

222
11217



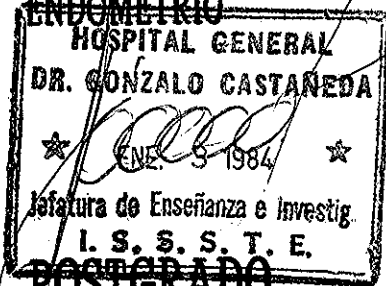
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Post-grado

**CRITERIOS DE OPERABILIDAD DEL CANCER DE
CERVIX Y ENDOMETRIO**

Castañeda



TESIS DE ~~POSTGRADO~~

Que para obtener el título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

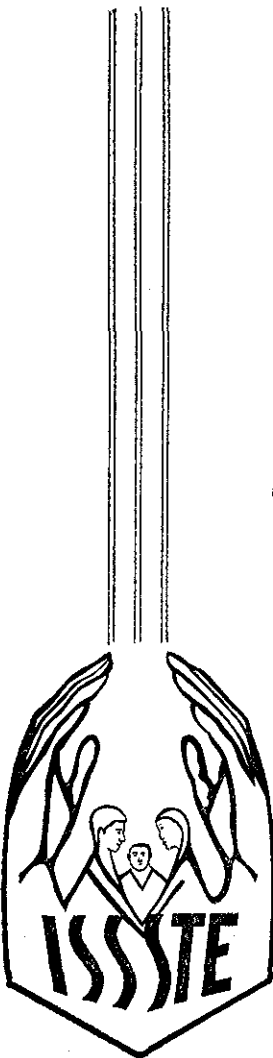
Presenta el:

Dr. Miguel Eduardo Ramírez Sanmartín

2002

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE POST GRADO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DR. CESAR SANTIAGO PINEDA
MEDICO GINECO-OBSTETRA
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL
DR. GONZALO CASTAÑEDA. I.S.S.S.I.E.

ASESOR

DR. DRUSSO VERA GASPAR
MEDICO GINECO-OBSTETRA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DEL SER
VICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. I.S.S.S.I.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

..... A mis Padres:
Juan y Victoria
Con cariño y agradecimiento.

..... A mis Hermanos
Por su superación.

..... A mi Esposa:
Barbarita
Por su cariño, compañía y comprensión.

..... A Paty y Miguelito
mis Hijos
Con todo cariño, el esfuerzo de
una parte de mi vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

..... A mi Maestro:

Dr. Cesar Santiago Pineda

Con admiración y agradecimiento.

..... A mi Asesor de Tesis:

Dr. Drusso Vera Gaspar

Por su constante ayuda.

..... A mis Maestros y Compañeros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

I. INTRODUCCION

II. OBJEIVOS

III. MATERIAL Y METODOS

IV. RESULTADOS

V. COMENIARIOS

VI. CONCLUSIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

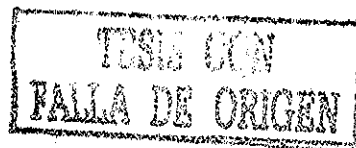
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N T R O D U C C I O NFRECUENCIA DEL CARCINOMA CERVICO UTERINO EN MEXICO Y EN AMERICA
LATINA

La frecuencia del cáncer cervico uterino es particularmente alta en algunos países de América Latina. Se ha publicado que en algunas áreas del norte de Brasil, ocupa el 60% de los cánceres que afectan a la mujer, y que en países como el Salvador, la enfermedad representa el 46.4% de todas las neoplasias malignas.

Aun en ausencia de un adecuado Registro Nacional de tumores, se acepta que el cáncer cervico-uterino es el cáncer más común en la República Mexicana. L.A. Schoberg, publicó en 1965 una frecuencia 4 veces mayor de cáncer cervico uterino en Tijuana México, a la reportada para la población de la Unión Americana.

En el Registro de Cáncer para el Estado de Jalisco México durante los años de 1976 y 1978, Esesarte Gómez de la Dirección de Lucha contra el Cáncer, reportó el cáncer cervico uterino con la neoplasia maligna más común, a la que correspondió el 29% de todos los cánceres registrados en ese período. Según el autor, esta cifra contrasta con la reportada para países como Nueva Zelanda (3%), y ciudades como Alberta en Canadá (9%) y Osaka Japón (20%).



Jorge V. Carranza G. ha publicado que el carcinoma cervico uterino constituyó el 31.9% de la totalidad de las neoplasias malignas vistas en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional entre 1961 y 1967 inclusive.

El cáncer cervico uterino constituyó el 88.7% de los ingresos para cáncer ginecológicos al Instituto Nacional de Cancerología entre 1944 y 1960, y el 86.2% al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1961 a 1977. Cifras similares han sido reportadas para la Unidad de Oncología del Hospital General de México S.S.A. donde las neoplasias ginecológicas constituyen el 4% de la totalidad de consultas que se otorgan en dicha unidad.

MORTALIDAD EN MEXICO Y EN AMERICA LATINA DE CANCER CERVICO UTERINO:

De acuerdo con Arthur Holleb, las estadísticas anuales de la Salud en el mundo en su reporte para 1974 y 1975, muestran que el mayor índice de mortalidad por cáncer cervico uterino, se registró en el Uruguay con una mortalidad de 28.9 x 100.000. En segundo lugar estuvo Venezuela con 24.3 x 100.000, tercero Chile con 20.1 x 100.000, cuarto México con 19 x 100.000.

De los 24,269 fallecimientos por cáncer registrados en la República Mexicana en el año de 1978, los sitios anatómicos afectados

tados por el padecimiento fueron en orden decreciente, el útero, el estómago y el pulmón. En la mujer, los cánceres más comunes fueron el cervico uterino, (16%), el cáncer gástrico, (11.1%) y el de mama, (8%).

El cáncer cervico uterino, constituyó la principal causa de muerte por neoplasias en el Hospital General de México de la S.S.A. entre los años de 1953 a 1970.

FACTORES DE RIESGO EN EL CANCER DE CERVIX Y ENDOMETRIO

CANCER DE CERVIX:

En 1962, Rotkin estudiaron los factores que podrían ser responsables del desarrollo del carcinoma cervical y encontraron que la edad del primer coito era la variable de mayor correlación clínica. En este estudio, se informó que entre las pacientes que comenzaron a realizar el coito entre los 15 y los 17 años, había una cantidad doble de casos de cáncer cervical que en el grupo de control. Además, en contraste con los controles comparados, se desarrollaron relativamente pocos cánceres cervicales en las pacientes que comenzaron a realizar el coito después de los 21 años, y casi ninguno cuando el primer coito se demoró hasta la edad de los 27 años.

El cáncer cervico uterino invasor ocurre comunmente des-

pués de los 30 años, por lo que la edad por sí sola constituye un factor de riesgo para su desarrollo.

Para el cáncer microinvasor de cérvix, la edad reportada por los autores oscila entre los 38 y los 46 años y para el carcinoma in situ, entre los 30 y los 40 años.

