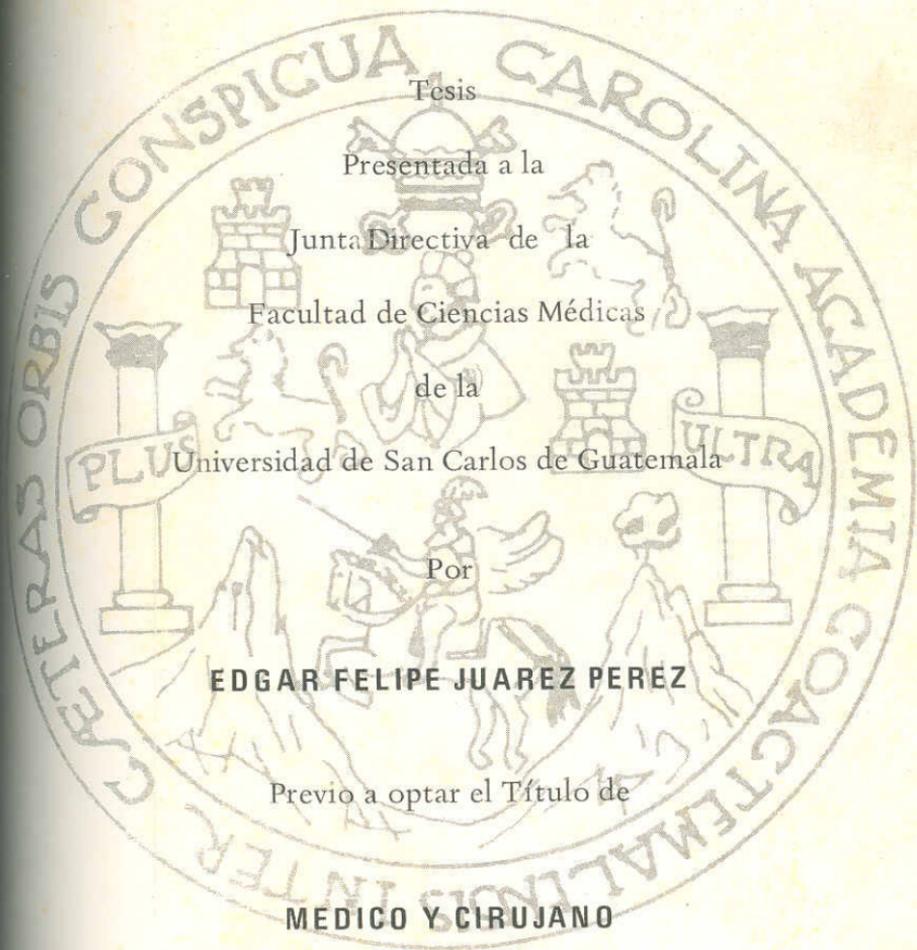


**CARCINOMA DE CERVIX ASOCIADO A PROLAPSO
UTERINO**



Tesis

Presentada a la

Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

EDGAR FELIPE JUAREZ PEREZ

Previo a optar el Título de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- 1) INTRODUCCION
- 2) OBJETIVOS
- 3) MATERIAL Y METODOS
- 4) CONSIDERACIONES GENERALES
- 5) DEFINICION:
 - a) Prolapso Uterino
 - b) Carcinoma de Cervix
- 6) RESULTADOS
- 7) CONCLUSIONES
- 8) RECOMENDACIONES
- 9) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Por el deseo de contribuir con un análisis retrospectivo a mejorar nuestro conocimiento sobre la estadística nacional en cuanto a la patología, que si bien es universal, no se presenta con una misma frecuencia en todas partes del mundo y logicamente nuestro medio no escapa a esas variaciones. El presente trabajo es el resultado de una investigación llevada a cabo para conocer en mejor forma el número de casos que tenemos de Prolapso Uterino y Carcinoma del Cuello Uterino.

No se logró obtener datos de un trabajo semejante en nuestro medio, por lo que creo que este estudio podría servir de base para futuras investigaciones.

Para la realización del estudio se tomó como punto de partida los libros de las Secciones de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, durante el período comprendido de 1970 a 1975, el ARchivo General y el Departamento de Patología.

Creo que es válido indicar que también la investigación bibliográfica podría parecer incompleta, pero no hay una literatura amplia sobre el tema en cuestión.

OBJETIVOS

- 1) Investigar la incidencia de Ca de Cervix, asociado a Prolapso Uterino en nuestro medio, comparándolo con la Literatura mundial.
- 2) Presentar una revisión bibliográfica sobre el tema.
- 3) Contribuir a la formación de estadísticas Nacionales.
- 4) Analizar la conducta de manejo y tratamiento de esta patología.
- 5) Insistir en la importancia del diagnóstico precoz del Ca de Cervix.
- 6) Demostrar la importancia del Dx Citohistológico en los casos sospechosos.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en las Secciones A y B de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, consistiendo en un estudio retrospectivo, para lo cual se hizo una revisión de los Libros de Control de Pacientes de dichas secciones, revisión de los historiales clínicos del Archivo General y revisión de los resultados Citohistológicos en el Dpto de Patología, en el período comprendido entre 1970 a 1975 inclusive.

Revisión del Index Medicus y libros de Texto de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Biblioteca Hospital General y libros particulares.

PRINCIPIOS GENERALES:

Weinlecher después de 1862 reportó que existían 180 casos de Cáncer del Cuello asociado a Prolapso Genital en la literatura mundial. (9)

Desde 1889 hay en la literatura mundial reportados 117 casos de Cáncer del Cuello Asociado a Prolapso Genital, en la forma siguiente:

Casos:	Autor y fecha
1	J. Williams (1888)
29	G. Pontow (1893)
1	W. Kurtz (1894)
1	J. Baker (1897)
3	W. Schmidt (1898)
1	H. R. Andrews (1910) (1923)
2	N. A. Macleod (1926)
3	G. Smigh W. P. Graves y F. A. Pemberton (1929)
1	L. Kraul (1929)
1	F. Delvaux (1931)
8	F. Delvaux (1931)
6	D. Guthrie y W. Bacha (1932)
2	H. Högles (1932)
3	Heider (1933)
1	W. F. Boukalik (1934)
4	F. V. Ennert y J. B. Taussig (1934)
	J. P. Tourneux (1934)
	L. Brady (1935)
	M; Basden (1937)
	R. A. Harvey y R. N. Ritchie (1943)
	E. A. Edwards y R. A. Beebe (1950)
	H. Fobe y M. Thiery (1955)
	H. Fobe y M. Thiery (1957)
	C. Mossetti y A. Russo (1958)

Desde 1962 a 1970 varios autores han reportado la incidencia de Cáncer del Cuello Insospechado asociado al Prolapso Genital, encontrando que dicho carcinoma se presenta en el 0.9o/o al 4.5o/o de los Prolapsos Genitales.

Vartman en 1955 después de una extensa revisión de literatura Alemana y Americana informó que la asociación de Prolapso Genital y Cáncer del Cervix es extremadamente rara, reportó 1 caso de prolapso con Ca de Vagina. Tres años después (1958), Rucker reportó 4 casos vistos en un período de 6 años. Él revisó Literatura Americana, Alemana y Francesa. En el período comprendido entre 1965 a 1970 en el hospital de Dundee. Se reportaron 8 casos de una serie de 38 Prolapso Uterino Grado III. (9) Díaz-Bazón indica un número asombrosamente alto de casos en San Salvador, que llega a ser casi el 20 o/o de todos los casos de la literatura mundial. (1)

DEFINICION:

Prolapso Genital más cáncer del Cervix, como su nombre lo indica, es un tipo de patología doble que coincidentemente se presenta muy pocas veces en los genitales femeninos. Su etiopatogenia es totalmente diferente y se acepta que el Prolapso predisponga al apareamiento posterior de Cada Cervix, por mayor exposición a traumatismos, porque la mayor parte de pacientes con prolapso son mujeres de más de 35 años, multíparas y por consiguiente vida sexual activa; condiciones a las que se les ha atribuído participar en la etiología del cáncer cervical. (1) Sin embargo, es un hecho notable que independientemente de la irritación crónica y la ulceración, el cáncer del cuello o de la vagina difícilmente se presenta alguna vez en casos de prolapso no tratado. Cuando se presenta los síntomas de prolapso desaparecen a medida que los tejidos se fijan. (2) A continuación por razones didácticas, se describe por separado los 2 tipos de patología:

PROLAPSO GENITAL:

El Prolapso, la Procidencia (del latín Procidere, caer) o el descenso hacia abajo de la vagina y del útero, es una complicación común e incapacitante. El Prolapso vaginal puede ocurrir sin prolapso uterino, pero el útero no puede descender sin arrastrar consigo la parte superior de la vagina. (2)

TIPOS:

Primer Grado:

Ligero descenso del útero, pero el cuello permanece dentro de la vagina.

Segundo Grado:

El cuello se proyecta a través de la vulva cuando la mujer hace esfuerzo o está de pie.

Tercer Grado:

(Procidencia Completa) el útero completo se prolapsa fuera de la vulva. La totalidad de la vagina, o al menos toda su pared anterior, está invertida. (1-2)

ETIOLOGIA:

Hay laxitud y atonía de los elementos musculares y aponeuróticos, lo que produce una distensión extrema del suelo pélvico, especialmente de los ligamentos Cardinales o Ligamentos de Mackenrodt, a nivel de la base de los ligamentos Anchos. Asociado a esto hay una extensa relajación vaginal y lesiones a nivel de la aponeurosis de la pared vaginal anterior y posterior, con formación de Cistocele y Rectocele. Se han reportado Prolapsos en mujeres jóvenes e incluso prolapsos congénitos, que obedecen aparentemente a una hernia del útero a través de un punto débil de la aponeurosis del suelo pélvico. (1-2)

FACTORES PREDISPONENTES:

- 1) Debilidad congénita o relativa al desarrollo de los soportes: Hay una debilidad inherente de los tejidos fibromusculares que permite la dilatación rápida del canal del parto. Explica el prolapso en multíparas y primíparas y nulíparas.
- 2) Cortedad de Vagina
- 3) Fondos de saco peritoneales uterovesical y uterorrectal profundos.

- 4) Retroversión uterina
- 5) Lesiones sufridas durante el parto.
- 6) Atrofia de los tejidos de soporte en el climaterio. (2)

SINTOMAS:

Hasta el prolapso más completo puede no presentar más síntoma que la molestia producida por la protrusión mecánica del útero. La mayoría presentan sensación de pesadez a nivel del bajo vientre, dorsalgia ligera, leucorrea ocasionalmente, cuando hay ulceración; molestias urinarias tales como polaquiuria, dificultad en vaciar la vejiga, incontinencia de esfuerzo. (1)

DIAGNOSTICO:

Desde el punto de vista de los signos, hay que distinguirlo de:

- a) Tur or vulvar y cualquier tumor polipoide que se proyecta por la vulva al esfuerzo.
- b) Pólipo cervical y carúncula uretral.
- c) Hipertrofia y elongación del cuello.

Desde el punto de vista de los Síntomas:

- a) Venas varicosas de la vulva o de la vagina, Hemorroides y Prolapso rectal.
- b) Congestión de la vagina, asociada con vaginitis que de una sensación de pesadez o plenitud.
- c) Todas las causas de lumbalgia.
- d) Todas las causas de síntomas vesicales. (2)

TRATAMIENTO

Depende de la edad de la paciente, estado marital, estado general, grado de prolapso, ausencia o presencia de procesos patológicos asociados. A continuación se describen algunas técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento del prolapso.

1) Histerectomía Vaginal:

Es la que brinda mejores resultados además de suprimir procesos malignos de cuello y útero. (1)

2) Operación de Fothergill o de Manchester:

Consiste esencialmente en la sutura de los ligamentos cardinales ya cortados y otros tejidos paracervicales frente al muñón del cuello, lo cual tiene el efecto de tensar los ligamentos cardinales y de mantener la anteversión uterina y alarga también la pared vaginal anterior. (2-5) Se utiliza principalmente cuando hay cistocele voluminoso, debe ir precedida de un raspado para excluir proceso maligno. Util en mujeres de edad avanzada y de mal pronóstico. (1)

3) Colpocleísis (Le Fort):

Consiste en la obliteración parcial de la luz vaginal mediante la creación de un tabique entre las paredes vaginales anterior y posterior. Util en casos de procidencia masiva, fracaso de otras intervenciones, mujeres ancianas, enfermedades crónicas asociadas que contraindiquen un procedimiento más amplio. (1, 2, 5)

CARCINOMA DEL CERVIX

El Carcinoma de Cervix, es indudablemente la forma de Neoplasia mejor estudiada en términos de evolución y biología.

Por ser lesión susceptible de observarse y someterse a Biopsia, se tienen más datos acerca de las etapas incipientes que de cualquier otra variante de cáncer en el organismo, (3). Sin embargo no se conoce aún, su evolución natural; la precisión diagnóstica está muy lejos de la proporción 100 por 100; el estudio histopatológico tiene sus limitaciones (6).

Etiología:

En sentido biológico se desconoce, como en todo cáncer, la causa del carcinoma del cuello. Se han analizado diversos factores que participan o predisponen a la aparición del mismo, a saber:

Edad:

Puede ocurrir a cualquier edad, pero se presenta frecuentemente a principios del tercer decenio, alcanzando su máximo a los 55-59 años y después disminuye (2,3).

Coito:

Se ha visto que el riesgo de cáncer cervical aumenta con el matrimonio temprano o el primer coito en edades tempranas; indican que de los 15 a los 20 años el período-susceptible en que la primera relación sexual y las siguientes predisponen al cáncer con posterioridad. Muchos investigadores sugieren que el pene o el semen son carcinógenos, pero el factor más importante es el Esmegma localizado debajo del prepucio de varones incircuncisos. Esto explica en parte el por qué el Ca de Cervix es muy poco frecuente en Judías y en mujeres vírgenes (1,2,3)

Embarazos:

La probabilidad de que una mujer múltipara desarrolle cáncer cervical en cualquier año es de 1 en 1000-2000. Sin

embargo no está demostrado que la gestación sea un factor etiológico (3).

Estado Socioeconómico:

La enfermedad prevalece más entre las mujeres que viven en condiciones precarias, con mala educación sexual y pésimas condiciones higiénicas. La influencia del ambiente puede explicar también por qué las mujeres Africanas, que en sus condiciones naturales están relativamente libres de la enfermedad, se vuelven muy susceptibles cuando viven en la promiscuidad de la civilización (3)

Virus:

Josey y col. han comprobado que el virus del Herpes Simple, especialmente de tipo 2, muchas veces se asocia con carcinoma Epidermoide del Cuello (1) pero en teoría todo agente que contenga DNA puede producir transformación de la unión plano-cilíndrica activada. (6) El epitelio cilíndrico está ya establecido en el Ectocervix durante el desarrollo en 70o/o de los fetos femeninos, está expuesto al ambiente vaginal, después de la pubertad se vuelve ácido lo que altera el metabolismo celular y el estímulo principal de la metaplasia escamosa; por estudios histopatológicos se confirmó que durante este proceso, las células metaplásicas activadas fagocitan bacterias, virus, o cualquier otra partícula existente en vagina, a continuación puede progresar hasta la estratificación y la diferenciación completas, o puede verse alterada para que ocurran cambios displásicos o neoplásicos. A falta de un mutágeno en vagina en el momento de la metaplasia incipiente, ocurre metaplasia y maduración escamosa normal del epitelio (6).

Inmunidad:

Coppleson y Reid, sugieren que el progreso neoplásico del cuello, puede estar relacionado con factores inmunobiológicos

del huésped: Respuesta Inmunobiológica normal del huésped, los cambios delulares permanecen estáticos por tiempo indefinido; en tanto que la paciente con respuesta pobre, la lesión puede progresar hacia displasia, carcinoma In Situ o Carcinoma Invasor. Hay alta incidencia de neoplasia en pacientes con tratamiento inmunosupresor (6).

TIPOS ANATOMOPATOLOGICOS:

Hay dos tipos de cáncer cervical que nacen de las dos capas de epitelio que recubren el cuello: a) Epitelio Pavimentoso Estratificado, b) Epitelio Cilíndrico.

- 1) Cáncer de Células Pavimentosas (EPIDERMOIDE)
- 2) Cáncer de Células Cilíndricas (ADENOCARCINOMA) (1, 2, 3, 4)

Hay tumores que tienen ambos componentes celulares y reciben el nombre de:

- 1) ADENOACANTOMAS

Además existen otros tumores en el Cervix que son sumamente raros: (4)

- 1) Carcinoma Verrucoso
- 2) Carcinoma Mesonéfrico
- 3) Sarcoma Botriodes
- 4) Linfoma Primario
- 5) Linfosarcoma
- 6) Infiltración de Células Leucémicas
- 7) Leiomiomas

Carcinoma Epidermoide:

Epitelio Escamoso: Es liso, sonrosado, sin características específicas, no tiene epitelio cilíndrico, secreción de moco, hendiduras o quistes de Noboth. (6)

Epitelio Cilíndrico: Tiene superficie irregular una sola capa de células altas productoras de moco, papilas largas de estroma y hendiduras profundas. (6)

Zonas de Transformación: Area entre el epitelio escamoso original y epitelio cilíndrico, presenta epitelio metaplásico con grados variables de maduración; cuando está bien diferenciado es casi indistinguible del epitelio escamoso original. (6)

El Carcinoma Epidermoide es el más común de las neoplasias cervicales, se ha creído que se origina en la unión Plano-Cilíndrica. Desde el punto de vista colposcópico se ha demostrado de manera concluyente que ocurren neoplasias cervicales como resultado de metaplasia típica en la zona cubierta originalmente por epitelio cilíndrico es decir, se desarrolla dentro de la unión Escamocilíndrica y no en el epitelio escamoso original, ya que éstos probablemente tengan origen primario en vagina (6).

Se puede presentar en forma Pre-Invasiva e Invasiva:

Pre-Invasiva:

Sinonimia: Ca In Situ
Ca Intraepitelial
Enfermedad de Bowen

Corresponde a la etapa 0 de la clasificación clínica de la FIGO. Muestra todos los aspectos de malignidad, excepto en que la estroma subyacente al epitelio no está invadida en ningún punto (2-4) Durante los últimos años la frecuencia de displasia y Carcinoma In Situ en adolescentes ha alcanzado proporciones casi epidémicas. Puede evolucionar hacia formas más graves, quedarse estático por largo tiempo o bien presentar regresión espontánea. (7)

Invasiva:

Se refiere a la invasión del Estroma. Dependiendo de la profundidad de la invasión se divide en Microinvasor Francamente Invasor.

Micro Invasor:

Corresponde a la etapa IA de la Clasificación de la FIGO, consiste en la invasión incipiente del estroma, aceptándose de 1 a 5 mm, sin afección linfática o vascular. Sin embargo otros consideran esta etapa unicamente con 1 mm de invasión, ya que de 2 mm en adelante pueden estar tomados linfáticos y vasos, correspondiendo esto a la etapa IB (7)

Francamente Invasor:

Comprende las etapas IB a IV de la clasificación de la FIGO. Es decir cuando hay invasión del estroma de más de 1 mm hasta carcinoma metastático. Para llegar a una clasificación exacta han sugerido Laparotomía Exploradora ya que por simple palpación es difícil distinguir una neoplasia infiltrante (7)

Adenocarcinoma:

Representa el 50/o de los carcinomas del cervix, es de tipo ulcerativo y nace en el Endocervix; sus células son esencialmente de forma cilíndrica, pueden contener mucina y formar ácido. El aspecto y evolución son semejantes a los de las lesiones epidermoides. Algunos se originan en el conducto de Wolf y se denominan Mesonefromas. Aun que por lo general se inicia dentro del conducto cervical, la lesión primaria puede asentar en el orificio externo o próxima a él, formando en etapas avanzadas una vegetación de gran tamaño a nivel de la superficie vaginal del cuello. (1,2,3,4)

Adenoacantoma:

También llamado Carcinoma Adenoescamoso del cuello, Adenoepitelioma. Esta compuesto de células escamosas y células cilíndricas. Puede ser primario o bien secundario a un carcinoma del Endometrio. Según algunos autores este tipo de cáncer tiende a ocurrir durante el embarazo y de ello depende el porcentaje desproporcionadamente alto de cánceres cervicales que hay en este grupo de mujeres. (1,3)

Carcinoma Verrucoso:

Se origina en el cervix, es una variante peculiar del carcinoma del cervix, que ha sido descrito ocasionalmente bajo la idea de papiloma benigno (4).

Carcinoma Mesonéfrico:

Se origina en el conducto Mesonéfrico y puede aparecer en el cervix. Presenta células grandes con citoplasma claro y una sola capa de proyecciones papilares o una línea de pequeños espacios quísticos. Se menciona que el cervix es el sitio más común extraovárico de carcinoma Mesonéfrico. Ha sido descrito en todos los grupos de edad desde la infancia a la senilidad. Es el cáncer del cervix más común en niñas (4).

Carcinoma Metastático:

El sitio extragenital más frecuente de origen de tumores metastáticos para el cervix es la Mama y Estómago. Koos ha ilustrado los hallazgos citológicos en carcinoma Metastático de Mama, Recto y Ovario. El Melanoma Maligno Metastático puede invadir a cervix.

Sarcoma Botriodes:

Extraordinariamente raro, puede afectar el cuello, pero la mayor parte de ellos se origina en la vagina (1,4).

Linfoma:

(4) Sumamente raro se puede presentar en el cuello Uterino.

Linfosarcoma:

Se presentó como la lesión primaria en una serie del Hospital San Louis. Además han sido descritos otros tumores raros, tales como Enfermedad de Hokdking limitada al útero y cervix por Nesiell. Han descrito Infiltración de células Leucémicas en el cervix y por último se han descrito también ocasionalmente Leiomiomas del cervix (4)

CLASIFICACION DEL CANCER CERVICAL POR ETAPAS:

Es necesario tener un método para la valoración de las pacientes con cáncer cervical, con el objeto de definir la extensión de la enfermedad y decidir el mejor tratamiento. El primer método fue establecido en 1928 y clarificado en 1938 comprendiendo las etapas I a IV. En la etapa I incluía cáncer In Situ, Preinvasivo y Francamente Invasivo. En 1950 se estableció la etapa 0 para el carcinoma In Situ y fué revisada y aceptada por la FIGO en 1974, siendo la que actualmente se usa. (7)

Etapa 0:

Carcinoma In Situ, Ca. Intraepitelial.

Etapa I:

Ca. estrictamente confinado al cuello uterino (no debe pensarse en extensión hacia el cuerpo)

Ia: Ca. MicroInvasor (Invasión incipiente del estroma)

Ib: Todos los otros casos de la etapa I. Debe señalarse con las siglas OC al cáncer oculto.

Etapa II:

El Ca. se extiende más allá del cuello, pero no ha llegado hasta la pared pélvica. El Ca. abarca la Vagina, pero no en su tercio inferior.

Ila: No hay invasión manifiesta de parametrios.

Ilb: Invasión manifiesta de parametrios.

Etapa III:

El Ca se ha extendido hasta la pared pélvica. En la exploración rectal no hay espacios libres de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor abarca el tercio inferior de Vagina. Todos los casos con Hidronefrosis o Riñón no funcionando.

IIIa: Sin extensión hacia la pared pélvica.

IIIb: Extensión hacia la pared pélvica o Hidronefrosis, riñón no funcionando o ambos.

Etapa IV:

El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha abarcado, desde el punto de vista clínico, la

mucosa de vejiga o recto. El edema buloso de este tipo no permite que el caso se considere de la etapa IV.

IVa: Invasión del crecimiento hacia los órganos adyacentes.

IVb: Extensión hacia órganos distantes.

Esta es una clasificación clínica que no siempre se adapta a las pacientes tratadas por medios quirúrgicos y que además no da un diagnóstico 100% seguro de la verdadera etapa del cáncer cervical; en vista de lo anterior se propuso una clasificación quirúrgica y patológica basada en exámen histológico de tumor primario, tejidos paravaginales, paracervicales, y ganglios linfáticos parametriales y externos de la pared pélvica extirpados en el momento de la operación radical. (7)

CLASIFICACION QUIRURGICA Y PATOLOGICA DE MEIGS-BRUNSCHWIG:

Clase O:

Carcinoma In Situ, conocido también como carcinoma preinvasor, Ca Intraepitelial, MicroCarcinoma.

Clase A:

El Ca. está confinado estrictamente al cuello uterino.

Clase Ao:

Después de una biopsia positiva de Ca infiltrante, no se encuentra tumor el cuello del ejemplar quirúrgico.

Clase B:

El Ca se extiende desde el cuello hasta abarcar la vagina, salvo su tercio inferior. El Ca se extiende hacia el cuerpo. El Ca. puede abarcar la parte superior de la vagina y el cuerpo uterino. La extensión vaginal o uterina, o ambas, pueden consistir en diseminación directa o ser de tipo metastático.

Clase C:

El Ca ha invadido el tejido paracervical o paravaginal, o ambos, por extensión directa a través de los vasos linfáticos, o ha invadido a los ganglios dentro de los tejidos. Existen metástasis vaginales o ambas, en el tercio inferior de la vagina.

Clase D:

Invasión de vasos y ganglios linfáticos más allá de las regiones paracervical o paravaginal. En esta invasión se incluyen todos los vasos o ganglios linfáticos de la pelvis verdadera, salvo los descritos en la clase C. Metástasis hacia ovario o trompa uterina.

Clase E:

El Ca ha penetrado serosa, capa muscular o capa mucosa de vejiga, colon, recto o de los tres órganos señalados.

Clase F:

El Ca abarca la pared pélvica (Aponeurosis, músculo, hueso, plexo sacro o todos estos tejidos).

METODOS DIAGNOSTICOS:

En 1950 se estableció el diagnóstico precoz, basándose principalmente en la aceptación del método citológico de Papanicolaou y del concepto de carcinoma In Situ. (8) Sin embargo hay que tomar una historia clínica cuidadosa por lo que se refiere a hemorragia intermenstruales, palpar cuidadosamente el cuello y exámen con espéculo. (1, 2, 4)

Citología Exfoliativa:

Se basa en el hecho de que las células superficiales se desprenden continuamente del epitelio de revestimiento del tracto genital, y pueden colectarse y examinarse para observar si muestran evidencia histológica de una actividad anormal o maligna. Las muestras del fondo vaginal pueden obtenerse mediante una Pipeta, Asa de Platino, Paleta de madera, Rotación de Cepillos Intrauterinos, por Irrigación y Aspiración a ciegas con Pipeta o mediante la inserción de taponos especialmente preparados, esta técnica se conoce como Papanicolaou. Las muestras cervicales se obtienen mediante el raspado del orificio externo del cuello y de la parte inferior del endocervix, con una espátula de madera, esto se conoce como técnica de raspado de Ayre. Se puede también utilizar la técnica de Shorr y para una impresión clínica inmediata puede teñirse el preparado fresco con un método rápido (por ejemplo, Fakoff o examinarse directamente al microscopio.)

Los carcinomas tempranos y las displasias graves se descubren cerca de la unión plano-cilíndrica, escondidos a la vista del clínico pero fácilmente accesibles al exámen celular adecuado. Las lesiones en el exocervix de la porción vaginal son visibles para la biopsia, pero los dos primeros centímetros del conducto endocervical cerca del orificio externo son los que deben examinarse con cuidado citológicamente en busca de lesiones. (1-2)

Prueba de Schiller:

La aplicación de una solución de yodo (gram o Lugol) en cuello uterino puede mostrar epitelio normal de color caoba mientras que las zonas cancerosas quedan sin teñir y netamente limitadas. Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y, por lo tanto, no toma el yodo como el epitelio normal del cuello, o de la vagina, que son ricos en glucógeno. No es de mucha utilidad ya que procesos inflamatorios, traumatismos y otros pueden alterar la prueba (1).

Colposcopia:

Anteriormente la colposcopia fue utilizada únicamente por unos cuantos profesionistas entusiastas, ya que fue considerado como un procedimiento confundente, tardado, poco digno de confianza y costoso. Sin embargo ha logrado gran interés y utilización en los últimos años (6).

El Colposcopio es un instrumento gracias al cual puede observarse el cuello en plena luz con aumento de 10 por 40 X. Tiene el inconveniente de que sólo permite examinar la parte visible del cuello (1); por lo tanto es imposible descubrir por medio de la misma una lesión profunda del conducto endocervical, porque no es visible la unión escamocilíndrica y se requieren en este caso otros procedimientos diagnósticos (6). La técnica consiste en limpiar con un hisopo de algodón, estudiar cuidadosamente el cuello primero con iluminación normal, luego con filtro verde para mejorar la visualización de las imágenes vasculares. El cuello se limpia después con una solución de ácido acético al 3 por ciento, que permite una mejor visualización del epitelio cilíndrico y la unión plano-cilíndrica (1)

Los datos colposcópicos pueden ser: Normales, Anormales, Insatisfactorios y otros.

Datos Normales: Epitelio Escamoso Original, Epitelio Cilíndrico, Zona de Transformación.

Datos Anormales: Zona Atípica de Transformación, Epitelio Blanco, Puntuación, Mosaico, Leucoplasia, Vasos Sanguíneos anormales, sospecha de Cáncer Invasor.

Datos Insatisfactorios: Todos aquellos en que no se puede ver la unión escamocilíndrica.

Datos Varios: Vaginitis, Erosión moderada, Epitelio atrófico, Condilomas, Papilomas (6).

BIOPSIA:

Se utiliza especialmente en cada caso donde los signos o los síntomas levanten la más ligera sospecha y más aún si el frotis ha reportado células malignas. Se utiliza la técnica de la Biopsia múltiple en Taladro, en general con cuatro mordidas de la pinza a las 12, las 3, las 6 y a las 9 del reloj de la circunferencia cervical a nivel de la unión planocilíndrica. Hay varios tipos de pinzas, de los cuales se puede mencionar la de tipo Gaylord. Se ha discutido acerca de el peligro de diseminar el cáncer al efectuar la biopsia, sin embargo no es de mucha importancia ya que mediante ella se puede decidir el tratamiento más temprano. (1-2)

Conización:

Hay dos tipos: Conización en Frío y Conización en Caliente. La que más se usa es la conización en Frío y sirve no sólo para establecer el diagnóstico del cáncer In Situ, sino para detectar el Cáncer Invasor. Además de ser un método diagnóstico, en muchos de los casos es también terapéutica, ya que con ella se puede extirpar por completo un proceso neoplásico localizado al cuello. (1, 2, 5)

Además se utilizan otros métodos diagnósticos auxiliares para descartar las metástasis: (7-8).

- a) Pielografía Intravenosa
- b) Proctosigmoidoscopia
- c) Cistoscopia
- d) Rx Pulmones
- e) Lgrado Endocervical
- f) Linfograffa
- g) Arteriografía.

TRATAMIENTO:

a) Tratamiento de Displasia y Ca In Situ:

No hay un consenso general sobre el Tratamiento adecuado de la paciente con Neoplasia Preinvasora Preclínica del Cuello (8). Sin embargo todos están de acuerdo en que el tratamiento debe ser quirúrgico. La Irradiación es capaz de curar todos los casos, excepto el pequeño grupo de los radiorresistente, pero también induce la menopausia y no permite la evaluación microscópica posterior de los tejidos. (1-2-4)

Como el Cáncer In Situ es una enfermedad localizada Younger, Kottmeier y otros ginecólogos, sugieren la amputación del cuello o bien Conización para circunstancias especiales, por ejemplo mujeres jóvenes deseadas de tener hijos, quedando sujetas a controles periódicos, ya que una parte 10 al 20o/o de ellas quedan con enfermedad residual y por lo tanto candidatas a tratamiento quirúrgico posterior (1). Si después de Conización hay embarazo, existe la duda si se reiniciará la enfermedad, además si el Cono ha sido amplio es posible que sobrevenga aborto, o bien que haya distocia de cuello en el momento del parto, por lo que en estos casos se recomienda la operación Cesárea Electiva (2).

Richart y Seiarra observaron que el Electrocauterio es eficaz para tratar la Displasia Incipiente del cuello; pero tiene el inconveniente de provocar dolor y malestar en la paciente. (8, 1)

Koss y Col. efectuaron un estudio con Supositorios de Tetraciclina, pero no obtuvieron una respuesta satisfactoria. (8).

Se ha reportado que la CRIOCIRUGIA (congelación de tejido) a -60°C durante 3 minutos podría ser un método eficaz para el tratamiento de Cáncer In Situ. En un estudio de 20 pacientes, en 19 hubo regresión a la normalidad, una persistió sin cambios y ninguna progresó a formas más graves. El grupo control estaba formado por 21 pacientes de las cuales 7 progresaron a formas más graves de Ca. La Congelación Doble consiste en una Congelación de 3'a -60°C seguida de un descanso de 5' y a continuación otra congelación a la misma temperatura por el mismo tiempo. Esto da resultados más satisfactorios. Reportan que con estas técnicas hay un fracaso de 9 a 22o/o la cual es mucha más baja que después de Conización. Es un procedimiento bien tolerado por la paciente y económicamente cómodo. (8). Sin embargo refieren que el tratamiento para mujeres que han completado su familia, sigue siendo la Histerectomía (8), incluyendo o no un segmento adecuado de la túnica vaginal (1,2) conservando uno o ambos ovarios en la mujer joven (1), no así en premenopáusicas (2). Algunos recomiendan la Histerectomía cuando se trate de pacientes que posiblemente no asistirán a controles posteriores post-operatorios.

b) Tratamiento del Cáncer MicroInvasor:

Ya se mencionó que Ca Microinvasor es aquel en el cual hay invasión incipiente del Estroma. Cuando la lesión tiene hasta 3 mm de profundidad, con solo focos limitados de invasión del Estroma, se practica Histerectomía Vaginal o Abdominal con conservación de los Ovarios. La extirpación de un segmento importante de vagina en algunos casos y no en otros no ha afectado el pronóstico.

Cuando la penetración de los focos invasores de células es de 3 a 5 mm de profundidad, en particular si son confluentes, se efectúa Histerectomía Radical y Linfadenectomía pélvica.

Cuando están invadidos los conductos Linfáticos o Vasculares, sin tomar en cuenta la profundidad, se recurre al tratamiento radical. (8).

c) **Tratamiento del Ca. Francamente Invasor:**

En la actualidad no se ha descrito un tratamiento unificado para el Ca. Invasivo del Cervix; está todavía sujeto a opiniones y prácticas diferentes. (1). Anteriormente el único tratamiento era la Cirugía radical y en casos inoperables se recurría a medidas paliativas, como Acetona, Cauterío y Hierro de Soldar. Luego vino la era de la Irradiación, que ha dado muy buenos resultados, y es principalmente aplicable a pacientes obesas, de edad avanzada y de mal pronóstico (1,2,8); se ha experimentado con drogas anticancerosas como Metrotexato, 5-Fluoracilo, Cyclofosfamida (Endoxan), Actinomucin D (Cosmegen), Bleomycin, Vincristina (Oncovin) (11). Sin embargo como se dijo no hay un consenso general. En los últimos años, algunos investigadores, entre ellos Nelson y col. han sugerido que se efectúe un estudio de Laparotomía Exploradora, después de la valoración clínica, para definir con precisión la extensión de la enfermedad cervical y proporcionar un mejor tratamiento a cada caso (8).

RESULTADOS

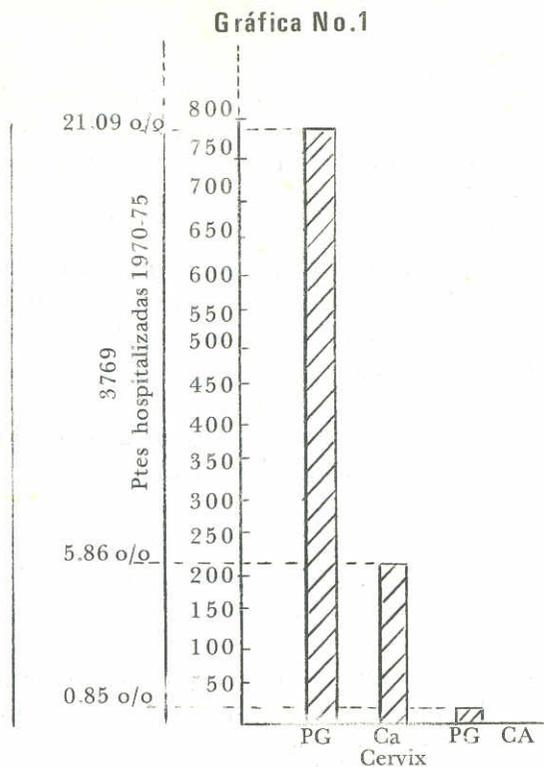
El número total de pacientes hospitalizadas en las Secciones A y B de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios en el período comprendido de 1970 a 1975 fue de: 3769, que corresponde al 100o/o.

El número total de Prolapsos Uterinos de Grado 1 a Total con o sin asociación a Cisto-Rectocele o Cáncer de Cervix, fue de: 795 que corresponden al 21.09o/o del total de pacientes hospitalizadas. De los cuales:

- a) 715 fueron intervenidos quirúrgicamente ya sea con Histerectomía Vaginal o bien Histerectomía Abdominal.
- b) 71 no fueron operadas, ya sea porque presentaron patología asociada que contraindicaba el acto quirúrgico o bien porque rehusaron tratamiento.
- c) 9 fueron intervenidas con otros procedimientos tales como Ligamentopexia, Operación de Manchester y Lefort.

El número total de Carcinoma del Cervix con o sin Prolapso Uterino fue de 221, lo que representa el 5.86 por ciento del total de pacientes hospitalizadas.

El número de Prolapsos Uterinos asociados a Cáncer del Cervix fue de 22, lo que representa el 0.85o/o del total de pacientes hospitalizadas.



El 9.95 o/o de los Carcinomas del Cervix, se presentaron asociados a Prolapso Uterino.

$$\begin{aligned} \text{P.U. + Ca. de Cervix} &= 22 \\ \text{Carcinoma del Cervix} &= 221 \\ &= 9.95\text{o/o} \end{aligned}$$

El 2.76o/o de los Prolapsos Uterinos, se presentaron asociados a Carcinoma del Cervix.

$$\begin{aligned} \text{P.U. + Ca. de Cervix} &= 22 \\ &= 2.76\text{o/o} \\ \text{Prolapsos Uterinos} &= 795 \end{aligned}$$

Los datos que a continuación se describen corresponden a las 22 pacientes que presentaron Prolapso Uterino asociado a Cáncer del Cervix.

EDAD:

El período comprendido entre 31 a 40 años fue el más afectado por esta patología, representando el 40.95o/o.

Tabla No. 1

Edad	Ptes		
20 - 30	= 2	=	9.09
31 - 40	= 9	=	40.95
41 - 50	= 4	=	18.18
51 - 60	= 4	=	18.18
61 - 70	= 2	=	9.09
71 - 80	= 1	=	4.54

OCCUPACION:

El 100o/o de las pacientes se dedica unicamente a oficios domésticos.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

- Menarquia
- Ritmo Menstrual
- Menopausia
- Embarazos
- Paridad.

MENARQUIA:

La edad más frecuente en que apareció la menarquia fue en 14 y 15 años, con un porcentaje de 59.09o/o.

Distribución por edades:

Tabla No. 2

12 años	=	4
13 años	=	2
14 años	=	6
15 años	=	7
16 años	=	1
17 años	=	1
18 años	=	1

RITMO MENSTRUAL:

El 100o/o de las pacientes presentaron ritmo menstrual regular, con períodos de cada 30 días, con duración de 3 a 5 días.

MENOPAUSIA:

De las 22 pacientes, 12 estaban en época menopáusica correspondiendo al 54o/o de las mismas. No hubo grupo etario predominante. La distribución por edades es como sigue:

Tabla No. 3

30 - 33	años	=	1
34 - 37	años	=	3
38 - 41	años	=	2
42 - 45	años	=	2
46 - 50	años	=	3
51 - 54	años	=	0
55 - 58	años	=	1

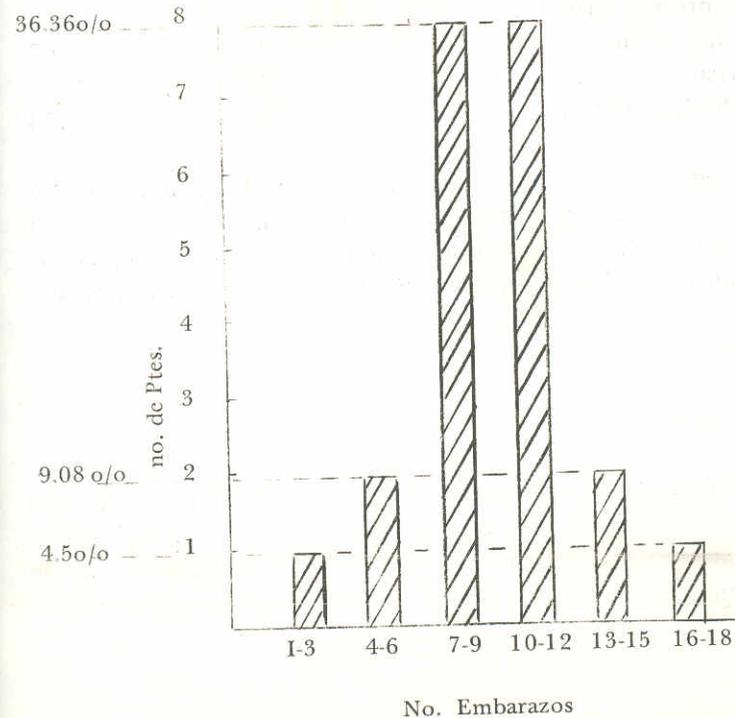
EMBARAZOS:

En 16 de las 22 pacientes o sea el 72.72o/o se observó un elevado número de embarazos, que en este caso oscila entre 7 y 12 embarazos, ver tabla No. 4 y gráfica No. 2.

Tabla No. 4

No. Embarazos	Ptes.	o/o
1 - 3	1	4.54
4 - 6	2	9.08
7 - 9	8	36.36
10 - 12	8	36.36 = 72.72o/o
13 - 15	2	9.08
16 - 18	1	4.54

Gráfica No. 2



PARIDAD:

Este inciso hace mención del número de partos ya sea Eutócicos o bien Distócicos, de las pacientes estudiadas. El 50o/o o sea 11 de las mismas fueron grandes multíparas, teniendo un número de partos que oscilan entre 7 y 9. Se comprobó que el 100o/o de las pacientes tuvo solo partos Eutócicos simples.

SINTOMATOLOGIA:

Tabla No. 5

	Síntomas	Casos	o/o
a)	Masa Protruyente por Vagina	11	50.00
b)	Dolor Abdominal	14	63.63
c)	Hemorragia Vaginal	9	40.90
d)	Flujo Vaginal fétido o no	6	27.27
e)	Síntomas Urinarios	4	18.18
f)	Dispareunia	2	9.09
g)	Asintomáticas	2	9.09
h)	Pérdida de peso	1	4.54

Como se observa los síntomas se circunscriben a región abdominal, genitales y vías de excreción urinaria. A continuación se describirá cada síntoma por separado por razones didácticas, ya que uno o varios de ellos se pueden presentar en la misma paciente.

Dolor Abdominal:

Este síntoma se observó en 14 de las 22 pacientes que corresponden al 63.63o/o, con tiempo de evolución que osciló entre 1 mes y 5 años. Dicho dolor fué referido principalmente en Hipogastrio, Fosas Ilíacas, siendo de tipo constante y sordo, algunas refieren como sensación de pesadez.

Masa Protruyente por Vagina:

Se observa que 11 pacientes que corresponden al 50o/o, presentaron dicho problema, con tiempo de evolución entre 1 y 11 años. Este periodo de evolución tan largo se debe a que en período incipiente el prolapso no provoca mayores problemas y las pacientes solo consultan al médico cuando tienen otros síntomas asociados, tales como molestias urinarias, dolor abdominal o dispareunia. La mayoría de las pacientes refieren que el prolapso se presentó despues de algún parto, ya sea el último o no, o "también despues de alguna caída con repercusión en las caderas".

HEMORRAGIA VAGINAL:

Este síntoma fué encontrado en 9 de las 22 pacientes, lo que corresponde al 40.90o/o. De tales pacientes 5 pertenecen al grupo de menopáusicas. El tiempo de evolución osciló entre 8 días y 5 años.

FLUJO VAGINAL:

Se encuentra en 6 de las pacientes lo que corresponde al 27.27o/o. El tiempo de evolución osciló entre 15 días y 7 años.

SINTOMAS URINARIOS:

Se encontró en 4 de las pacientes correspondientes al 18.18o/o. Tales síntomas fueron de tipo Disuria y Polaquiuria. Vale hacer mención que la mayoría de las pacientes presenta también Cistocele a lo que podría atribuirsele dichas molestias.

DISPAREUNIA:

Unicamente se encontró en 2 pacientes que corresponden al 9.09o/o. Este síntoma también se le puede atribuir al

Cisto-Rectocele, al prolapso en sí o bien a la falta de lubricación vaginal.

ASINTOMATICAS:

Se encontraron 2 pacientes totalmente asintomáticas con Prolapso Uterino Grado 1 y que en exámen de Papanicolau de rutina se les detectó patología cervical tipo Neoplasia, por lo que fueron referidas a la Sección de Ginecología de este hospital.

PERDIDA DE PESO:

Se encontró únicamente en una paciente, que corresponde al 4.54o/o.

HALLAZGOS CLINICOS:

Concordaron con Prolapso Genital, Cisto-Rectocele, Flujo Vaginal, Hemorragia Vaginal, con la misma frecuencia mencionada para la sintomatología.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

Tabla No. 6

IC	Casos	o/o
P.U. G.I	4	18.18
P.U. G.II	7	31.80
P.U. G.III	11	49.04
(total)		

Además del Prolapso, todas las pacientes presentaron otra patología asociada tal como Cisto-Rectocele, Uretrocele,

sospecha de Cáncer del Cuello; las cuales se describen a continuación:

P.U. + Cisto-Rectocele + Ca. Sospechoso	6
P.U. + Cistocele + Ca. Sospechoso	1
P.U. + Ulceración + Ca. Sospechoso	5
P.U. + Cáncer del Cuello	3
P.U. + Cisto-Rectocele	5
P.U. + Uretro-Cistocele	2

El 100o/o de las pacientes ingresó con IC de Prolapso Uterino de Grado I a Prolapso Grado III o Total; de los cuales 3 pacientes que corresponden al 13.63o/o ya con Diagnóstico de Cáncer del Cervix por Papanicolau. 12 pacientes que corresponden al 54.54o/o con Sospecha de Cáncer del Cervix; el resto de las pacientes tuvo otra patología asociada tal como Cisto-Rectocele, Uretrocele. Lo que significa que el diagnóstico de Cáncer del Cervix se hizo en el período de hospitalización Pre-Operatorio y en 3 de los casos el diagnóstico se hizo en el período Post-Operatorio ya que no se les investigó previamente.

MÉTODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS:

a) Papanicolau	10
b) Biopsia	7
c) Conización	10

A continuación se hace distribución de dichos métodos por pacientes:

Método	Ptes.
Papanicolau + Biopsia	1
Papanicolau + Conización	6
Papanicolau solamente	3
Biopsia + Conización	1
Biopsia solamente	5
Conización solamente	3
Ningún Método	3

Analizando los datos anteriores encontramos que 19 de las 22 pacientes que corresponde al 86.81o/o fueron estudiadas debidamente antes de la intervención quirúrgica y que 3 pacientes que hacen el 13.19o/o no fueron estudiadas en la misma forma, comprometiendo la vida de las mismas ya que se detectó Neoplasia Cervical en las piezas operatorias.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO PRE-OPERATORIO:

Como se mencionó anteriormente 19 pacientes fueron estudiadas, con los métodos de Papanicolau, Biopsia y Conización, de las cuales 8 fueron reportadas como portadoras de Carcinoma In Situ, 1 con Carcinoma Microinvasivo y 10 con Carcinoma Invasivo. A continuación se detallan, por separado, los informes de dichos exámenes:

PAPANICOLAU:

	Informe	Casos
a)	Negativo	1
b)	Ca In Situ	4
c)	Ca. Células Escamosas Invasivo	2
d)	Displasia Severa	3

BIOPSIAS:

	Informe	Casos
a)	Ca de Células Escamosas Invasivo	6
b)	Displasia Severa Focal	1

CONIZACIONES:

a)	Ca. In Situ	9
b)	Ca. Células Escamosas Invasivo	1

Tabla No. 7

Método	Casos	Positivos	o/o	Neg.	o/o	Sosp.	o/o
Papanicolau	10	6	60.0	4	40.0	0	0.0
Biopsia	7	6	85.7	0	0	1	14.2
Conización	10	10	100.0	0	0	0	0.0

Análisis:

De las tres (3) pacientes cuyos Papanicolau fueron reportados como Displasia Severa, posteriormente se les efectuó una Conización que reportó Ca. In Situ.

De la Paciente cuyo Papanicolau fué reportado como Negativo, posteriormente se le efectuó una Biopsia que reportó Ca. de Células Escamosas Invasivo.

De la paciente, cuya Biopsia fué reportada como Displasia Severa Focal, posteriormente se le efectuó una conización que reportó Ca In Situ.

A tres (3) de las pacientes no se les hizo estudios, por lo tanto no se tuvo un informe patológico previo y no fué si no hasta en estudio de las piezas operatorias donde se encontró Ca de Cervix.

TRATAMIENTO:

El tipo de Tratamiento efectuado a esta patología fué eminentemente quirúrgico. La técnica empleada, se decidió en base al diagnóstico de patología, el cual se obtuvo como mencionamos anteriormente en 86.81o/o de las pacientes. Todas fueron intervenidas quirúrgicamente, ya sea con Histerctomía Vaginal o bien con Histerectomia Abdominal; unicamente 1 paciente recibió radioterapia como tratamiento complementario.

HISTERECTOMIA VAGINAL:

Este procedimiento fué efectuado en 15 pacientes que representan el 68.18o/o de las mismas. Siendo utilizada principalmente para Prolapsos Uterinos Grado II y III o total asociados a Carcinoma In Situ e Invasivo.

Se utilizó 2 técnicas:

- a) Histerectomía Vaginal con Salpingooforectomía y Correcciones:

Efectuada en el 36.36o/o de los casos (o sean 8 casos), distribuídos en la siguiente forma:

H.V. c S.O.B.	GRADO DE PROLAPSO Y CA. DEL CERVIX.
3	P.U. GII + Ca. In Situ
1	P.U. G II + Ca. Invasivo
3	P.U. GIII + Ca. Invasivo
1	P.U. GIII + Ca. In Situ

- b) Tipo Shauta:

Efectuada en el 31.71o/o de los casos (o sean 7 casos), distribuídos así:

Shauta	GRADO DE PROLAPSO CA. CERVIX
6	P.U. G.III + Ca. Invasivo
1	P.U. G.III + Ca. MicroInv.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL:

Este procedimiento fue efectuado en el 31.71o/o de los casos (o sean 7 casos); utilizado principalmente para Prolapsos

Uterinos Grado I y Grado II asociados unicamente a Carcinoma In Situ. Fueron utilizadas las técnicas de H.A. Amplia con SOB e H.A. tipo Wertheim.

- a) Histerectomía Abdominal con Salpingooforectomía:

Efectuada en el 22.72o/o de los casos (o sean 5 casos); distribuídos así:

H. A. con S.O.B.	GRADO DE PROLAPSO CA. CERVIX
4	P.U. GI + Ca. In Situ
1	P.U. GII + Ca. In Situ

- b) Tipo Wertheim:

Efectuada en el 9.09o/o de los casos (o sean 2 de los casos); distribuídos así:

WERTHEIM	GRADO DE PROLAPSO CA. CERVIX
2	P.U. GII + Ca. Invasivo.

ANESTESIA:

El tipo de anestesia que se utilizó en ambos procedimientos quirúrgicos fué como sigue:

Tabla No. 10

	Anestesia	Casos	o/o
a)	Anestesia General	12	54.54
b)	Anestesia Raquídea	3	13.63
c)	Anestesia Epidural	7	31.71

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO POST-OPERATORIO:

A todas las pacientes se les hizo estudios Histologicos post-operatorios, los cuales se llevaron a cabo en las piezas operatorias resecaadas, tales como Cervix, Utero Trompas de Falopio, Ovarios, Ganglios Linfáticos y Vagina. Los informes se detallan a continuación:

Tabla No.11

Pieza	Ca. +	o/o	Ca -	o/o
Cervix	14	63.6	8	36.3
Vagina	1	4.5	21	95.5
Endom.	00	0.0	22	100.0
Miometrio	00	0.0	22	100.0
Trompas	00	0.0	22	100.0
Ovarios	00	0.0	22	100.0
Gan. Linf.	00	0.0	22	100.0
Apéndice	00	0.0	22	100.0

En las piezas operatorias se observa que el Carcinoma estaba estrictamente limitado al cuello, es decir sin invasión a otros tejidos, a excepción de uno de los casos en que se detectó células Noeplásicas en Vagina. A continuación, por razones didácticas se analizará por separado cada una de las piezas operatorias:

CERVIX:

Los 8 Cuellos Uterinos, reportados como negativos o sea el 36.36o/o, corresponden a 8 de las 10 pacientes a quienes se les efectuó Conización, lo que significa que dicho procedimiento fue suficiente en éstos casos, para eliminar el tejido neoplásico. Sin embargo en 2 de las pacientes a quienes se les efectuó Conización el proceso persistió posiblemente debido a que el cuello estaba totalmente tomado por el proceso y no fue posible extirparlo unicamente con el Cono.

ENDOMETRIO:

Ninguna de las 22 pacientes presento en cortes histologicos Células malignas; unicamente reportaron otro tipo de patología, que a continuación se describe:

a)	Atrofia Senil	13
b)	Inflamación Crónica	1
c)	Actividad Proliferativa	1

Las otras 7 pacientes, sus cortes histológicos fueron reportados normales.

MIOMETRIO:

Ninguna de las 22 pacientes presentó en los cortes histológicos, evidencia de malignidad. Unicamente 2 casos fueron reportados con presencia de Leiomiomas Intramurales.

TROMPAS Y OVARIOS:

Todas estas piezas fueron reportadas como negativas para cáncer.

VAGINA:

En 9 de los casos se hizo resección de 1/3 superior de Vagina. Los cortes histológicos fueron reportados negativos para cáncer. En una de las pacientes se efectuó Vaginectomía Total y cuyos cortes histológicos revelaron Cáncer de Células Escamosas.

GANGLIOS LINFATICOS:

Unicamente en 2 pacientes se efectuó linfadenectomía, los cortes histológicos fueron reportados negativos para cáncer.

APENDICE:

En 7 pacientes se efectuó Apendicectomía Profiláctica; los cortes histológicos fueron reportados normales.

EVOLUCION:

- a) Complicaciones
- b) Días de Hospitalización
- c) Condición de Egreso
- d) Control Citológico.

Complicaciones:

El 50o/o tuvo complicaciones tales como Infección Hemorragia, Granuloma y Prolapso de la Cúpula Vaginal, una presentó Bochornos y una Paciente Falleció al 20^o día Post operatorio (no se pudo determinar la causa ya que no fué posible encontrar la papeleta).

a)	Infección de la Cúpula Vaginal	2
b)	Prolapso de la Cúpula Vaginal	1
c)	Hemorragia Cúpula Post-Traumática	2
d)	Granuloma de la Cúpula	4
e)	Bochornos	1
f)	Muerte	1

Infección de la Cúpula Vaginal:

De las 22 pacientes, 2 presentaron como complicación post-operatoria dicha infección; a una se le dió tratamiento con Bactrin por 10 días, evolucionó satisfactoriamente; a la otra se le trató con Penicilina Procaína, con evolución también satisfactoria.

Prolapso Cúpula Vaginal:

Se observó unicamente en una paciente, sus controles citológicos por consulta externa fueron negativos y al 7^o mes post-operatorio, se decidió efectuarle Vaginectomía, pero rehusó y no regresó a sus controles posteriores.

Hemorragia Cúpula Post-Traumática:

Esta se observó en 2 pacientes, y ocurrió después de relación sexual; en la primera fué 13 días postoperatorio, se le hospitalizó durante 5 días, con tratamiento de reposo y empaques vaginales, evolucionó bien. En la segunda ocurrió 7 meses post-operatorio, unicamente se le dió reposo y empaques, evolucionó bien. Los estudios citológicos de estas pacientes, antes y después de la hemorragia fueron negativos para carcinoma.

Granuloma de la Cúpula:

Se observó en 4 pacientes; fué tratado con Cauterizaciones de Nitrato de Plata con resultados satisfactorios.

Bochornos: Observada en una paciente, la cual fué tratada con Dietilestilbestrol.

Días de Hospitalización:

El número de días de hospitalización tuvo grandes variaciones, se puede ver que el menor número de días fué 7 y que el mayor fué 67 días, o sea 9 semanas. El mayor número de pacientes o sea 10 de las 22 que corresponden al 45.45o/o, tuvo un período de hospitalización de 1 a 3 semanas.

Tabla No. 12

Días	Casos
7 - 14	5
15 - 22	5 = 10 = 45.45o/o
23 - 30	4
31 - 38	2
39 - 46	2
47 - 54	2
55 - 62	0
63 - 67	2

Condición de Egreso:

Todas las pacientes egresaron en buenas condiciones, a excepción de una, la q' falleció al 20^o día post-op.

Control Citologico:

Este control se llevó con exámenes de Papanicolau periódicamente, y se hizo únicamente en 14 pacientes que corresponden al 63.6o/o. Todos fueron reportados como negativos para cáncer residual.

Tabla No. 13

Control Papanicolau	Casos
1	6
2	2
3	0
4	3
5	2
6	1

Como se ve la mayoría de las pacientes solo fueron controladas citológicamente en 1 oportunidad:

4 pacientes control citológico al mes Post-Op.

1 pacinetes control citológico a los 9 meses Post-Op.

1 pacientes control citológico al año Post-Op.

El que no se les controlara por más tiempo se debió principalmente a que las pacientes no cumplieron con las citas programadas por el personal médico.

En la paciente en que más controles se hizo, se reportaron 6 papanicolau negativos, el primero efectuado a los 4 meses Post-Op, y el último a los 3 años.

De las 8 pacientes que no fueron controladas, 4 eran procedentes del interior de la república y no asistieron a la cita indicada. Las otras 3 si residían en esta capital pero no cumplieron con la cita.

Por lo reciente de la investigación no se puede establecer el porcentaje de sobrevida de 5 ó 10 años.

CONCLUSIONES

1. De 3769 pacientes hospitalizadas, únicamente el 0.85o/o presentó P.U. + Cáncer del Cervix.
2. El 2.76o/o de los P.U. se presentó asociado a Cáncer del Cervix, porcentaje similar al encontrado en otras latitudes y por otros autores en 1962 a 1970.
3. La década más afectada es de 30-40 años, en otras latitudes se presenta en pacientes de más edad. Se explica por el bajo promedio de vida en nuestro medio.
4. El 50o/o de las pacientes son grandes múltiparas.
5. La sintomatología es escasa, y corresponde principalmente a las pocas molestias del prolapso uterino en sí, la cual se asoció a hemorragia vaginal en 40.90o/o de las pacientes, la que se explica por el proceso neoplásico cervical.
6. A ninguna paciente se le clasificó el grado de invasión según lo recomienda la FIGO.
7. El 13.19o/o de las pacientes no fueron estudiadas adecuadamente y no fué si no hasta en el estudio histológico Post-Operatorio donde se detectó neoplasia cervical.
8. Se encontró que a 3 pacientes se les efectuó únicamente Conización sin papanicolaou previo, sin embargo es un dato del que no se confía, ya que las papeletas no se encuentran completas, debido a su mal manejo y el estudio citológico previo posiblemente se extravió.
9. El tratamiento fue eminentemente quirúrgico, el 68.18o/o correspondió a Histerectomía Vaginal (Total y Radical) y el resto a Histerectomía Abdominal (Total y Radical).

10. A todos los casos se les hizo estudios histológicos en las piezas operatorias, encontrando la neoplasia estaba estrictamente limitada al cervix, a excepción de un caso en el cual se encontró Células Neoplásicas en Vagina correspondiendo este caso a la Clase B de la clasificación Quirúrgica y Patológica de Maigs-Brunschwing.
11. El 50o/o de las pacientes tuvo complicaciones mínimas post operatorias, que cedieron con tratamiento médico. Todas egresaron en buenas condiciones a excepción de 1 paciente que falleció.
12. El control citológico posto-op. no fué satisfactorio posiblemente por mala comunicación Médico-Paciente o bien por negligencia de las mismas, ya que la mayoría no cumplió con las citas establecidas por el personal Médico, y Paramédico. Debido a esto y por lo reciente de la investigación no se puede establecer el porcentaje de sobre vida de 5 a 10 años.
13. En los casos en los cuales se efectuó Histe Rectomía Abdominal a pacientes con prolapso, no se encontró ninguna explicación satisfactoria.

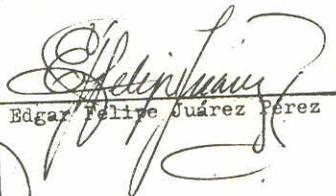
RECOMENDACIONES

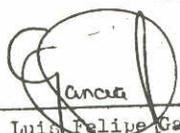
1. Estudiar adecuadamente desde el punto de vista clínico y de laboratorio a todas las pacientes en el período Pre-Operario.
2. Realizar estudio Citológico de rutina en todas las mujeres.
3. Llenar adecuadamente las Historiales Clínicos y Libros que se manejan en el Departamento.
4. Realizar labor educativa en las pacientes.
5. Hacer consciencia en las pacientes y familiares de la importancia que tienen los controles Post-Operatorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Novak, Edmund R. Tratado de Ginecología. Octava edición. Traducción de Alberto Folch y Pl. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1971. 839 pp.
2. Jeffcoate, Sir Norman. Ginecología. Tercera Edición. Traducción de Henry Castillo Rincón. Argentina: Editorial Intermédica, 1971. 720 pp.
3. Robbins, Stanley L. Tratado de Patología. Tercera edición. Traducción por Homero Vela Treviño. México: Editorial Interamericana. S.A. 1968. 1332 p.
4. Fluhmann, C. Frederic. The Cervix uteri and Its Diseases. London: W.B. Saunders Company 1961 556 p.p.
5. Te Linde, Richard y Richard F. Mattingly Ginecología Operatoria 4o. Edición. Traducción de Manuel Balaguer y Alejandro Elola. Buenos Aires: Editorial Bernades S.A. 1971-928 p.p.
6. Staffl, Adolf. "Colposcopia". **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas**. Vol. 18 No. 3 (September 1975) p.p. 187-205.
7. Averette, Henry E. et al. "Clasificación del cáncer cervical por etapas". **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas**. Vol. 18 No. 3 (September 1975) p.p. 207-223.
8. Creasman, William T., Roy T. Parker. "Tratamiento de la neoplasia cervical incipiente". **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas**. Vol. 18 No. 3 (Sep 75) p.p. 225-237.
9. Daw, Edward. "Carcinoma of cervix in association with procidencia". **The British Journal of Clinical Practice**. Vol 26 No. 5 (Mayo 1972) p.p. 197 200.

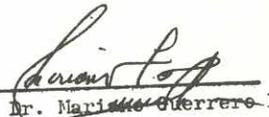
10. Jamain, M.B. "Le cancer du col associé ou prolapsus genital". **Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et D'obstétrique**. Vol. 23 No. 5 (Noviembre 71) p.p. 565-566.
11. Papadimitriou, G. et al. "Experimental chemotherapy in carcinoma of the cervix". **International Surgery**. Vol. 59 No. 9 (Sep. 1974) p.p. 472-475.

BR. 
Edgar Felipe Juárez Pérez

ASESOR: 
Dr. Luis Felipe García Ruano

REVISOR: 
Dr. Carlos Erwin Molina Méndez

DIRECTOR DE FASE III. 
Dr. José Santos García

SECRETARIO GENERAL. 
Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.

DEC. ANO. 
Dr. Carlos Armando Soto