \_\_\_\_\_
5. ciclos y esquema QT \_\_\_\_\_
6. dosis RT \_\_\_\_\_
7. complicaciones \_\_\_\_\_
  
8. PLE \_\_\_\_\_
9. sospecha clínica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
10. E.física \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
11. TAC \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
12. hallazgos del USG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
13. tipo de biopsia TR \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_
14. imposibilidad \_\_\_\_\_ por que \_\_\_\_\_
15. molestias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
16. complicaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
17. resultado
18. negativo \_\_\_\_\_
19. positivo \_\_\_\_\_  
HP \_\_\_\_\_
  
20. manejo post  
biopsia \_\_\_\_\_ Qx \_\_\_\_\_ QT \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_
  
21. meses de seguimiento
22. estado actual:
23. vsat \_\_\_\_\_
24. vcat \_\_\_\_\_
25. mcat \_\_\_\_\_