El número de compañeros sexuales constituye otro factor que está íntimamente ligado con la frecuencia de cáncer cervical. Si bien resulta difícil obtener datos exactos con respecto al número de estos compañeros, está bien comprobado que las prostitutas, las mujeres de vida sexual promiscua y las divorciadas presentan una frecuencia más elevada de cáncer cervical que los controles correspondientes.

El cáncer cervical es más frecuente en las mujeres con hijos que en las nulíparas. Ha sido ampliamente comentada en la literatura la relación que guarda la paridad con el cáncer de cérvix. Se ha tratado de demostrar que el traumatismo de repetición ocasionado en el canal del parto por el descenso de la presentación, se acompaña de irritación y de las alteraciones locales del epitelio cervical que eventualmente terminan con el desarrollo de las neoplasias.

La demonstración epidemiológica de que el cáncer de cervix-

es de 4 a 6 veces más frecuente en mujeres con antecedentes de promiscuidad y 3 veces mayor en quienes refieren historia de cáncer de pene en el cónyuge, sugiere fuertemente la presencia de uno o varios factores que sean capaces, mediante transmisión venérea, de influir en la etiología de la enfermedad.

Se ha demostrado una frecuencia de cáncer cervico uterino 4 veces más alta en mujeres con antecedentes de infección cervico vaginal a expensas de *Neisseria Gonorrhoeae*.

La infección cervical por *Chlamydia trachomatis*, es capaz de acompañarse de atipias en el 33.8% de los casos, de los que aproximadamente un 50% corresponden a displasias o carcinoma in situ.

En 1966 Maib, Nahmias y Josey asociaron al cáncer cervico-uterino con la infección genital causada por el herpes virus tipo 2. Se ha demostrado que el 83% de las mujeres con cáncer cervico uterino invasor, el 70% con carcinoma in situ, y el 56% con displasias, cursan con anticuerpos este virus, concluyendo que en presencia de anticuerpos contra el herpes virus tipo 2, el riesgo relativo para padecer cáncer cervico uterino invasor puede llegar a ser 9 veces mayor al de los grupos control, hasta 8 veces más alto para padecer carcinoma in situ y hasta 6 veces mayor para padecer displasia del cervix.

También se considera de importancia tomar en cuenta la presencia del condiloma del cervix como carcinogénico.

CANCER DE ENDOMETRIO:

El carcinoma de endometrio es en su mayor parte, enfermedad relacionada con la menopausia y la posmenopausia, más de 90% de los casos ocurren en mujeres que pasan de los 50 años de edad, la frecuencia es de 60 x 100.000 entre los 50 y los 54 años de edad, y de 2 x 100.000 entre los 30 y los 34 años y un 4% ocurren en menores de 40 años de edad, aunque guardan relación con estrogeneroterapia duradera.

En realidad, se considera que la estrogeneroterapia aumenta el peligro de presentar cáncer endometrial en el grupo menopáusicos por un factor de 4.5 a 13.9 según la duración del tratamiento y la posología. La edad de la menopausia también es factor de riesgo, pues el peligro aumenta en 2.4 veces en las mujeres en quienes la menopausia ocurre después de los 52 años de edad.

La obesidad es otro factor de riesgo comúnmente relacionado. El riesgo aumenta en 2.8 veces en las diabéticas.

Entre los factores de riesgo más íntimamente relacionados es la aparición de cambios de hiperplasia en el endometrio.

Entre los factores de riesgo que suelen considerarse se cuentan hipertensión, hemorragia disfuncional, anovulación, tumores ováricos funcionales y antecedentes familiares de cáncer mamario y genitales frecuentes.

CLASIFICACION DE LA FIGO DEL CARCINOMA DEL CERVIX

ESTADIO 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.

Carcinoma Invasor.

ESTADIO I Carcinoma estrictamente limitado al cervix.

Ia. Carcinoma microinvasor (invasión precoz del estroma).

Ib. Todos los otros casos del estadio I. El cáncer oculto debe ser señalado con "oc".

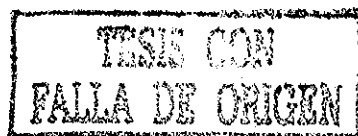
ESTADIO II El carcinoma se extiende más allá del cervix, pero no ha alcanzado la pared pelviana. El carcinoma compromete la vagina, pero no su tercio inferior.

IIa. No hay compromiso evidente del parametrio.

IIb. Compromiso evidente del parametrio.

ESTADIO III El carcinoma se ha extendido a la pared pelviana o al tercio inferior de la vagina.

IIIa. El tumor comprende el tercio inferior de la vagina. - No hay extensión a la pared pelviana.



IIIb. El tumor se extiende hasta la pared pelviana. Al tacto rectal no hay ningún espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pelviana.

ESTADIO IV El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis menor y ha invadido clínicamente la mucosa de la vejiga o del recto. Un edema tan acentuado, como tal, no permite que se atribuya un caso al estadio IV.

IVa. Extensión del crecimiento a órganos adyacentes.

IVb. Propagación a órganos distantes.

CLASIFICACION DE LA FIGO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO

ESTADIO 0 Carcinoma in situ. Hallazgos histológicos que hacen sospechar un proceso maligno.

ESTADIO I El carcinoma se limita al cuerpo del útero, incluyen do el istmo.

Ia. La longitud de la cavidad uterina es de 8 cm o menos.

Ib. La longitud de la cavidad uterina es de más de 8 cm.

Los casos del estadio I deben ser subdivididos de acuerdo con el tipo histológico del adenocarcinoma:

G1 Carcinoma adenomatoso sumamente diferenciado.

G2 Carcinoma adenomatoso diferenciado con zonas parcialmente sólidas.

G3 Carcinoma predominantemente sólido o enteramente indiferenciado.

ESTADIO II El carcinoma ha afectado el cuerpo del útero y el -
cérvix, pero no se ha extendido fuera de la matriz.

ESTADIO III El carcinoma se ha extendido fuera del útero, pero -
no fuera de la pelvis.

ESTADIO IV El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis, o -
ha afectado evidentemente la mucosa de la vejiga o -
el recto.

Un edema ampollar como tal, no permite asignar un -
caso al estadio IV.

IVa. Extensión del tumor a órganos adyacentes.

IVb. Propagación a órganos distantes.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El frotis de Papanicolaou se prepara de una muestra de cé-
lulas tomadas de la porción inferior del aparato genital y contie-
ne aportaciones importantes del cuello uterino, vagina y región -
endocervical, con menores resultados con poblaciones de células -
de cavidad endometrial.

Dentro de los métodos para diagnosticar el cáncer del cue-

llo uterino debemos de legir uno que cumpla con los requisitos de un método ideal, los cuales los cubre el Estudio Citológico, con más de 30 años de práctica desde que Papanicolaou lo puso en práctica.

Los requisitos para que un método de detección sea factible e ideal son los siguientes:

- El método debe ser simple.
- El método debe ser ampliamente aceptado.
- El método debe ser exácto.
- El método debe de ser preciso.
- El costo debe ser bajo, en relación a los beneficios de una detección temprana del cáncer de cervix.

