

11217
119
25-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

CENTRO MEDICO LA RAZA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



TESIS CON
VALIA DE CUBRIR

ADENOCARCINOMA DE CERVIX UTERINO



T E S I S

VERIFICADO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hacia el Departamento de Ginecología y Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:

LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. Armando Gilberto Sánchez Juárez

DIRECTOR DE TESIS

Fernando Minauro Noriega

COLABORADOR:

Alvaro Sevilla y Ruiz

1992



IMSS

México, D. F.



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	1 - 4
DISEMINACION	4
CUADRO CLINICO	4 - 6
DIAGNOSTICO	6 - 7
ETAPIFICACION	7 - 8
TRATAMIENTO	9 - 10
RESULTADOS	11 - 15
DISCUSION	16 - 17
BIBLIOGRAFIA	18 - 19

ADENOCARCINOMA DE CERVIX UTERINO

INTRODUCCION

El cáncer cérvico uterino es la neoplasia más frecuente del tipo ginecológico y ocupa aproximadamente el 80% de los tumores malignos de la mujer; se presenta más frecuentemente en las poblaciones subdesarrolladas (1,2).

Su relación con el cáncer de mama es de 2 a 1 y de 6 a 1 con el cáncer del cuerpo uterino. La edad promedio en que se presenta es entre los 40 y los 50 años, siendo difícil de encontrar por abajo de los 30 y después de los 70, cifras que han ido disminuyendo por las campañas de detección que se llevan a cabo en las diferentes instituciones de salud. No se sabe exactamente su etiología sin embargo, hay factores que predisponen para su presentación a los que les llamamos factores de riesgo (1,s,3).

HISTOPATOLOGIA

Hay varios tipos histológicos del cáncer cervicouterino, y muchos estudios han intentado su subdivisión con objeto de definir los criterios diagnósticos. Se ha estudiado el grado de diferenciación tumoral, extensión de la invasión, relación del estroma y la invasión del espacio vascular. Se han propuesto varias clasificaciones, la más reciente de Wentz y Reagan que fue dada en 1959 y es la aceptada por la Organización Mundial de la Salud. Esta los divide en epidermoide que es el tipo histológico más frecuente en un 90% aproximadamente; epidermoide queratinizante de células grandes que es el mejor diferenciado y que se observa en un 34% de los epidermoides o escamosos; el no queratinizante de células grandes, es moderadamente diferenciado y representa el 53%, este tipo se origina en la unión escamocolumnar del cervix. (4,5,6).

Shingelnton en 1983 no mostró diferencias de supervivencia entre el adenocarcinoma y carcinoma epidermoide y se observó una tendencia al aumento del adenocarcinoma que se ha visto incrementado en los últimos reportes de este tipo histológico.

FACTORES DE RIESGO.

No se sabe la causa o la etiología del cáncer cervico uterino pero se le han asociado a factores de riesgo.

El inicio de relaciones sexuales a edad temprana ha sido uno de los factores que se ha señalado para la aparición de esta neoplásia, tomando la fecha de antes de los 16 años, en el tipo histológico del epidermoide sin embargo, en comparación con el adenocarcinoma hay reportes en los que no se presenta este antecedente. (3,4).

La multiparidad es otro de los factores de riesgo para este tipo de neoplásia del tipo del epidermoide por el traumatismo que se da sobre el cervix uterino sin embargo en el adenocarcinoma, podemos encontrar pacientes sin este antecedente y con baja paridad (6,7).

La promiscuidad sexual es otro de los factores de riesgo para la presentación de este tumor; en el epidermoide se ha hecho notorio que las pacientes vírgenes son apreciadas en las sociedades subdesarrolladas por lo que generalmente las pacientes llegan al matrimonio con esta característica, sin embargo es muy frecuente que el hombre tenga libertad sexual e inicie relaciones sexuales desde tempranas edades con mujeres promiscuas aumentando la incidencia hasta cinco veces más; el adenocarcinoma no se ha relacionado con este factor ya que se han encontrado estudios en pacientes que sólo han presentado una pareja sexual (3, 6,7).

Las infecciones venéreas como son, la sífilis, la gonorrea, herpes genital, clamidia, tricomoniasis y papiloma virus, son otros de los factores relacionados con estas tumoraciones; sin embargo, en el adenocarcinoma no hay estudios que los relacionen tan estrechamente.

El medio socioeconómico bajo es otro de los factores, ya que tienen menos posibilidades ya sea para su detección así como menos información para su estudio. Se ha señalado que es menos frecuente en la raza judía por la práctica de la circuncisión que se practica en el varón, pero se ha demostrado que es por el nivel que tiene esta raza, ya que generalmente son de medio socioeconómico elevado así como de nivel cultural y que tienen una vigilancia médica más estrecha. En el adenocarcinoma, a diferencia del epidermoide, se presenta con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos más altos. (8,9).

En relación al tabaquismo, Winkelstein en 1984 formuló la hipótesis de la correlación del tabaquismo con la neoplasia cervical intraepitelial y carcinoma cérvico uterino; Bintron y colaboradores confirman esta hipótesis, el efecto del tabaquismo parece estar relacionado con la cantidad, número de cigarrillos al día y el tiempo que se lleva fumando; los mecanismos de este efecto pueden estar relacionados con el efecto directo de los carcinógenos de los cigarrillos en epitelio cervical, se ha encontrado que en el moco de las fumadoras, la nicotina se encuentra más elevada en el cervix que en las concentraciones en suero, se identificó una substancia mutágena en el humo del cigarrillo condensado en el moco cervical de las fumadoras. El tabaquismo deprime la respuesta inmune sistémica por las inmunoglobulinas disminuidas en este tipo de pacientes Tay (7,8,9) ha demostrado un efecto local de disminución de las células de Langerhans en el epitelio cervical de las fumadoras; otros autores (10,11), también han demostrado aumento del condiloma en fumadoras, lo cual sugiere efecto inmune local.

Binton sugiere que el efecto del tabaco es un hecho reciente o promocional, aunque está de acuerdo en que el mecanismo de acción requiere ser elucidado. (7,8).

Los anticonceptivos son otros de los factores de riesgo - que han tratado de ser involucrados en la presentación del cáncer cervico uterino, sin embargo, con la gran cantidad de mujeres que están en exposición de hormonales, no se ha llegado a demostrar esta relación; el adenocarcinoma es otro de los que - han querido señalar esta relación sin poderse concluir que sea un factor de riesgo.

El estado nutricional también se ha relacionado con el cáncer cervico uterino ya que se ha encontrado una disminución de la vitamina A y ácido fólico. Siendo demostrado el papel de la vitamina A en la maduración y la diferenciación del epitelio cervical.

DISEMINACION

La diseminación del cáncer cervico uterino, se propaga - principalmente por 3 vías: directa o por continuidad hacia sus estructuras vecinas, cervix, vagina, parametrios, recto y vejiga. Por vía linfática, invadiendo ganglios regionales y distantes, invadiendo primero ganglios linfáticos de parametrios, obturadores, ilíacos externos, ilíacos internos más tarde ilíacos primitivos y aórticos. Por vía sanguínea que es la menos frecuente y que se extiende a órganos distantes y tejidos extrapélvicos de los cuales los más frecuentes son hígado, vértebras, pulmón. (4, 5,).

CUADRO CLINICO

Los síntomas y signos que presentan en este padecimiento es míni

ma y no es específica en la parte inicial de la enfermedad. Esta neoplasia se inicia la mayoría de las ocasiones en la unión escamocolumnar en el epidermoide, no así en el adenocarcinoma - que se inicia en el endocervix por lo que la signología que se presenta es más lenta que en el epidermoide.

El principal signo que se presenta es el sangrado transvaginal que puede presentarse al inicio con relación a las relaciones sexuales; posteriormente se va presentando intermenstrual. La leucorrea, dolor abdominal, dolor en miembros inferiores teniendo en cuenta que la enfermedad es asintomática en su inicio y conforme va avanzando se presenta la mayor sintomatología llegando hasta presentar en fases avanzadas fístulas rectales y vaginales, así como insuficiencia renal por compresión de los ureters por la invasión del tumor y que es la forma como mueren estos pacientes.

En la exploración física se encuentra que en el inicio de la enfermedad, cuando la paciente puede ser curada, no hay lesión cervical y sólo puede ser detectada por medio de citología o biopsia cervical y conforme avanza la enfermedad, se pueden ir visualizando las lesiones cervicales.

Las lesiones cervicales pueden ser exofíticas, endofíticas y ulcerativas.

La edad en la que se presenta esta enfermedad, es entre los 45 y 55 años (4, 5).

La evolución natural del carcinoma epidermoide, desde su inicio de carcinoma en situ a invasor, pasa un tiempo aproximado de 1 a 20 años y es el tiempo para que se invada la membrana basal y llegue a más de 5 mm. de profundidad y 7 mm. en su parte horizontal. Este dato no está calculado para el adenocarcinoma que no sigue el mismo patrón de crecimiento, pero no hay estudios en que se pueda ver su evolución en este tipo, a pesar que se ha

observado un aumento de este tipo histológico que no se sabe si es el incremento de esta variedad o la detección más oportuna del epidermoide porque puede permanecer en el orificio interno y estar por un período largo sin dar manifestaciones; este tipo de lesiones son generalmente voluminosas, que dilatan el conducto cervical y crean las lesiones que se denominan infiltración en barril, se señala que las recidivas, son más frecuentes en este tipo y da lugar a pensar que son más radioresistentes; sin embargo, parece ser que lo más probable es que la naturaleza más voluminosa y su expansión, sea la causa de que presente más persistencia y mayor recidiva en estos tumores. Cabe señalar, que se llama persistencia tumoral, cuando el tumor no desaparece en los primeros 6 meses y, recurrencia o recidiva tumoral, cuando la neoplasia queda sin actividad tumoral después del tratamiento y se vuelve a presentar posterior a los 6 meses. Por estas causas de las recurrencias centrales, se han propuesto protocolos de manejo con tratamiento a base de radioterapia y posteriormente histerectomía complementaria por el residual que se presenta y que algunos autores lo han señalado hasta en un 30% (8,9,10).

Kjorstand investigó el potencial metastásico y la forma de diseminación de 150 pacientes con adenocarcinoma del cuello uterino en etapas clínica I B, tratadas durante un período de 20 años. Todos los casos fueron tratados con radioterapia intracavitaria, seguidos de histerectomía radical, observando que la incidencia de las metastásis pélvicas y recidivas distantes, son iguales que para el tipo epidermoide y considera que es un argumento firme en favor de el tratamiento de estos con cirugía en etapas I B y II A. Es más, se comparó a las pacientes que sólo se les dió tratamiento con radioterapia encontrando una sobrevivida menor que las que recibieron cirugía. (13, 14, 15).

DIAGNOSTICO

Se debe tener un conocimiento profundo de la patogenia de

la enfermedad por parte del médico tratante, pericia colposcópica y ginecológica, citopatológica y la comunicación con los diferentes especialistas que tratan la enfermedad, así como comunicación con el patólogo.

Los procedimientos diagnósticos son básicamente a base de citología vaginal, colposcopia, biopsia cervical, conización cervical y legrado fraccionado, tomando en cuenta que la citología se encuentra positiva en forma más tardía que en el epidermoide, la colposcopia es de difícil valoración porque no se origina de la unión escamocolumnar, ya que se encuentra en la parte interna del cervix, por lo que en estas pacientes, está indicada la biopsia endocervical.

La metodología para estudiar estas pacientes, es a base de exámenes generales como son, biometría hemática, química sanguínea completa con urea y creatinina, exámen general de orina, talle de tórax, urografía excretora y sólo que se trate de pacientes en etapa avanzada IV, se les efectuará colon por enema o cistografía; algunos autores en otros medios señalan la tomografía como estudio rutinario de esta neoplásia en nuestro medio no está indicado.

ETAPIFICACION

- ETAPA 0; CARCINOMA EN SITU.
- ETAPA I; CARDINOMA ESTRICTAMENTE LIMITADO AL CUELLO UTERINO (LA EXTENSION AL CUERPO DEBE SER PASADA POR ALTO).
- ETAPA I 1; CARCINOMAS PRECLINICOS DEL CUELLO UTERINO ES DECIR AQUELLOS DIAGNOSTICADOS CON EL MICROSCOPIO.
- ETAPA I A1; INVASION MINIMA DEL ESTROMA MICROSCOPICAMENTE EVIDENTE.
- ETAPA I A2; LESIONES DETECTADAS MICROSCOPICAMENTE QUE SE PUEDEN MEDIR. EL LIMITE MAXIMO NO DEBE REBASAR UNA PROFUNDIDAD DE INVASION DE MAS DE 5 MM. MEDIDA DESDE LA

BASE DEL EPITELIO, YA SEA SUPERFICIAL O GLANDULAR, DE LA CUAL SE ORIGINA Y UNA SEGUNDA DIMENSION, LA EXTENSION HORIZONTAL NO DEBE EXCEDER LOS 7 MM. LAS LESIONES DE MAYOR TAMAÑO DEBEN DE SER ETAPIFICADAS COMO IB.

- ETAPA I B; LESIONES DE MAYOR TAMAÑO QUE LA ETAPA IA2 SEAN CLINICAMENTE VISIBLES O NO. EL COMPROMISO DEL ESPACIO PREFORMADO NO DEBE ALTERAR LA ETAPIFICACION PERO DEBE DE SER REGISTRADO ESPECIFICAMENTE PARA DETERMINAR SI AFECTARA O NO LAS DECISIONES EN CUANTO AL TRATAMIENTO EN EL FUTURO.
- ETAPA IIA; COMPROMISO DE LA VAGINA PERO NO DEL TERCIO INFERIOR PERO SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO PARAMETRIAL.
- ETAPA IIB; INFILTRACION DE LOS PARAMETRIOS QUE NO LLEGA HASTA LA PARED PELVICA.
- ETAPA III; COMPROMISO DE TERCIO INFERIOR DE LA VAGINA O EXTENSION A LA PARED PELVICA.
- ETAPA III A; COMPROMISO DE TERCIO INFERIOR DE LA VAGINA PERO NO LLEGA A LA PARED PELVICA SI HAY COMPROMISO PARAMETRIAL.
- ETAPA III B; COMPROMISO DE UNO O AMBOS PARAMETRIOS INCLUYENDO LA PARED PELVICA, OBSTRUCCION DE UNO O AMBOS URETEROS EN LA UROGRAFIA EXCRETORA O EXCLUSION RENAL.
- ETAPA IV; EXTENSION FUERA DEL TRACTO GENITAL.
- ETAPA IV A; COMPROMISO DE LA MUCOSA DE LA VEJIGA O RECTO.
- ETAPA V; METASTASIS DISTANTES O ENFERMEDAD EXTRAPELVICA.

TRATAMIENTO

El tratamiento para el adenocarcinoma, depende básicamente de la etapa en que se encuentra la paciente, teniendo el conocimiento de que en las etapas iniciales Ib y II A, el tratamiento quirúrgico y la radioterapia, tienen la misma sobrevida; sin embargo, hay variantes del tratamiento dependiendo de la edad de la paciente, cuando la paciente es de edad avanzada, se prefiere que la modalidad del tratamiento sea a base de radioterapia, ya que la cirugía radical es de larga duración, pueden tenerse complicaciones de sangrado, fístulas por la misma denervación de los ureteres, otra de las variantes para la terapéutica es el estado general de la paciente, ya que puede tener una edad adecuada pero las condiciones generales no sean las ideales, otra de las variantes son la obesidad; cuando la paciente es obesa, se considera más adecuado el tratamiento a base de radioterapia. Las enfermedades concomitantes como son, la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades renales cardiopatías, nefropatías, coagulopatías, etc. Una variante es el tamaño del tumor, cuando es mayor de 4 cms., es más conveniente que sea tratada con radioterapia porque se han mencionado por varios autores (14, 16), - que la cantidad de ganglios que presentan es mayor, tomando en cuenta el cervix también es de señalarse en este tipo de tumor, la infiltración en barril es frecuente sabiéndose que esta variante tiende a presentar infiltración ganglionar en forma rápida por lo que se ha señalado que estas pacientes entren primero a radioterapia y posteriormente a cirugía complementaria o sea a histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral sin linfadenectomía, ya que los ganglios están cubiertos por la radioterapia; esta cirugía se recomienda por el residual que se presenta que abarca aproximadamente el 30% (2,16,17,3)

De esta manera, la paciente que es sometida a cirugía radical, debe ser muy bien escogida y se prefiere la cirugía porque en estas pacientes, la función hormonal se puede conservar ya

que en ella se dejan uno o los dos ovarios, conservando también su actividad sexual normal por no presentar los cambios tan importantes de fibrosis que se presentan con la radioterapia en la vagina con la disfunción sexual que representa. Otra de las indicaciones para cirugía es la de enfermedades inflamatorias pélvicas, tumoraciones ováricas. (4, 15).

Cuando la paciente se encuentra con etapas más avanzadas, II B, III A, III B, IV A y IB, las pacientes son candidatas básicamente a tratamiento a base de radioterapia radical o paliativas cuando se encuentra en etapas más avanzadas, sabiendo que el pronóstico va disminuyendo conforme la etapa vaya avanzando. (2, 3, 4, 13).

RESULTADOS

Se efectuó un estudio retrospectivo de 75 casos de pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de oncología ginecológica del Hospital de Gineco-Obstetricia Centro Médico La Raza, a los cuales se les diagnosticó adenocarcinoma del cervix uterino. A estos expedientes se les investigó factores de riesgo para la presentación del adenocarcinoma, método diagnóstico de certeza, tratamiento instituido y sobrevida a 3 años.

La edad promedio de las pacientes fué de 50 años, con un rango entre los 21 y los 72 años. La menarca se presentó entre los 11 y 16 años, con un promedio de 13 años; en relación con parejas sexuales tuvieron un promedio de 2 con un rango de 1 a 3; la edad de inicio de vida sexual fué un promedio de 15 años con un rango de 14 a 21 años; el medio socioeconómico se catalogó como alto en 5%, medio 15% y bajo en 80%, en relación a la paridad se obtuvo un promedio de 4 partos con un rango de 0 a 7 partos; en relación al tabaquismo un 30% presentaron este hábito. Esta relación se puede ver en el cuadro 1.

FACTORES DE RIESGO PARA ADENOCARCINOMA

NUMERO DE PACIENTES	75
EDAD	21 A 72 AÑOS PROMEDIO DE 50 AÑOS.
MENARCA	11 A 16 AÑOS PROMEDIO DE 13 AÑOS.
PARIDAD	0 A 7 PARTOS PROMEDIO 4.
PAREJAS SEXUALES	1 A 3 PROMEDIO DE 2.
INICIO SEXUAL	14 A 21 AÑOS PROMEDIO 15 AÑOS.
MEDIO SOCIOECONOMICO	ALTO 5%, MEDIO 15%, BAJO 80%
TABAQUISMO	40 PACIENTES 30%

En el momento que se efectuó el diagnóstico, las pacientes se encontraban en I B, 20 pacientes, LL A, 4 pacientes, II B, 29 pacientes, III A ninguna paciente, III B, - pacientes, IV A, 2 - pacientes, IV B, 4 pacientes, NCTFU (no clasificables por tratamiento fuera de la unidad) 8 pacientes. Como se señala en el Cuadro 2.

CUADRO 2
ETAPA QUE SE ENCONTRABAN

I B	20 PACIENTES	26.66 %
II A	4 PACIENTES	5.33%
II B	29 PACIENTES	38.6 %
III A	0 PACIENTES	0.0 %
III B	8 PACIENTES	10.66 %
IV A	2 PACIENTES	2.66 %
IV B	8 PACIENTES	5.33 %
NCTFU	8 PACIENTES	10.66 %

El método diagnóstico con mayor índice de certeza fué la - biopsia cervical en un 70%, la histerectomía en un 20%, legrado uterino 6.66%, derrame pleural 2.66%. Cuadro 3

CUADRO 3
COMO SE EFECTUO EL DIAGNOSTICO

BIOPSIA CERVICAL	53	PACIENTES	70.33 %
HISTERECTOMIA	15	PACIENTES	20.00 %
LEGRADO UTERINO	5	PACIENTES	6.66 %
DERRAME PLEURAL	2	PACIENTES	2.66 %

En relación al tipo histológico más frecuentemente reportado por el servicio de patología, fué el adenoescamoso encontrado en 30 pacientes (40.0%), el adenocarcinoma en 20 pacientes (26.66%), el papilar en 11 pacientes (14.66%), el encometroide en 10 pacientes (13.33%) y el de células claras 4 pacientes (5.30%). Cuadro 4.

CUADRO 4
VARIETADES HISTOLOGICAS

ADENOESCAMOSO	30	PACIENTES	40.00 %
ADENOCARCINOMA	20	PACIENTES	26.66 %
PAPILAR	11	PACIENTES	14.66 %
ENDOMETROIDE	10	PACIENTES	13.33 %
CELS. CLARAS	4	PACIENTES	5.30 %

El tratamiento fué básicamente a expensas de radioterapia en un 50%, radioterapia más histerectomía complementaria en un 51%, histerectomía radical en un 17%, histerectomía total más radioterapia en un 5% y quimioterapia en un 5%. Cuadro 5.

CUADRO 5
TRATAMIENTO.

RADIOTERAPIA	38 PACIENTES	50.66%
RT+HTA COMPLEMENTARIA	16 PACIENTES	21.33%
HTA RADICAL	13 PACIENTES	17.33%
HTA + RT	4 PACIENTES	5.33%
QUIMIOTERAPIA	4 PACIENTES	5.33%

Posteriormente el control de estas pacientes se hizo por medio de exploración física y citología mensualmente, el primer año, bimestralmente el segundo año y trimestralmente el tercer año, encontrando a 3 años, citologías negativas en 58 pacientes y positivas en 17 pacientes, falleciendo estas últimas se señalan en los cuadros 6 y 7.

CUADRO 6
CONTROL POSTRATAMIENTO

CITOLOGIA NEGATIVA A 3 AÑOS	58 PACIENTES	77.33%
CITOLOGIA POSITIVA A 3 AÑOS	17 PACIENTES	22.66%

CUADRO 7
SOBREVIDA A 3 AÑOS POR ETAPA

I B	18 PACIENTES	90 %
II A	3 PACIENTES	75 %
II B	25 PACIENTES	86 %
III B	6 PACIENTES	62 %
NCTFU	6 PACIENTES	62 %

DISCUSION

En nuestra revisión se confirma que, efectivamente, la edad promedio de la presentación del adenocarcinoma es de los 50 años, aunque tuvimos 2 pacientes que salen de los rangos mencionados en la literatura, ya que una tenía 21 y la otra 72 años, lo que la hace más aberrante su presentación.

La paridad, siendo de un promedio de 4 años, hace reflexionar sobre la importancia que tiene este factor como riesgo para el desarrollo del adenocarcinoma en nuestro medio, a diferencia de lo que han reportado en la literatura donde se menciona que esta patología se presenta en pacientes con menor paridad.

La menarca no se consideró como un factor de riesgo, ya que la edad de la presentación fué a los 13 años, lo cual está dentro de límites normales.

El número de parejas sexuales se le considera un factor de riesgo, ya que, en promedio se reportan de 2, lo que no está de acuerdo con otros estudios en los que se presenta con una sola pareja sexual.

El inicio de las relaciones sexuales fué un promedio de los 15 años, lo que se puede considerar de riesgo, a diferencia de lo que se reporta en literatura anglosajona y en el que se menciona que no tiene relación con el inicio de la vida sexual a edad temprana.

En relación al medio socioeconómico, como era de esperarse, la mayoría de nuestras pacientes, 80%, pertenecía al estrato socioeconómico bajo.

Las etapas clínicas en las que se encontraba la mayoría de

las pacientes fué en la II B, lo que nos hace reflexionar que el porcentaje de nuestras pacientes no llevan vigilancia médica en forma adecuada.

La manera como se efectuó el diagnóstico histopatológico en nuestro servicio, fué a base de biopsia cervical en un 70%, representado el mayor método diagnóstico.

La variedad histológica del adenocarcinoma que se presentó más frecuentemente, fué el adenoescamoso, representado el 40% seguido del adenocarcinoma que fué del 26.6%.

La mayoría de nuestras pacientes revisadas, se encontraban en etapas avanzadas II B en adelante por lo que la mayoría de ellas fueron candidatas como primer tratamiento la radioterapia en un 70%, coincidiendo esto con los reportes nacionales.

Se encontró que la sobrevida a 3 años por etapas, fué mejor cuando se encontraban como era de esperarse, en etapas iniciales y de peor pronóstico conforme la etapa iba avanzando, siendo el control por medio de la citología con una negatividad general de 77.33%.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cassab, H., Flores, C; Estadística de cáncer en IMMSS.1988. 119 Rev. Mex.
- 2.- De Vita, C., Principles of Oncology. 1990.
- 3.- Disaia, P., Creasman, W.; Clinical Gynecologic. 1989.
- 4.- Shingleton, H. Gore, H.; Adenocarcinoma of the cervix; Am. J obstet Gynecol. 1981: 139,799.
- 5.- Saiqo, P. Kim, W.; Prognostic factors in adenocarcinoma the uterine cervix. Cancer 1986: 57; 1584.
- 6.- Brand, E., Bereck, J., Hacker, N.: Controversis in the management of cervical adenocarcinoma. Obst. Gynecol: 1988: 71:261.
- 7.- Wilson, I., Friberg, L.; Primary adenocarcinoma of the uterine cervix. Cancer 1983; 52: 942.
- 8.- Korhoner, M.; Adenocarcinoma of the uterine cervix. Cancer 1984;53:1970.
- 9.- Prempre, T., Anorman, R., Wizenberg, M.; A therapeutic approach to primary adenocarcinoma of the cervix. Cancer 1985; 56:1264.
- 10.- Weiss, R., Lucas, Q.; Adenocarcinoma of the cervix uterino Cancer; 1986,57:407.
- 11.- Kilgore, L., Soongs, S.; Analysis of prognostic features in adenocarcinoma of the cervix. Ginecol Oncol. 1988:31:137.
- 12.- Davidson, S., Symonds, R., Watson, E.; Adenocarcinoma of

- 13.- Kleine, W., Rau, K., Pfleiderer, A; Prognosis of the adenocarcinoma of cervix uterine; a comparative study; Gynecol Oncol: 1989;35:145.
- 14.- Greer, B., Figge, D., Tamimi, H.; Clin Stage I B adenocarcinoma of the cervix treated by radical Hysterectomy and pelvic lymph node dissection. A. J. Obst.Gynecol; 1989;160:1509.
- 15.- Zander, Baltzer, Lehe, Kaufman cols. Carcinoma of the cervix. An attempt of individualize treatment. Results of 20 years cooperative study. Am. J. obstet and Gynecol. 139 (1981) 753.
- 16.- Rettenmaier, Casanova, Mich; Radical hysterectomy and failed postoperative radiation therapy in the management of bulky stage I B cervical cancer.
- 17.- Rutledge, Warthon, Fletcher; Clinical studies with adjuvant surgery and radiation therapy in treatment of carcinoma of the cervix; Cancer 38, 1976:596.
- 18.- Weed, Holland; Combined irradiation and extensive operations in the treatment of stages I and II carcinoma of cervix uteri. Surg. Gynecol Obstet; 144; 1977;869.
- 19.- Kelso, Tunnell; Combined surgical and radiation treatment of invasive carcinoma of the cervix. A.J.Obstet. Gynecol; 116, 1973: 205.
- 20.- Randall, Constable, Mills; Results of the radiotherapeutic management of carcinoma of the cervix with emphasis on the influence of histologic classification. Cancer; 68;1988;48.
- 21.- Hamverger, Fletcher; Results of treatment of early stage. Seminars in Oncology; 9 3 Sep 1982,299.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA