

3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL CERVIX EN EL UTERO EMBARAZADO

T E S I S

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

JOSE LUIS AGUIRRE QUINTEROS

En el acto de su investidura

DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1968

3
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL CERVIX EN EL UTERO EMBARAZADO

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

JOSE LUIS AGUIRRE QUINTEROS

En el acto de su investidura

DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1968

PLAN DE TESIS

- 1.- Historia
- 2.- Etiología
- 3.- Patología y cuadro clínico
- 4.- Diagnóstico
- 5.- Diagnóstico diferencial
- 6.- Pronóstico
- 7.- Tratamiento.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

- 1.- Edad de la paciente
- 2.- Paridad
- 3.- Control Prenatal
- 4.- Diagnóstico en control prenatal
- 5.- Casos detectados por Papanicolaou
- 6.- Evolución de los casos tratados
- 7.- Supervivencia de la madre en 5 años
- 8.- Estado del recién nacido post tratamiento de la madre.
- 9.- Examen citológico
10. Conclusiones
11. Recomendaciones
12. Bibliografía.

HISTORIA:

La historia del cáncer en general se remonta hasta tiempos muy antiguos aún anteriores a la era de Cristo. En esa época era confundido con un conjunto de afecciones de distinta naturaleza.

En relación al tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello uterino podemos mencionar que desde la época de Hipócrates, "Padre de la Medicina", se realizó la primera intervención quirúrgica para tratar esta afección, lo que constituyó para ese tiempo, una proéza, dadas las circunstancias y métodos rudimentarios de la cirugía en esa época. También desde el año 460 a 375 antes J.C. se conocía en la India, Persia y Egipto esta afección entre los habitantes, se desconocía su origen y evolución, y se la confundía con otras enfermedades que daban cuadros semejantes.

Para explicar el origen del cáncer surgieron varias teorías, entre las que se cuentan la teoría

"Humoral", cuyos seguidores decían que el cuerpo humano estaba formado por cuatro humores: sangre, moco, bilis amarilla y bilis negra. Esta teoría di-
ulgada por Galeno predominó por muchos siglos (del
año 131 a.C al siglo XVI). Ellos consideraron que
el cáncer era contagioso y que se debía a una acu-
mulación de bilis negra en diferentes partes del -
cuerpo humano, pero no pudieron demostrar dicha de-
claración.

En el siglo XVII la teoría humoral perdió auge,
surgiendo entonces la teoría "Linfática", habiendo
sido influída por los descubrimientos hechos en esa
época como son, la circulación de la sangre, la exis
tencia de vasos linfáticos y de los hematíes por Mal
pighi. Esta teoría consideraba que las enfermedades
se producían por la anormal fermentación de la sangre
de la linfa. Respecto a las enfermedades tumorales
como el cáncer, hubo confusión en sus ideas, unos lo

atribuían al exceso de ácido y otros opinaban que los tumores se producían porque la linfa se coagulaba fuera de la sangre. A causa de la disparidad de opiniones llegaron a clasificar el cáncer así: cáncer duro, cáncer blando, cáncer pigmentado y cáncer sanguíneo.

En 1814 Guatberlet propuso la histerectomía total como tratamiento radical, los resultados fueron desastrosos por lo que fué abandonada por los cirujanos de esa época.

En 1824 con la invención del microscopio rea lizada en París, surgió la era "Histológica" para la explicación de los tumores, llegando a la conclusión de que los tumores se debían al crecimiento de los tejidos como resultado de la multiplicación de las células. En 1878 Freund pregoniza de nuevo la histerectomía total y en 1894 Rien, propone además la extirpación de los linfáticos ute-

rimos, operación que fué divulgada por Wertheim, por lo que más tarde se le dió el nombre de este autor.

En 1907 Degrais hace la introducción del radio, descubierto por los esposos Curie en 1898.

En el siglo XX surge la era experimental con mejores métodos de investigación de tratamiento y diagnóstico. La citología vaginal de Papanicolau, la colposcopía y microcolposcopía, la biopsia y el microscopio electrónico amplían importantemente los métodos de estudio y favorecen la investigación más exacta. El descubrimiento del radio, la utilización de los rayos X y el descubrimiento de otras sustancias radio activas; así como la mejoría del material instrumental, y aparatos usados en los tratamientos del cáncer uterino han mejorado notablemente y hecho más efectivo su tratamiento.

Sin embargo estos avances, tanto de investigación como de tratamiento, no han mejorado en forma definitiva.

va el conocimiento de la etiología de los tumores malignos de la especie humana.

La Sociedad Francesa de Cirugía y la Academia Francesa de Medicina en sus deliberaciones en 1932, llegaron a la conclusión que el tratamiento del cáncer del cuello uterino es primordialmente radioterápico, sin embargo es aceptado que la Cirugía juega un papel importante en los casos iniciales de esta enfermedad.

ETIOLOGIA:

Como el carcinoma de cualquier otra parte del cuerpo, en el cáncer del cuello uterino no hay una etiología bien definida para explicar su origen; se han considerado un gran número de condiciones que presentan alguna relación con el cáncer del cuello, y se les considera relacionados con su etiología.

1. LESIONES OBSTETRICAS: Es opinión generalizada entre ginecólogos y anatopatólogos que el cáncer

cer cervical está relacionado de algún modo con el embarazo y el parto, ya que predomina en las mul-
tiparas pues el 92 a 98% se encuentre en mujeres que han tenido uno o más embarazos. Se cree que esto es debido a las alteraciones anatómicas que sufre el cuello durante el parto.

2. HERENCIA: Algunos autores han considerado de importancia el factor hereditario en esta a-
fección pero en el cáncer del cuello no se ha lo-
grado demostrar.

3. EDAD: Se presenta más frecuentemente entre los 40 a los 55 años, y por ello se ha creído que existe relación entre la enfermedad y la edad de las pacientes.

4. INESTABILIDAD DE LA VARIEDAD DEL EPITELIO CERVICAL: Es sabido que el cáncer se desarrolla preferentemente en las zonas de transición de un tipo epitelial a otro; y en pocas partes del or-
ganismo se encuentra una zona de transición más favorable que en el cuello útero. Está aún en duda si este factor desempeña un

papel importante en la localización del tumor.

5.- FACTORES HORMONALES: Las hormonas sexuales tienen influencia reguladora en el desarrollo final de los tejidos epiteliales de la mama y del aparato genital, y se considera que las hormonas ováricas tienen alguna influencia en el desarrollo del cáncer del útero por las siguientes razones:

- a) Cuando se practica ovariectomía o se efectúa radioterapia que destruye el tejido ovárico, se disminuyen los miomas uterinos.
- b) El papel que desempeña la hormona folicular del ovario en la producción experimental del cáncer mamario del ratón.
- c) La producción de cambios hiperplásticos en el cuello uterino están bajo la influencia de los estrógenos.
- d) La observación frecuente de cambios hiperplás-ticos en el cuello uterino de la mujer embarazada.

e) Los casos vistos de cáncer de la mama en mujeres sometidas a tratamiento masivo y prolongado de estrógenos.

Sin embargo la terapéutica hormonal por sí sola lo ha producido carcinoma; lo que hace pensar en la posibilidad de que exista otro factor cancerígeno predisponente.

6.- OTROS FACTORES CANCERIGENOS: Otros factores, como son infecciones por virus, parásitos, Rayos X, radio, calor, colorantes de anilina, tabaco etc., han sido considerados por distintos autores como productores de cáncer en animales. En algunos experimentos, ciertos hechos han sido demostrados, también orientan a considerarlos posibles, pero aún no hay acuerdo absoluto en su veracidad.

PATOLOGIA Y CUADRO CLINICO:

El carcinoma del cérvix es más común que el cáncer del cuerpo uterino; la relación en frecuencia es 7 a 1.

Macroscópicamente pueden presentarse las formas papilar e infiltrante. La variedad papilar - dá lugar a gran masa fungosa, que se proyecta en la cavidad vaginal, con escasa tendencia a invadir los tejidos profundos y con hemorragía después del coito que es síntoma temprano, por lo cual puede sospecharse el diagnóstico de cáncer en el cuello. El pronóstico es más benigno.

La variedad infiltrante de carcinoma del cuello uterino es la más común, causa engrosamiento y endurecimiento del cérvix, es asintomática durante largo tiempo, después hay necrosis y destrucción del cérvix.

Microscópicamente en el cuello uterino se encuentran dos clases de epitelio. La porción vaginal del cérvix está cubierta por epitelio pavimentoso estratificado de tipo epidérmico del cual se origina el carcinoma epidermoide, y el conducto

to cervical cubierto por epitelio cilíndrico -
del que crece un adenocarcinoma.

La propagación puede ocurrir por vecindad
vía linfática y sanguínea, llevando las célu-
las tumorales hasta los paramétrios, vejiga o
vagina, en estos casos es común la obstrucción
de los uréteres con infección urinaria ascendente,
que en la mayoría de los casos es fatal. La
propagación linfática compromete los ganglios i
liacos, hipogástricos y sacros., así como tam-
bién produce metástasis a distancia. La propa-
gación sanguínea no es frecuente, hallándose tan
solo en los casos avanzados, lo que concuerda -
con la regla de que el carcinoma epidermoide
no tiende a invadir los vasos sanguíneos.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de sospecha de cáncer del -
cuello se hace corrientemente al examen gineco-
lógico de las pacientes, cuando se encuentra al

tacto una superficie resistente, dura al nivel del cuello uterino, y a la inspección con el especulo se observa una ulceración, o una tumora-
ción más o menos vegetante. Usualmente la histo
ria de hemorragia vaginal, es algo que hace pen-
sar al médico insistentemente en neoplasia. La
seguridad del diagnóstico, o mejor dicho su con
firmación es hecha por los exámenes microscópi-
cos de la biopsia cervical.

No hay ninguna duda que la citología vaginal
la colposcopia y la microcolposcopia tiene un pa
pel importante en la sospecha diagnóstica; pero
se necesita experiencia ya a pesar de todo es in
dispensable la confirmación microscópica del ca-
so para poder tomar decisiones.

La coincidencia del cáncer de cuello uteri-
no o del cuerpo, con embarazo, presenta ciertas
condiciones muy peculiares; ya que corrientemen-

te la existencia de hemorragias vaginales en - mujeres embarazadas inclina al médico a pensar en complicaciones del embarazo que producen hemorragia vaginal; así por ejemplo si una pacien te en el primer trimestre del embarazo sangra, se piensa seguramente en amenaza de aborto, embarazo ectópico o embarazo molar; y si la hemorragia se produjera al final del embarazo el diagnóstico de sospecha sería placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo incerta. Esto no quiere decir, que el médico no debe pensar en la posibilidad del cáncer del cuello uterino, sólo significa que las coindicencias más frecuentes son las entidades patológicas enumeradas antes, y por lo tanto tiene nosotros tendencia a pensar en cáncer. Esto si el resultado de la inspección del cuello y la existen cia de alguna porción del cuello indurada deberá orientar al médico a exluir la posibilidad de neoplasia cervical.

El problema de cáncer in situ en mujer embarazada es confuso. Hay autores que creen que los cambios microscópicos que el cuello uterino grávido presenta semejando cáncer intraepitelial, o aún siendo idénticos, tiene tendencia a la regresión y por lo tanto, el diagnóstico microscópico de cáncer in situ en mujer embarazada, debe ser tomado con mucha reserva y comprobado posteriormente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Las lesiones que corrientemente se presentan a confusión o semejan cáncer del cuello son: pólipos endocervicales, mioma necrótico del canal cervical, erosiones o cervicitis, la sífilis del cuello, tuberculosis cervical, endometriosis, etc. El diagnóstico diferencial se hace a la inspección, o al examen ginecológico y naturalmente es confirmado o excluido con seguridad con los resultados de los exámenes microscópicos de las biopsias.

PRONOSTICO:

El pronóstico del cáncer del cuello y embarazo es variable en gravedad atendiendo a diver sas circunstancias, como son: Extensión de - las lesiones en el momento del diagnóstico, naturaleza microscópica del tumor, edad de la paciente ,coincidencia de otros estados patológicos etc. que no serán discutidos en el presente trabajo por considerarse fuera del plan que nos hemos trasado.

La coincidencia con el embarazo es conside rado por la generalidad de los autores como a- gravante para el neoplasma y consideran que - la evolución se acelera por el aumento de las condiciones nutricias del tumor, la imbibición tisular y el favorecimiento de su propagación por las modificaciones que el cuello sufre du rante el parto.

No hay ninguna duda que el pronóstico del

cáncer uterino siempre es reservado, y en muchas oportunidades grave y aún fatal a corto plazo. Este pronóstico será mejorado esforzándose en efectuar su hallazgo en épocas tempranas y así poder ofrecer una seguridad mayor a las pacientes. Los exámenes médicos rutinarios, incluyendo el gineco lógico, la educación de las pacientes, la práctica de la citología vaginal y la asistencia prenatal constituyen una ayuda inmensa para los diagnósticos oportunos y la mejoría del pronóstico del cáncer uterino.

La coincidencia de cáncer uterino y embarazo es también desfavorable para el embarazo mismo ya que origina infertilidad en muchos casos, abortos y partos prematuros y aún anomalías de la inserción placentaria por alteraciones locales, es seguro que el cáncer del cuello uterino origina problemas de dilatación del orificio cervical y a

nomalías de la contracción y por ende trabajos prolongados, arriesga la contaminación ovular y predispone a otras complicaciones infecciosas a distancia. El análisis anterior nos muestra claramente lo complicado del problema y nos debe estimular al estudio cuidadoso de las pacientes para hacer diagnósticos tempranos de la enfermedad y evitar este conjunto de riesgos.

TRATAMIENTO:

No existe un procedimiento único y definido para abordar en forma adecuada el tratamiento de un caso de carcinoma del cuello uterino y embarazo. Múltiples factores deben entrar en consideración antes de decidir cual es el - mejor tratamiento para un caso de esta naturaleza.

Los factores que deben entrar en consideración

ción son los siguientes:

- 1.- Grado clínico del carcinoma del cuello uterino: Según la clasificación de la liga de las naciones, la invación del cáncer del cuello uterino va de 0-I-II-III-IV. Según la clasificación internacional de la liga contra el cáncer, los carcinomas se clasifican por el sistema T.N.M(tumor, nódulos o ganglios metastásicos y metástasis a distancia) lo que da origen a múltiples combinaciones que van del grado I al IV.
- Debemos dejar bien establecido que antes de decidir el tratamiento de un caso de carcinoma del cuello uterino debe clasificarse previamente el caso dentro de una de las dos clasificaciones anteriores ya que únicamente los carcinomas de grado clínico I pueden ser tratados adecuadamente con cirugía.

2.-Grado Histológico de malignidad. El grado de malignidad del carcinoma uterino desde el punto de vista histológico, se clasifica en grado I-II-III-IV. Esta clasificación es también importante para la conducta médica a seguir; por ejemplo, un carcinoma anaplásico de evolución rápida y reciente - expone mucho más a la madre que un carcinoma grado I, por lo que su tratamiento debe efectuarse mucho más rápido en el primer caso que en el segundo.

3.- La edad del embarazo. Si el carcinoma se diagnostica en el primero, segundo o tercer trimestre, la pauta del tratamiento varía grandemente. Así en una paciente multípara en los 6 primeros meses del embarazo con un carcinoma del cuello uterino de grado clínico I o II no debe pensarse en continuar este embarazo, siendo más importante la vida de la

madre que tiene posibilidades de curación y por lo tanto debe tratarse la paciente haciendo caso omiso del niño, con alguno de los dos procedimientos curativos. Si el diagnóstico se efectuara en el tercer trimestre la conducta será conservadora y se esperará que el feto tenga viabilidad antes de tratar el cáncer.

4.- Factores de orden ético y religioso. Estos - factores son considerados en forma muy diversa por los autores ya que dependen de condiciones puramente humanas y difíciles de estimar y expuestos a muchas variaciones, pero - siempre deben estar en la mente del médico. Tomados en consideración los factores anteriores podrá decidirse cual debe ser el tratamiento para cada caso de carcinoma del cuello uterino y embarazo. Es indispensable individualizar - este tratamiento, no debe ceñirse a tratamientos pre-establecidos; cada caso requiera la colabora-

ción estrecha del Obstétrico, Cirujano y Radio-terapeúta para lograr el mejor éxito posible.

Si la paciente presenta carcinoma del cuello uterino grado I y una gestación en el primer trimestre puede hacerse una histerectomía total con resección amplia de vagina y disección de ganglios pélvicos e ilioobturatrices.
(operación de Wertheim) ya que los carcinomas del cuello uterino grado I son del dominio quirúrgico. Se recomendará radioterapia post-operatoria si el cirujano considera haber dejado enfermedad residual en pelvis. No se aconseja la irradiación profilática pues la cirugía practicada es del tipo radical y curativa por si sola en el grado clínico I. Si durante el acto quirúrgico el Cirrujaño encuentra invasión más extensa, es preferible no con.....

tinuar la histerectomía para poder efectuar radioterapia radical y completa ya que el caso no sería grado I si no II o III.

El grado clínico I en el primer trimestre también puede ser abordado y tratado adecuadamente con radioterapia, obteniéndose prácticamente los mismos resultados curativos que con cirugía. En este caso la radioterapia inicial debe hacerse con implante útero-vaginal de radio, vaciando después el útero para continuar con la radiación externa. Así se evita la infección y diseminación del cáncer. No es recomendable vaciar el útero por vía natural antes de la aplicación de radio. Para los demás casos de carcinoma del cuello uterino y embarazo, el tratamiento a elegir como procedimiento curativo es la radioterapia radical. La mayoría de las escuelas aceptan que únicamente el grado I puede ser abordado quirúrgicamente. El pro

cedimiento radioterápico entonces dependerá del grado clínico de la enfermedad , y del aspecto macroscópico e invasivo del tumor cervical, depende de esto si se inicia o no con implante útero vaginal de radio o con radiación externa a la pelvis. En los tumores muy exofíticos o en los tumores necróticos es mejor iniciar la radioterapia con radiación externa a la pelvis y dejar para último el implante intracavitario de radio, después de solucionado el problema del embarazo.

En el segundo trimestre del embarazo la decisión es más problemática y debe entrar en consideración otros factores como multiparidad, número de hijos vi-
vos, edad de la madre, credo religioso, etc. Siempre debe considerarse en primer término a la madre.

Durante el último trimestre del embarazo debe es-
timarse tanto la vida del feto como la de la madre.Si es posible salvar a ambos esta debe ser nuestra tenden

cia. El niño debe nacer siempre por medio de operación cesárea corpórea para evitar traumatismo cervical. La operación debe ser seguida de irradiación pélvica, de preferencia con supervolataje (tele-cobalto, Betatrón o acelerador lineal) ya que debido a los loquios y a la involución uterina no puede efectuarse adecuadamente un implante inicial de radio después de la operación cesárea. De ahí que preferimos iniciar la radioterapia externa pélvica al cuarto o quinto día de la operación y dejar para después los implantes intracavitarios y completar la fase final de la radioterapia curativa en el cáncer del cuello.

Cuando por la edad del embarazo es necesario esperar uno o dos meses para asegurar la viabilidad del feto, es recomendable hacer un implante vaginal y endocervical de radium (sin romper la bolsa de las aguas) para inhibir el crecimiento

del tumor; obteniéndose de esta manera el tiempo prudencial para que el feto progrese en madurez y tenga mayor seguridad de vivir.

En los casos que se han tratado así, la dosis de radiación recibida por la cabeza fetal ha sido mínima, ya que por factor distancia, la radiación decrece grandemente y por estar formados los órganos fetales no hay problemas de anomalías congénitas a una dosis mínima. Esta espera prudencial ha permitido obtener un niño de término, sano, y luego la madre es sometida al tratamiento curativo radical. Hay que tener en cuenta que no debe darse radiación externa pélvica con el feto intra-útero, cuando se desea tener un feto viable.

La conducta seguida por nosotros puede ser esquematizada, en la forma siguiente:

1o. Cáncer extirpable y producto no viable: Operación de Wertheim.

- 2.- Cáncer extirpable y producto viable: cesárea corporea y operación de Wertheim o radioterapia radical, iniciándose con irradiación externa al quinto día de la cesárea.
- 3.- Cáncer inextirpable (LN;II-III-IV) y producto no viable, radioterapia completa iniciándose con radiación externa o con implante útero vaginal de radio, que provoca la muerte del feto y luego la evacuación del producto y después radiación a dosis cancericidas.
- 4.- Cáncer inextirpable (carcinoma LN;II-III-IV) y producto viable; cesárea corpórea seguida de radioterapia radical iniciándose con irradiación externa a la pelvis, al quinto día post-operatorio.

ANALISIS DE LOS CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.

El objetivo primordial de este trabajo es investigar los resultados obtenidos en el tratamiento

to del cáncer del cuello coincidiendo con embarazo. Con este objeto se revisó la papelería de las pacientes asistidas en la Maternidad del Hospital Roosevelt desde enero de 1963 hasta la fecha. Se encontraron 20 observaciones de cáncer del cuello y embarazo durante este tiempo; se estudiaron sus observaciones médicas y se trató de investigar su salud actual.

Personalmente investigué las direcciones y fui a su casa de habitación, para cerciorarme de la condición de salud de las pacientes y de sus hijos. Fué difícil localizarlas, en un número importante fué imposible; así obtuvimos datos de 12 pacientes y no encontramos a 8. El análisis de los casos, que hace a continuación, utiliza la papelería médica de las pacientes en lo relativo a datos anotados en las mismas, los datos encontrados en la consulta externa de la clínica de Tumores del Hospital Roosevelt y los

datos averiguados personalmente en las visitas do
miciliarias.

Las pacientes estudiadas fueron vigiladas y
tratadas en forma conjunta por el Departamento de
Maternidad y la Sección de Radioterapia del Hospi-
tal Roosevelt. A continuación discutimos algunos
datos que consideramos importantes:

- a) Edad: La edad de las pacientes en que se pre-
sentó la coincidencia de cáncer del cuello u-
terino y embarazo se encuentra entre 20 y 43
años. La Edad promedio de los 30 a los 40 a-
ños.
- b) Paridad: Todas la pacientes estudiadas eran
múltiparas con un mínimo de dos embarazos y
un máximo de 13; el número promedio de embara-
zos fue de 6. Esto nos orienta a pensar que el
cáncer del cuello se presenta con frecuencia
en pacientes multíparas.
- c) Diagnóstico: el diagnóstico de cáncer del cuello

llo se efectúo en la consulta prenatal en ocasión de examen sistemático que se les practica a las pacientes; desgraciadamente en la mayoría de los casos (19 casos) el diagnóstico se hizo en los últimos meses del embarazo y solamente en un caso se hizo en el primer trimestre. Esta paciente tuvo un aborto espontáneo y en esta ocasión se le hizo el diagnóstico de cáncer del cuello.

Todos los diagnósticos fueron confirmados microscópicamente como carcinoma del cuello uterino. En 19 casos la naturaleza microscópica fue carcinoma epidermoide o escamoso y solo en una oportunidad se diagnosticó carcinosarcoma o carcinoma Mulleriano. Esta última paciente tenía 20 años de edad y estaba en su tercer embarazo.

Los grados clínicos de las pacientes tratadas fueron distintos, así: 3 casos grado clínico I, 12 case

sos grado clínico II, 4 casos grado clínico III y un caso grado clínico IV.

Tratamiento: el tratamiento obstétrico y radioterápico de estas pacientes siguió las normas enumeradas anteriormente. Las 19 pacientes en que se diagnosticó el cáncer del cuello al final del embarazo fueron resueltas por cesáreas corpóreas y posteriormente irradidas al quinto día con radioterapia pélvica y posteriormente con implante de Cobalto intracavitario. Lamentablemente de las 20 pacientes estudiadas solo 12 recibieron el tratamiento completo, y las 8 restantes solamente radiación pélvica. Las 8 pacientes que no fueron tratadas en forma completa no regresaron a control ni fué posible localizarlas en su residencia. Es por ello que la evolución de los casos en éste trabajo se concreta solo a los 12 casos

que han podido ser vigilados.

e) Evolución: las 12 madres controladas han evolucionado en la forma siguiente:

Muertas.....2

Vivas en la actualidad.....10

Las pacientes que en la actualidad se encuentran vivas, tienen muy variable tiempo de sobre vida, como sigue:

Más de 5 años.....2

tres años.....1

dos años.....1

un año.....1

meses.....4

La condición de salud de las pacientes que se encuentran vivas en la actualidad es satisfactoria.

En relación a los niños, todos los que nacieron vivos se encuentran vivos y en condiciones satisfactorias actualmente; uno murió intra-parto por

desprendimiento prematuro de placenta y la otra paciente tuvo un aborto. Ninguno de los niños tiene lesiones o alteraciones que puedan ser relacionadas con la radioterapia.

- f) La edad del embarazo en el momento de ser solucionados los casos y los pesos de los niños que nacieron, así como los sexos de los mismos se encuentran anotados en el cuadro que sigue:

Iniciales	Registro Médico No.	Edad del Embarazo AU UR		Peso del niño Lbs. Onz.		Estado del niño	Sexo
I.T. de P.	132.664	40s	40s	5	-	vivo	M
I.Q. de J.	19.323	9	N.R.			aborto	
N.G.O.	133.689	38	40	7	2	vivo	M
E.A.	2.581	35	35	6	6	vivo	M
M.J.M	5.545	40	38	6	6	viva	F
J.G.	110.328	40	40			*muerta	F
C.D.	204.275	38	37	7	0	vivo	M
M.E.R.	220.673	38	38	7	5	viva	F
C.A.S.	29.359	39	38	7	0	viva	F
L.A.M.	244.516	37	38	5	0	Vivo	M
R.G.	11.401	35	37	6	7	Viva	F
C.M.	197.561	36	38	3	12	viva	F

*Muerto intra parto por desprendimiento pre
maturo de placenta normo incerta. Resuelto
por cesárea corpórea.

Este cuadro nos muestra que de los 12 casos
analizados uno se resolvió en aborto, tres
niños de las pacientes cesarizadas fueron pre
maturos, uno nació muerto y siete casos se
obtuvo niños a término. Los sexos de los ni
ños obtenidos fueron masculinos en siete casos
y femeninos en cuatro, el niño que nació muer
to era femenino.

CITOLOGIA VAGINAL:

Con el objeto de investigar la existencia de
cáncer del cuello en pacientes que asisten a la
Consulta Prenatal del Hospital Roosevelt, tuvimos
la idea de practicar exámenes de Papanicolaou a
aquellos pacientes en que se diagnosticaba cervi
citis erosiva al examen ginecológico.

Se practicaron 100 exámenes de citología vaginal durante un tiempo de cuatro meses, es decir de noviembre de 1967 a febrero pasado inclusive. El número de pacientes investigadas es muy limitado, y por lo tanto, no permite obtener algún dato de importancia. Consideramos, sin embargo, conveniente manifestar que casi todos los exámenes practicados fueron clase II y uno clase III. Las pacientes que dieron resultados clase II y III fueron vueltas a examinar y se les tomó otro Papanicolaou de control que dieron clase I como resultado..A continuación y en forma de cuadro anotamos los diversos resultados obtenidos en las citologías vaginales practicadas por nosotros.

Cuadro No. 2

Bacterias	Leucocitos	Tricomonas	Monilias	Cel. malignas	Tipo tercero	Adeno carcinoma
100	100	31	6	1?	1?	0
			I	II	III	IV
Grados papanicolaou "1"			97	2	1	0
						V
Citolisis ligera en 23 casos						

El cuadro anterior, nos demuestra también, que el examen citológico vaginal de Papanicolaou, también es útil para confirmar otros diagnósticos, como son de tricomoniasis y moniliasis vaginal, frecuentes en nuestro medio.

CONCLUSIONES:

1. La coincidencia de cáncer uterino y embarazo

es relativamente poco frecuente, ya que las edades promedios de ambas condiciones no coinciden.

El porcentaje encontrado en el Hospital Roosevelt

durante el quinquenio 1963-1967 es el 0.03%.

2. El diagnóstico de cáncer del cuello uterino

en mujeres embarazadas se enmascara por la ten-

dencia del médico a pensar más en complicaciones

del embarazo que producen hemorragia, que en cán-

cer. Sin embargo, la oportunidad del examen gine-

cológico y la visualización del cuello al espécu-

lo prestan una valiosa oportunidad para su diag-

nóstico.

3. La norma hospitalaria de atender en el pre-

natal a las pacientes del quinto mes en adelan-

te es un inconveniente muy grande. En los casos

presentados el diagnóstico se efectuó tardiamen-

te.

4. El pronóstico en los casos de carcinoma del cérvix

y embarazo es malo, ya que el crecimiento del tumor cervical se favorece por las modificaciones producidas en éste por el embarazo. El parto por las modificaciones que produce el cuello, predispone a metástasis y a su propagación. El cáncer complica el embarazo con abortos, partos prematuros y partos operatorios.

5.- El tratamiento del cáncer del cuello uterino en pacientes grávidas es complejo. La urgencia del tratamiento del neoplasma se encuentra obstaculizado por la existencia del feto y la importancia humana que éste significa.

6.- La serie analizada es muy pequeña. De los veinte casos de madres existentes solo 12 fueron seguidas y su vigilancia es muy corta; lo que no permite obtener resultados valederos.

7.- La evolución de los niños obtenidos es satisfactoria, pues 10 viven en buenas condiciones, so-

lo uno falleció intraparto y el otro fue un aborto.

8.- La vigilancia posterior de nuestras pacientes es difícil ya que aún con la visita domiciliaria no fue posible encontrar a ocho de 20 pacientes investigadas.

9.- El Estudio de nuestra Patología es una buena experiencia y es la única forma de conocernos nosotros mismos.

RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer propaganda para que las pacientes asistan a la consulta Prenatal y ellos sean aceptados desde el principio del embarazo para poder efectuar el diagnóstico de cáncer uterino más tempranamente.
- 2.- Orientar a las pacientes para que asistan con regularidad a las citas establecidas en consulta prenatal y hacer incapié en su examen post-natal.
- 3.- Estimular a los Estudiantes y Profesionales de la Medicina al análisis y estudio de nuestras condiciones patológicas.
- 4.- Recomendar la utilización amplia de citología vaginal y exámenes médicos cuidadosos para efectuar los distintos diagnósticos oportunamente.
- 5.- Practicar examen vaginal cuidadoso a toda pa-

ciente embarazada que asista al prenatal y en espe
cial a cualquiera que durante sus visitas presenta
síntomas vaginales, sea cual fuera la edad de la
preñez.

BIBLIOGRAFIA

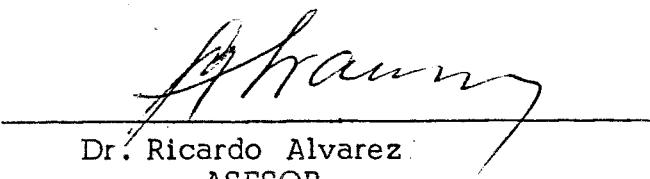
- 1.- Aguilar Meza, Ricardo y Rubén Aguilar Meza. Cáncer y placenta: hipótesis sobre una de las llaves del reino. Guatemala, 's.e.' 1949. 126 p.
- 2.- Beck, Alfred. Práctica de Obstetricia. Traducido por Alfonso Alvarez Bravo. México, La Prensa Médica Mexicana, 1965. pp 536-545.
- 3.- Bethancourt Fioravanti, Enio. Carcinoma del Cervix y embarazo. Guatemala, tesis Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1960. 43p.
- 4.- Boyd, William. Tratado de Patología general y anatomía patológica. Buenos Aires, Macagno Lan da, 1961. pp 697-708.
- 5.- Cabrera, Marco Antonio. Curso de Bacteriología. Guatemala, 's.e.' 1960. pp 1-23.
- 6.- De León Batres, Julio Roberto. Cáncer y embarazo. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1954. 36p.
- 7.- Eastman, Nicholson. Williams Obstetrics. 11th. ed. New York, Appleton Century Crofts, 1956, pp 607-617.
- 8.- Girón, Gil A. Microscopía. Buenos Aires, Editorial Hobby, 1954. pp 1-20.
- 9.- Greenhill, J.P. Principios de Obstetricia De Lee. Traducción de Oscar Carrera. México, Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, 1955. pp 663-667.

- 10.- Hoffman, Frederick L. Cáncer and Civilization. Bruselas, The Belgiam National Cancer Congress, 1923. p33.
- 11.- Lagrutta, José, Rubén Languens y Francisco Quijano. Cáncer del cuello uterino. Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1965. pp 17-221.
- 12.- Moragues Bernat, Jaime. Clínica Obstétrica. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. pp465-470.
- 13.- Novak, Edmund, George Jones and Anna Seegar. Tratado de ginecología. Philadelphia, Pa., W.B. Saunders, 1952. pp 219-253.
- 14.- Roger, G.H., F. Widal et P.J. Teissier. Noveaun Traité de medicine. París, Masson et Cie. 1922 pp 344-381.
- 15.- Rosenvasser, Eliseo B. Terapéutica Obstétrica; Tratado de Obstetricia para estudiantes y médicos prácticos. Buenos Aires. Talleres Gráficos Didot. 1962. pp 524-530.
- 16.- Rovinsky, Joseph y Alan F. Guttmacher. Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en el embarazo. 2a. ed. Traducido por José Rafael Blengio. México, Editorial Interamericana S.A. 1965. pp 245-249.
- 17.- Te Linde, Richard W. Ginecología Operatoria. 3a. ed. Traducido por Manuel Balaguer, Douglas J. Alexander y Carlos Eduardo MacFarlane. Buenos Aires, Editorial Bernades, S.A. 1966. pp457-460.
- 18.- Titus, Paul. Management of obstetric difficulties. St. Louis, The C.V. Mosby, 1965. pp 128-131.

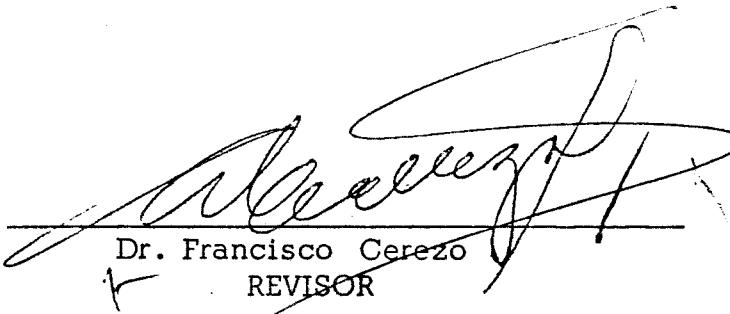
Ruth R. de Amaya
Vo.Bo. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.



Br. Jose Luis Aguirre Quinteros



Dr. Ricardo Alvarez
ASESOR



Dr. Francisco Cerezo
REVISOR