El sitio de obtención del material para detección del cáncer del cuello uterino debe ser de preferencia de la unión escamo columnar, lugar donde se inician todos los eventos que constituyen el desarrollo de la neoplasia cervical intraepitelial, ocasionalmente esta área puede ser no visible y en estas circunstancias lo mejor es tratar de obtener por medio ya sea de espátula de Miles o avate lenguas, material procedente del canal endocervical o bien a través de la aspiración del material que está en el canal. Utilizando este método de obtención del material, los fallos negativos se reducen a menos de un 5%.

BIOPSIA DE CERVIX

Hace varios años era popular una biopsia al azar en cuatro cuadrantes, pero estaba asociada con una tasa de error significativa.

Se lograron mejoras en el exámen del cuello uterino, a simple vista, en test de Schiller. Walter Schiller observó que el glucógeno estaba esencialmente ausente del epitelio cervical y vaginal en los casos que presentaban un carcinoma pavimentoso precoz. Después de muchos ensayos y errores, encontró que una solución acuosa débil de yodo coloreaba el glucógeno contenido en el epitelio cervical normal, lo cual producía un color caoba oscuro, en tanto que las zonas de carcinoma quedaban sin colorear. El epitelio columnar, las zonas inflamatorias, los sitios de biopsias recientes y las áreas metaplásicas también dejan de tomar el colorante de yodo.

La exactitud diagnóstica de los métodos de consultorio para detectar una neoplasia cervical precoz depende en forma directa, según lo dicho, del número de muestras de tejido cervical obtenidas y del número de secciones examinadas en cada muestra. Además, cuando se obtiene el tejido de una zona que la coloración de Shiller ha demostrado ser sospechosa, se mejorará aún más la precisión mediante la biopsia orientada. Cuando se emplea el test de Shiller para orientar al ginecólogo en la obtención de

biopsias cervicales múltiples y se realiza un curetaje endocervical para evaluar el tejido en la parte superior del conducto, y cuando se examinan histológicamente todas estas muestras de tejidos a niveles múltiples en el bloque, puede obtenerse una tasa más elevada de precisión, comparable con la de la conización cervical.

COLPOSCOPIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La colposcopia nació en Alemania, en 1925. Fué creada por Hans Hinseiman, quien con esta técnica describió y sistematizó una serie de lesiones, que sirvieron de base para el entendimiento de lo que hoy conocemos como "neoplasia intraepitelial del cuello uterino".

La confiabilidad diagnóstica de la biopsia bajo control colposcópico (biopsia dirigida), ha sido demostrado en numerosos trabajos publicados en la literatura mundial. La certeza diagnóstica de la biopsia dirigida es similar a la conización, lo que ha ocasionado el abandono de la conización como método de diagnóstico y ha incrementado su potencial terapéutico.

La biopsia dirigida es diez veces más barata que la conización diagnóstica, no requiere de hospitalización, no tiene complicaciones, reduce el número de biopsias, reduce el período entre la detección citológica y el inicio del tratamiento y las mo-

lestias para la paciente son mínimas.

La relación de la certeza diagnóstica de la biopsia dirigida colposcópicamente, en comparación con la biopsia horaria tradicional, la primera, es de alrededor de 10 veces más segura.

En el tratamiento de la neoplasia intraepitelial del cuello uterino, la colposcopia juega también un papel muy importante, ya que permite seleccionar el tipo de tratamiento más adecuado para cada paciente. El método terapéutico en la neoplasia intraepitelial del cérvix debe de ser individualizado, con base a los hallazgos colposcópicos y el resultado de la biopsia dirigida colposcópicamente, así como paridad de la paciente, edad y posibilidades de seguimiento. El método de tratamiento puede seleccionarse entre crioterapia, electrocoagulación, conización con bisturí frío e hysteretomía.

CONIZACION

Es un procedimiento inocuo y se asocia con complicaciones graves como: hemorragia, que requiere una transfusión en un 5 a 10% de los casos: estenosis, perforación uterina, celulitis pélvica y lesiones al recto o a la vagina. Las complicaciones vesicales y rectales suelen verse en los casos en que existe una atrofia significativa y rectales suelen verse en los casos en que existe una atrofia significativa con fondos de saco vaginales po-

co profundos. Entre todas las complicaciones de la conización del cérvix con fines de diagnóstico, ninguna es más significativa que la curabilidad que se presenta en la paciente embarazada.

Después de una conización cervical durante el embarazo, la pérdida fetal media es de alrededor de un 10%, y la frecuencia de hemorragia postoperatoria llega hasta un 30%.

La conización del cérvix representa un método preciso de evaluación del cérvix, pero el costo de este procedimiento en términos de complicaciones, morbilidad y hospitalización es elevado en especial en la paciente grávida. En consecuencia, lo que necesita es un método práctico, preciso y poco costoso que pueda utilizarse para evaluar el estado del cuello uterino en pacientes que presenten un frotis citológico anormal.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN SITU

Hasta épocas muy recientes, el tratamiento aceptado del carcinoma cervical in situ consistía en la histeractomía con extirpación de un amplio manguito vaginal. Si bien la histerectomía total sigue siendo el tratamiento más común en las pacientes que han completado su período de maternidad, los estudios colposcópicos han mostrado que los focos de neoplasia cervical son a menudo pequeños y discretos y que tal operación puede resultar excesiva e innecesaria.

La conización debe considerarse como un método de tratamiento del carcinoma in situ para aquellas enfermas que están interesadas en una futura maternidad y en quienes existe la seguridad de un seguimiento continuado.

La conización puede utilizarse con seguridad para el tratamiento inicial, así como para el diagnóstico, pero que ningún tratamiento debe de considerarse completo. Todas las mujeres en las que se ha realizado un diagnóstico de carcinoma in situ debe ser objeto de un seguimiento continuado, con presidencia de la amplitud del tratamiento administrado. (11)

En años recientes, se han empleado métodos aún más conservadores para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical.

Pacientes no grávidas en quienes eran plenamente visibles los bordes de una lesión no invasora, que estaba localizada enteramente dentro del campo visual del colposcopio, se trata a estas pacientes con diatermia por electrocoagulación, este procedimiento se realiza con anestesia general o regional.

La criocirugía constituye un método adicional que ha logrado reciente popularidad en el tratamiento de la displasia cervical y del carcinoma in situ llevando ventaja con el electrocauterio, en que la criocirugía constituye un procedimiento para pa-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cientes no internadas con malestar mínimo y sin anestesia. Se utiliza como refrigerante el freón, dióxido de carbono, óxido nítrico, nitrógeno líquido. (14)

TRATAMIENTO DE LAS RECURRENCIAS DEL CARCINOMA IN SITU.

Si la lesión recurrente sigue siendo in situ, puede tratarse con igual éxito por resección local o irradiación, la resección local se debe hacer después de la demarcación colposcópica de la enfermedad, pero si la paciente no es una candidata quirúrgica para este tipo de resección limitada, empleamos la irradiación. El uso de óvulos vaginales aplicados a la bóveda vaginal constituye un método satisfactorio de tratamiento por irradiación intracavitario. Si la recurrencia in situ es suficientemente extensa como para requerir una vaginectomía completa, es mejor comenzarla desde abajo. La desventaja de una vaginectomía total o parcial en una mujer sexualmente activa es evidente y requiere una vaginoplastia de aumento utilizando un injerto autógeno de piel de espesor dividido o un procedimiento de fisión labial.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICAL INVASOR

El tratamiento del cáncer ginecológico ha evolucionado en forma gradual, convirtiéndose en un concepto de equipo, en que se unen las "mejores mentes" en materia de cirugía, radioterapia, biología celular, para brindar lo mejor de que se disponga en ca-

da institución en la planificación terapéutica para esta enfermedad.

ESTADIO IA.

Se acepta que el tratamiento quirúrgico es el de elección, debiendo practicarse sistemáticamente una conización previa que - ratificará el diagnóstico de microinvasor o que precisa el diag-- nóstico de un carcinoma frecuentemente invasor.

La razón que existe para escoger el tratamiento quirúrgico es que este es sencillo, no se tiene que practicar linfadenecto-- mia pélvica porque no hay metástasis ganglionares: frecuentemente se trata de mujeres jóvenes, para quienes es importante conservar la función ovárica y quienes podrán desarrollar una vida sexual - normal. (10) (23).

IB.

El tratamiento de elección, es la histerectomía radical - (con linfadenectomía pélvica). (19) (10)

IIA.

En esta etapa clínica de la enfermedad, el índice de cura- bilidad es similar con cirugía o con radioterapia. Sin embargo, - se prefiere la radioterapia. (25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IIB.

Las pacientes en esta etapa deben ser manejadas primero con radioterapia y solo se emplea la cirugía ante el fracaso radioterápico. La cirugía está contraindicada pues resulta imposible ofrecer los márgenes de seguridad adecuados, de acuerdo con el criterio de la cirugía oncológica. (16)

III

Se indica realizar radioterapia por espacio de 8-10 semanas después someter a cirugía.

Esto se está indicando debido a que los reportes de curabilidad en esta etapa varían de un 30 a un 70% por que en la unidad de oncología se logra curar al 12% y, con la combinación de procedimientos se pretende incrementar el número de curaciones. (16)

IV.

Quando el tumor está limitado a la pélvis, es aconsejable la cirugía que consistirá en una exenteración pélvica anterior, posterior o total de acuerdo con la extensión que clínicamente presente la enfermedad. En los casos en que exista fijación a la pared pélvica, es recomendable irradiar preoperatoriamente, con la idea de disminuir la parte tumoral que se fija a la pared de la pélvis y permite el cirujano realizar un acto quirúrgico adecuado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay ocasiones en que ante la recurrencia o residual posradiación, se laparatomiza a la paciente para poder observar las posibilidades quirúrgicas y el cirujano encuentra un tumor parametral fijo a la pared de la pélvis. En algunas ocasiones, se ha intentado el implante de material radioactivo sobre esta zona tumoral, aumentando la dosis localmente y permitiendo así una mejor paliación.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE ENDOMETRIO

Existen tres métodos generales de tratamiento del carcinoma endometrial: 1.- Cirugía sola, incluyendo la histerectomía total y la salpingo oforectomía bilateral o la histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pelvianos. 2.- Irradiación sola, combinando la terapia de irradiación externa con la intravaginitaria y 3.- Una combinación de irradiación, tanto preoperatoria como postoperatoria y cirugía.

ESTADIO IA.

En este caso en que la matriz es pequeña y la histología del tumor está bien diferenciada, procedemos directamente a una histerectomía abdominal total y una salpingo oforectomía bilateral, sin irradiación preoperatoria.

Si el útero extraído ofrece pruebas de una invasión moderada del miometrio (tercio medio) o más profunda (tercio exterior), se instituye una terapia de irradiación postoperatoria a la pélvis.

En caso de lesiones moderadamente bien diferenciadas se considera ideal una única aplicación intrauterina preoperatoria de radio, en un período de 48-72 horas después de haberse suspendido la aplicación de radio, en cuyo momento una histerectomía abdominal total y una salpingo ooforectomía bilateral constituye el procedimiento de elección. Se extraen los ganglios linfáticos o paraaórticos sospechosos y se examina microscópicamente.

En los casos de tumores mal diferenciados con un pequeño útero y un conducto endocervical negativo, preferimos hacer preceder a la histerectomía una irradiación externa, en un tratamiento de 6 semanas.

La intervención se realiza inmediatamente después de completar la terapia profunda de RX sin demorar por más tiempo el procedimiento operatorio primario. (5) (7)

ESTADIO IB.

El tratamiento consiste con irradiación preoperatoria, usando la irradiación central mediante la técnica de encausamiento de Heyman. La irradiación por un tiempo de 48 a 72 hrs.,

con un cuidadoso control del recto y de la vagina en el momento de la aplicación. La histerectomía total abdominal con salpingo-
oforectomía bilateral y la extirpación de todos los ganglios lin-
fáticos pelvianos o paraaórticos sospechosos, debe realizarse a -
las 72 horas de haber extraído el radio.

ESTADIO II.

En estos casos más avanzados, es importante la terapia pre-
operatoria por rayos externos, para administrar a la zona media -
de la pélvis una dosis de irradiación de 5.000 rads. Después de-
una única aplicación de radio intracavitario, de preferencia uti-
lizando la técnica de encapsulamiento de Heyman y modificando la-
dosis superficial vaginal de irradiación ya descrita, la paciente
es sometida a una histerectomía abdominal total y una salpingo -
oforectomía bilateral 6 semanas más tarde.

ESTADIO III.

El enfoque inicial para este estadio de la enfermedad con-
siste en aplicar una plena terapia de irradiación con rayos exter-
nos, administrando 5.000 rads al plano medio de la pélvis, en -
fracciones diarias, en un período de 5 semanas. Si se suele pro-
seguir con una única aplicación de radio, ya sea técnica de Hey-
man, la dosis del colpostato vaginal se reduce alrededor de 4.000

gama-rads de dosis superficial, para evitar una excesiva irradiación a los tabiques vaginal y rectal. Si la paciente es una candidata quirúrgica adecuada, se realiza una laparatomía exploradora, 6 semanas después de la irradiación, en un esfuerzo tendiente a permitir la mayor regresión posible del tumor extra uterino, - antes de intentar la extirpación quirúrgica.

ESTADIO IVa.

Se requiere una cuidadosa individualización de cada caso, con el aprovechamiento de la teleterapia de rayos externos, utilizando una dosis de radiación mixta de 5.000 a 6.000 rads dirigido a un plano medio de la pélvis.

Empleando agujas intersticiales de radio o cilindros vaginales, puede suministrarse una irradiación localizada adicional a la pared vesical o rectal para tratar el tumor en el tabique rectovaginal o vesicovaginal. Estos casos avanzados de cáncer endometrial raras veces corresponden a enfermas que pueden ser candidatas para una histerectomía, si bien estas pueden realizarse como parte de un procedimiento operatorio de desabultamiento, para eliminar el ostensible resalte del tumor.

ESTADIO IVb.

El estadio final del carcinoma de endometrio se presenta cuando la enfermedad se ha extendido más allá de la pélvis, afec-

tando órganos abdominales superiores o extra abdominales. La difusión extrapelviana de la dolencia contraindica el uso de la cirugía pelviana, excepto como un simple procedimiento para reducir el abultamiento.

Solo puede ofrecerse a la paciente una radioterapia paliativa para controlar síntomas localizados, como el dolor y la hemorragia.

Raras veces está indicada una radioterapia agresiva en casos muy avanzados, aunque debe individualizarse en cierta medida cada paciente en particular.

FACTORES DE PRONOSTICO Y SOBREVIDA

Se consideran varios factores específicos vinculados con el control terapéutico de la enfermedad: 1.- Volúmen del tumor; 2.- Lesión exofítica o endofítica; 3.- Extensión vaginal o endometrial; 4.- Metástasis regionales (pelvianas) y distantes (para aórticas) y; 5.- Grado histológico del tumor.

VOLUMEN DEL TUMOR:

En todos los estadios del carcinoma cervical invasor incluyendo la microinvasión y el cáncer clínico, resulta importante el conocimiento del volúmen del tumor para predecir la difusión de -

la enfermedad y el método preferencial del tratamiento.

LESIONES EXOFITICAS Y ENDOFITICAS (En forma de barril)

El efecto de una irradiación ionizante con supervoltaje sobre un tumor es determinante principalmente por su irradiación-sanguínea. Cuando un tumor exofítico se propaga a la vagina desde la posición del cervix, es importante modificar el programa de tratamiento para explotar las ventajas de la teleterapia mediante un haz de rayos externos, con el objeto de producir la regresión de la masa del tumor antes de la irradiación intracavitaria. Afortunadamente, esos tumores poseen una base altamente vascularizada y responden con rapidez a la irradiación externa, produciendo a la vez la necrobiosis por isquemia y la muerte celular por los efectos de la irradiación.

Cuando el tumor se ha agrandado en media suficiente para producir una distorsión del conducto cervical o del segmento uterino inferior, estas lesiones abultadas en forma de barril, que suelen tener un diámetro mayor de 6 cm., presentan un pronóstico más desfavorable, en especial en los tumores del estadio II, cuando solo se los trata con terapia de irradiación. Las lesiones endofíticas de esta clase presentan un tipo de crecimiento que se extiende más allá de los márgenes terapéuticos de los sistemas de irradiación intracavitaria efectiva. Este tipo de crecimiento tumoral es evidente, en especial, en los adenocarcinomas del cervix.



EXTENSION VAGINAL O ENDOMETRIAL.

La extensión de un cáncer cervical que invade la parte superior de la vagina, sin compromiso parametrial ha sido considerada erróneamente, en cuanto al pronóstico, como la misma lesión que la que se limita únicamente al cervix. Esta posición optimista es falaz, ya que hasta ahora la experiencia ha mostrado que la extensión del tumor a la vagina se asocia con una frecuencia mucho mayor de metástasis de los ganglios linfáticos pelvianos.

Los resultados recientes, basados en estudios acerca del volumen de los tumores y en la respuesta clínica a la terapia muestran que la extensión del tumor a la cavidad endometrial disminuye la tasa de supervivencia de 5 años de la lesión es del Estadio I., alrededor de un 5 a un 10%, en comparación con las lesiones que no presentan una lesión al endometrio.

METASTASIS REGIONALES Y A DISTANCIA.

La demostración de la extensión del cáncer cervical a los ganglios linfáticos regionales (pelvianos) y distantes (paraaórticos) ha constituido uno de los factores más significativos de pronóstico en el tratamiento de esa enfermedad. La experiencia de muchas clínicas a lo largo de los años, ha establecido la siguiente frecuencia de las metástasis a los ganglios linfáticos pelvianos. Estadio Ia, 1.5 a 2%. Estadio IB 10 a 15%; Estadio II, 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a 25%; Estadio III, más del 35% y Estadio IV, más del 50%.

Este factor ha constituido el tema fundamental de un prolongado debate, para establecer si la irradiación, por sí sola es esteriliza el tumor metastásico en los ganglios linfáticos pelvianos. Las pruebas clínicas hasta la fecha documentan que solo del 30 al 50% de las pacientes con ganglios linfáticos pelvianos positivos sobreviven 5 años con una terapia completa de irradiación - pelviana.

DIFERENCIACION HISTOLOGICA DEL TUMOR.

El grado de diferenciación tumoral ha encontrado su mayor - papel de pronóstico en el adenocarcinoma del cérvix, en el que el tipo celular puede correlacionarse con la mayor o menor curabilidad de la enfermedad. Cuando se clasifica en cuatro categorías - histológicas las lesiones bien diferenciales de grado I, muestran las mejores tasas de supervivencia de 5 años y la menor frecuencia de metástasis ganglionares pelvianas lo que es similar a las - pautas de comportamiento tumoral del carcinoma endometrial.

Similitud en la tasa de supervivencia se ha encontrado para el carcinoma pavimentoso, pero cuando existe una mezcla de elementos adenomatosos y pavimentosos el pronóstico es nitidamente - más desfavorable y la frecuencia de las metástasis de los ganglios

linfáticos pelvianos y distantes es mucho mayor que en los estudios comparables del carcinoma pavimentoso.

O B J E T I V O S

Analizar los requisitos quirúrgicos para indicar la cirugía oncológica correspondiente, en Cáncer Cervico Uterino y Endometrio, diagnosticados en las pacientes operadas en el presente estudio correspondiente al período 1983.

M A T E R I A L Y M E T O D O

El presente trabajo se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Lic. "Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E. en el período comprendido entre 1ero de marzo a octubre de 1983.

El estudio consistió en la revisión prospectiva de 3534 - pacientes estudiadas por el servicio de ginecología y 6038 resultados de citología vaginal, durante el período de marzo a octubre de 1983, de los cuales se clasificaron 14 pacientes, las mismas - eran portadoras 9 de ellas, de patología neoplásica cervical y 5 de endometrial.

A todas las pacientes se elaboró una exhaustiva historia clínica. Se solicitaron exámenes de laboratorio completos. Se pidieron a todas las pacientes:

Biopsia dirigida de cervix con lugol.

Biopsia de endometrio.

A dos pacientes se solicitó cono.

En todas estas pacientes se analizaron los siguientes aspectos:

Edad.

Paridad.

Factores de riesgo.

Antecedentes patológicos.

Cuadro clínico.

Clasificación clínica.

Diagnóstico por citología vaginal.

Tratamiento.

Diagnóstico Anatómico Patológico.

Se excluyeron del estudio a todas las pacientes que no reunieron los requisitos solicitados.

R E S U L T A D O S

Cuadros 1 y 2 se agruparon las pacientes de acuerdo a la -
edad.

CUADRO # 1CANCER DE CERVIX

AÑOS	#	%
20-30	-	
31-40	2	22.2
41-50	2	22.2
51-60	3	33.3
61-70	-	
71-80	2	22.2
TOTAL	9	

CUADRO # 2CANCER DE ENDOMETRIO

AÑOS	#	%
20-30	1	20
31-40	-	
41-50	2	40

Continúa cuadro # 2.

AÑOS	#	%
51-60	-	
61-70	1	20
71-80	1	20
TOTAL	5	

Cuadro 3. Se señala la patología sistémica asociada en las mujeres que padecieron Cáncer de Cervix.

CUADRO # 3

CANCER DE CERVIX

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

PADECIMIENTOS	#	%
OBESIDAD	5	50
DIABETES	2	20
ARTRITIS REUMATOIDEA	2	20
HIPERTENSION ARTERIAL	1	10
TOTAL	10	

Con respecto a los factores de riesgo de cáncer de endometrio, la frecuencia se observa en el cuadro 4.

CUADRO # 4

CÁNCER DE ENDOMETRIO

FACTORES DE RIESGO

HIPERTENSION ARTERIAL	4
OBESIDAD	4
DIABETES	3
INGESTA DE HORMONALES	1

La paridad en los dos grupos de pacientes estudiados se aprecia en los cuadros 5 y 6.

CUADRO # 5

CÁNCER DE CERVIX

PARIDAD

PARTOS	#	%
1-3	3	33.3
4-5	2	22.2
+ 5	4	44.4
TOTAL	9	

CUADRO # 6CANCER DE ENDOMETRIOPARIDAD

<u>PARTOS</u>	<u>#</u>	<u>%</u>
0	2	40
1-3	1	20
+5	2	40
TOTAL	5	

El cuadro clínico variable en los cuadros 7 y 8.

CUADRO # 7CANCER DE CERVIXCUADRO CLINICO

<u>SINTOMAS Y SIGNOS</u>	<u>#</u>
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	9
ULCERACION	8
CRECIMIENTO UTERINO	6
LEUCORREA	4
ECTROPION	2

CUADRO # 8CANCER DE ENDOMETRIOCUADRO CLINICO

SINTOMAS Y SIGNOS	#
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	5
CRECIMIENTO UTERINO	5
ULCERACION	4
LEUCORREA	2
SANGRADO POST COITO	1

De acuerdo a la clasificación internacional de la "figo" - la frecuencia de etapas clínicas del cáncer de cervix y cáncer de endometrio, se señala en los cuadros 9 y 10.

CUADRO # 9CANCER DE CERVIXCLASIFICACION CLINICA

ETAPAS	#	%
0	4	44.4
Ia	4	44.4
Ib	-	
IIa	-	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continúa cuadro # 9.

ETAPAS	#	%
I b	1	11.1
III	-	
IV	-	
TOTAL	9	

CUADRO # 10

CANCER DE ENDOMETRIO

CLASIFICACION CLINICA

ETAPAS	#	%
0	-	
Ia	-	
Ib	2	40
II	2	40
III	-	
IV	1	20
TOTAL	5	

En los cuadros 11 y 12 se observan los casos diagnóstica--
dos citológicamente como positivos.

CUADRO # 11

CANCER DE CERVIX

CITOLOGIA VAGINAL (DIAGNOSTICO)

CLASE	#	%
NEG. I O DISPLASIA I.	-	
NEG. II O DISPLASIA II.	-	
SOSPECHOSO O DISPLASIA III	4	44.4
IV	4	44.4
V	1	11.1
TOTAL	9	

CUADRO # 12

CANCER DE ENDOMETRIO

CITOLOGIA VAGINAL (DIAGNOSTICO)

CLASE	#	%
NEG. I O DISPLASIA I.	-	
NEG. II O DISPLASIA II.	-	
SOSPECHOSO O DISPLASIA III.	-	
IV	2	66.67
V	1	33.33
TOTAL	3	

El tratamiento quirúrgico establecido se señala en los cuadros 13 y 14.

CUADRO # 13

CANCER DE CERVIX

TRATAMIENTO

HISTERECTOMIA	8
RADIACIONES	4
QUIMIOTERAPIA	-
CIRUGIA MAS RADIACION	4

CUADRO # 14

CANCER DE ENDOMETRIO

TRATAMIENTO

RADIOTERAPIA SOLA	1	20
RADIOTERAPIA Y CIRUGIA	4	80
CIRUGIA Y RADIOTERAPIA	-	
CIRUGIA	-	
TOTAL	5	

El diagnóstico fué confirmado anatomopatológicamente en -
los cuadros 15 y 16.

CUADRO # 15

CANCER DE CERVIX

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO (PIEZA QUIRURGICA)

Carcinoma epidermoide in situ de células grandes. Labio posterior.

Carcinoma epidermoide in situ del cuello uterino.

Carcinoma epidermoide in situ de células grandes.

Carcinoma epidermoide in situ de células grandes.

Carcinoma epidermoide del cervix micro invasor.

Carcinoma epidermoide del cervix invasor.

Carcinoma epidermoide del cervix micro invasor.

Carcinoma epidermoide queratinizante medianamente diferenciado, -
micro invasor.

Carcinoma epidermoide medianamente diferenciado, no queratinizan-
te de células grandes extensamente infiltrante.

CUADRO # 16CANCER DE ENDOMETRIODIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

Carcinoma adenoescamoso medianamente diferenciado infiltrante.

Carcinoma bien diferenciado del endometrio y adenoacantoma infiltrante al endocervix. Endocervix adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante.

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de endometrio con invasión, miometrio-cervix-parametrios.

Adenocarcinoma bien diferenciado del endometrio infiltrante.

Adenocarcinoma endometrial medianamente diferenciado. Carcinoma de células claras con invasión al tercio interno del miometrio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O M E N T A R I O

El cáncer cervico uterino se ha considerado como problema de salud pública en efecto, en la República Mexicana es el cáncer más frecuente, en una proporción de uno por cada tres pacientes - (hospital de Oncología Centro Médico Nacional, IMSS). En nuestro hospital la frecuencia de cáncer cervico uterino fué in situ 0.2- x 1.000 invasor 1 x 1.000. 1976.

En relación al cáncer de endometrio guarda una proporción de 1:15 en (Centro Médico Nacional) y en el hospital "Lic. Adolfo López Mateos" 1 a 2.

La importancia estriba en que dentro de la mortalidad en América Latina, México ocupa el cuarto lugar con 19 muertes por - 100.000 mujeres (1978) y constituye actualmente la principal causa de muerte por neoplasia en la población femenina.

Al analizar los factores de riesgo, encontramos que, en efecto, el cáncer cérvico uterino ocurre comunmente después de - los 30 años, ya que en el grupo estudiado, el 90% de las mujeres eran mayores de los 30 años. Los casos con diagnóstico de neoplasia intracervical del cervix (NIC III) tenían entre los 30 y los - 40 años y, para el cáncer invasor los casos correspondieron, a - edades entre 38 y 50 años.

TESIS CON
FALLA DE OR

En estas mujeres con displasia y cáncer cérvico uterino - solo una tuvo dos compañeros sexuales aunque en ninguna de las pacientes hubo diagnóstico clínico de infección cérvico vaginal por mecanismo venéreo, en un caso con cáncer cervico uterino, el diagnóstico anatomopatológico asociado fué de coilocitosis, compatible con condiloma acumunado, lo que tiene particular importancia, porque se ha considerado al herpes virus tipo 2 como carcinogénico. (21) (22)

El cáncer cérvico uterino es más frecuente en las multíparas, que en las nulíparas y se habla del traumatismo repetido - como factor favorecedor de la neoplasia. Las nueve pacientes estudiadas eran multíparas.

Con respecto a la sintomatología y signología. La hemorragia uterina se presentó en todos los casos. La presencia de lesión periorificiaria (desgarros y ectropiones) en la mayoría de - las mujeres estudiadas, esto probablemente guarde relación con la paridad, y los traumatismos obstétricos en relación al parto, nos hace pensar que estas mujeres no habían tenido vigilancia ginecológica adecuada.

Siendo ideal la detección temprana del cáncer cérvico uterino, solo en la mitad de nuestros casos, las mujeres llegan con el padecimiento en una etapa quizá operable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En efecto la citología vaginal como método diagnóstico nos reveló positividad en 7 de los 9 pacientes; y en ellas la biopsia orientada con lugol nos dió el diagnóstico histopatológico de cáncer microinvasor, en las dos restantes se consideraron citológicamente como displasia III y los diagnósticos anatómo patológicos - después de biopsia dirigida y como fueron de carcinoma in situ de cuello uterino de tipo epidermoide y de células grandes.

La exactitud diagnóstica de los métodos de consultorio para detectar el cáncer cérvico uterino, depende de la adecuada cantidad de tejido cervical obtenido. Tratándose de la biopsia dirigida, en el presente estudio se realizó este tipo de biopsia en todos los casos, y solo en dos pacientes se efectuaron dos conizaciones.

En los 4 casos con cáncer en etapa 0, por la paridad de estas enfermas y teniendo vida sexual activa se decidió por la histerectomía total abdominal extrafacial sin anexectomía, y dado - que la pieza quirúrgica era negativa a cáncer invasor, las enfermas están bajo control citológico periódico.

De los 4 casos con carcinoma cérvico uterino en etapa clínica 1a el tratamiento de elección fué el quirúrgico, habiéndose efectuado histerectomía abdominal. En ninguno de ellos a pesar - de tener un canal endocervical permeable se efectuó biopsia endometrial previa y el reporte anatómo patológico final de las pie-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

zas quirúrgicas, no incluyen la existencia de ganglios pélvicos, metastásicos o no, por lo que pensamos que esas histerectomias no fueron radicales sino solo histerectomía con salpingo oforectomía bilateral. A estas mujeres se les continúa con radioterapia externa. (19)

Basándose en la diferenciación del tumor se sabe que las pacientes con tumores poco diferenciados tienen grandes lesiones primarias, mayor índice de recurrencia tumoral, y menor supervivencia sin enfermedad 2 años después del tratamiento, comparados con los que tienen lesiones bien diferenciadas o moderadamente diferenciadas. En este grupo de pacientes el cáncer fué epidermoide moderadamente diferenciado. Las pacientes con estadio Ia y en quienes la invasión del estroma es menor de 3 mm y no hay evidencia de invasión vascular, tienen un riesgo mínimo de nódulos metastásicos.

El caso diagnosticado en etapa IIB, no era candidata a cirugía, sino el tratamiento de elección era radioterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CANCER DE ENDOMETRIO.

Siendo su padecimiento que ocupa el cuarto lugar dentro de las neoplasias malignas en la mujer, en nuestro hospital, con respecto de cáncer de endometrio hay una relación de 1:2, cifra considerada a un año y no representativa de la frecuencia real del cáncer de endometrio, en la población general, derecho habiente del ISSSTE, ya que como lo informa el Dr. Vázquez Fritz en el (hospital de Oncología del Centro Médico Nacional) la relación es de 1:15 entre el cáncer de cervix y endometrio.

Dentro de los factores de riesgo considerados se sabe que el cáncer de endometrio, ocurre en mujeres en la 5ta y 6ta década de la vida (75%), como ocurrió en 4 de los 5 casos analizados, a excepción de una de ellas que tenía 27 años, una poliquistosis y tecomas ováricos asociados.

Otro factor de riesgo que se consideró fué el uso de hormonales, solo una paciente recibió esteroides parenterales durante 3 años consecutivos (20%) y sin poder comparar estos resultados con otros, como lo indica Knab es 5 veces mayor en las pacientes que han tomado estrógenos por espacio de 1 a 5 años y 13 veces mayor durante más de 7 años, resulta que la hipótesis de carcinogénesis y estrógenos debe ser reconsiderada (24).



Con relación a la paridad el 40% eran nulíparas, y este antecedente también lo consideran factor de riesgo.

Patología ginecológica asociada a estrinismo sostenido solo la registramos en un solo caso.

Los padecimientos sistémicos asociados fueron obesidad e hipertensión arterial en el 30% y diabetes en el 60%, cifras más altas a lo reportado por Figge, Onsrud y Kalstad indican que las pacientes que están en sobre peso el 30% presentan pronóstico desfavorable. Dunn indica una variable de 1.3 hasta 22% para alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono. (24)

El cuadro clínico se caracterizó por hemorragia uterina anormal y crecimiento uterino en todos los casos, habiendo corroborado lo último con la histerometría, lo que permitió clasificar clínicamente dos pacientes en etapa Ib 40%, dos pacientes en etapa II 40% y una paciente en etapa clínica IV.

Tres de las cinco pacientes presentó, citología vaginal anormal, o sea el 60%, los casos correspondientes a otros reportes nos indican Figge DC. treatment variables in the management of endometrial Cancer Am y Obste Gynecol 146-495. 1983. (Tilinde indica 50-60% de positividad en un extendido citológico, 70-85% por aspiración del conducto endocervical). (24)

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

El procedimiento más usado fué radioterapia pre operatoria, seguido de histerotomía total más salpingo ooforectomía bilateral, el 40% de las pacientes se encontraba en etapa Ib y otro 40% en etapa II y un 20% en etapa clínica IV, en esta paciente se indicó radioterapia sola por encontrarse en etapa clínica IV.

De acuerdo a normas y procedimientos de algunos centros oncológicos, tratándose de un adenocarcinoma Ib grado I o 2, la conducta correcta es la radioterapia intracavitaria previa y cirugía posterior, esto fué lo que se hizo en forma adecuada en dos pacientes con adenocarcinoma de endometrio en la etapa Ib. Sin embargo, en los otros 2 casos con adenocarcinoma etapa II no se siguió el esquema terapéutico recomendado, que consiste en la aplicación de radio intra uterino vaginal, posteriormente radioterapia externa, y una semana después laparatomía y biopsia de ganglios pélvicos y paracavales. Si estos ganglios salen negativos la conducta es histerectomía abdominal ampliada con salpingo ooforectomía bilateral, si los ganglios pélvicos son positivos y los paracavales son negativos la histerectomía radical es la adecuada, si el riesgo quirúrgico no es alto y si ambos grupos de ganglios son positivos lo recomendable es tratamiento paliativo.

El último caso en etapa IV con tumor diseminado solo se le ofreció radioterapia y esta mujer no recibió beneficios de la hormona, habiendo fallecido a los 6 meses del diagnóstico de cáncer de endometrio.

C O N C L U S I O N E S

- El cáncer cérvico uterino se presentó después de los 30 años para las pacientes con cáncer in situ.
- El cáncer de cervix es más frecuente en las multíparas.
- Dentro de la sintomatología y signología predominaron la hemorragia uterina y la lesión peri orificiaria.
- Con respecto a la detección temprana del cáncer de cervix, las pacientes en su mayoría llegaron en etapas quirúrgicas.
- La citología vaginal reveló positividad, en 7 de las 9 pacientes.
- La biopsia dirigida con lugol se practicó en todas las pacientes, y solo en dos pacientes se efectuó conización.
- Con respecto al tratamiento se practicó histerectomía total abdominal en 4 pacientes sin anexectomía, con diagnóstico previo de biopsia de cervix de cáncer in situ, y posteriormente corroborado en la pieza mediante anatomía patológica.

- Las otras 4 pacientes en etapa clínica Ia se practicó histerec-
tomía abdominal con salpingo oforectomía bilateral. A estas mu-
jeres se les inició radioterapia externa, posterior al resulta-
do de la pieza mediante anatomía patológica, confirmándose cán-
cer micro invasor.
- El caso diagnosticado como IIB, el tratamiento de elección fué-
radioterapia.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

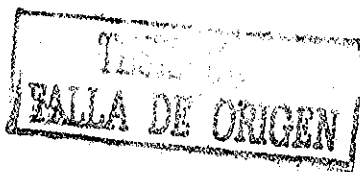
ENDOMETRIO

- El cáncer de endometrio se presentó entre la 5to y 6ta década - de la vida, solo un caso a los 27 años.
- Una paciente recibió esteroides parenterales por 3 años.
- En cuanto a la paridad, la nuliparidad predominó en el estudio.
- Los padecimientos sistémicos en su orden; Obesidad, Hiperten-- sión Arterial.
- El cuadro clínico se caracterizó por hemorragia, crecimiento - uterino en todos los casos.
- La citología vaginal fué positiva en 3 de las 5 pacientes.
- Dentro del tratamiento, el procedimiento más usado fué radiote- rapia pre operatoria, seguido de histerectomia total más salpin- go oforectomia bilateral. Las pacientes se encontraban en un - 40% en etapa clínica Ib, otro 40% en etapa II y el 20 en etapa- clínica Iv a esta paciente solo se ofreció radioterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Atudd, Than, The usefulness of Citology for the detection of endometrial abnormalities in climacteric women, incides hormonal-treatment. Br. Med. J. 1.846-848. March 31. 1979.
- 2.- Benedet JL: Nikerson Kg, Anderson GH.
Cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia.
Obstet Gynecol 1981 Dec: 58 (6): 725-9.
- 3.- Bjerne Bengt, Nils-otto Sjöberg. Hanna Soderberg.
Tratamiento adicional después de la conización, J. Reprod. -
Med. 21:232-235 Octubre 1978.
- 4.- Bjerne Bengt: Valerius B. Zentralbl Gineckol 1980:102. (12):-
651-4.
- 5.- Baltzer J: Lohe K J: Urzl R. Scheer K P: Zander J.
La importancia del pronóstico de la etapa en pacientes operados por carcinoma del endometrio. Geburtshilfe Frauenheilkd-
1982. Jun: 42 (6) 453-6.



- 6.- Carter Robert, Kermit E. Krant, GS Jara, Lin, Marterson BJ. - Tratamiento de la neoplasia intracervical con rayo láser de dióxido de carbono: informe preliminar. Am.J. Obstet Gynecol-uterino. 131:831-836 Agosto 15. 1978.
- 7.- Crissman JD; Azoury RS; Barnes AE; Schellhas HF. Carcinoma - endometrial en mujeres de 40 años o menos. Obstet Gynecol - 1981 Jun; 57 (6): 699-704.
- 8.- Einerth Inger. Criocirugia de la displasia y carcinoma in situ del cuello uterino. Acta Obstet Gynecol Scand 57: 361-365, 1978.
- 9.- Fruchter. Boyce. Significación de vasos atipicos y neovascularización en la neoplasia servical. (SUNY, Downstate Med, Center) 1982.
- 10.- Greenwood MD. Evaluation of the office endometrial biopsy in the detection of endometrial carcinoma and atypical biperplastic. Cancer vol 43 Abril 1979.
- 11.- Haake Kw. Conización y fertilidad. Zentralbl Gineckol 1980; - 102 (19): 1105-9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.- Hosumi K. Carcinoma microinvasor del cervix uterino. *Canecer* 1980 Mar. 1; 45(5): 928-31.
- 13.- Hatch. Hugh M. Criocirugia de las neoplasias intraepiteliales cervicales. *Obstet. Gynecol.* 57: 692-698, Junio 1981.
- 14.- Javaheri G. Rutina de Criocirugia en el tratamiento de neoplasias intraepiteliales del cervix uterino. *Obstet Ginecol* 1981 Jul. 58 (1): 83-7.
- 15.- Mayer M. Exenteración plevica por carcinoma del cervix uterino. *Bull Caneer (paris)* 1980;67 (1): 70-7.
- 16.- Riess P. La significación del pronóstico de la reacción del estroma y otros parámetros histopatológicos despues de la histerectomia radical de Wetheim. *Wien Klin Wochenschr* 1981. May 29;93 (11); 351-4.
- 17.- Richard y Bruce. Estrategias de selección de cáncer cervical y neoplasia intraepitelial cervical. (Columbia Univ) - 1982. *Cancer* 47 (Suppl) 1176-1181. 1 de marzo 1982.
- 18.- Rozzi, tratamiento combinado de radiación y quirúrgico de carcinoma de cervix etapa IB.IIA y IIB. *Gynecol, Oncol*, 11- 175-183, abril 1981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 19.- Stryker. Grado histológico y pronóstico del carcinoma del -
cuello uterino. Obstet. Gynecol. 57:636-642, mayo 1981.
- 20.- Smith J. Carcinoma del cervix; efecto de la edad sobre la su
pervivencia Wayne State Univ.
- 21.- Syrjiamen KJ. Condylomatous lesiones of the uterine cervix -
with special reference to squamous cell carcinogenesis, Gy--
necol Obstet Invest 1980; 11(6): 350-64.
- 22.- Syrjiamen KJ. Cytologic evidence of the association of coun-
dy lomataus lesions with displastic and neoplastic changes -
in the uterine cervix. Acta Citol 1981, Jan-Feb. 25(1):17-22.
- 23.- Shah Ch. Evaluation of current management of endometrial car-
cinoma. Obst and Gynecol 39; 500-509. 1981.
- 24.- The linde, Ginecologia Operatoria. 1980.
- 25.- Welch Precancerous lesions of the endometrium. Hum. Pathol -
8;503-512, 1977.
- 26.- Weiss; Incidence of endometrial cancer in relation with the-
oral contraceptives. 14. Engl, J. Med. 302-551-554, March, -
6, 1980.



- 27.- Wharton. Pronostic factors in early invasive carcinoma of -
the uterine cervix, A.M. J. Obstet. Gynecol 146:145, 1983.
- 28.- Ward, Willam. Stage I endometrial adenocarcinoma: treatment-
results in 835 patients. A.M.J. Obstet. Gynecol 146:141. -
1983.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN