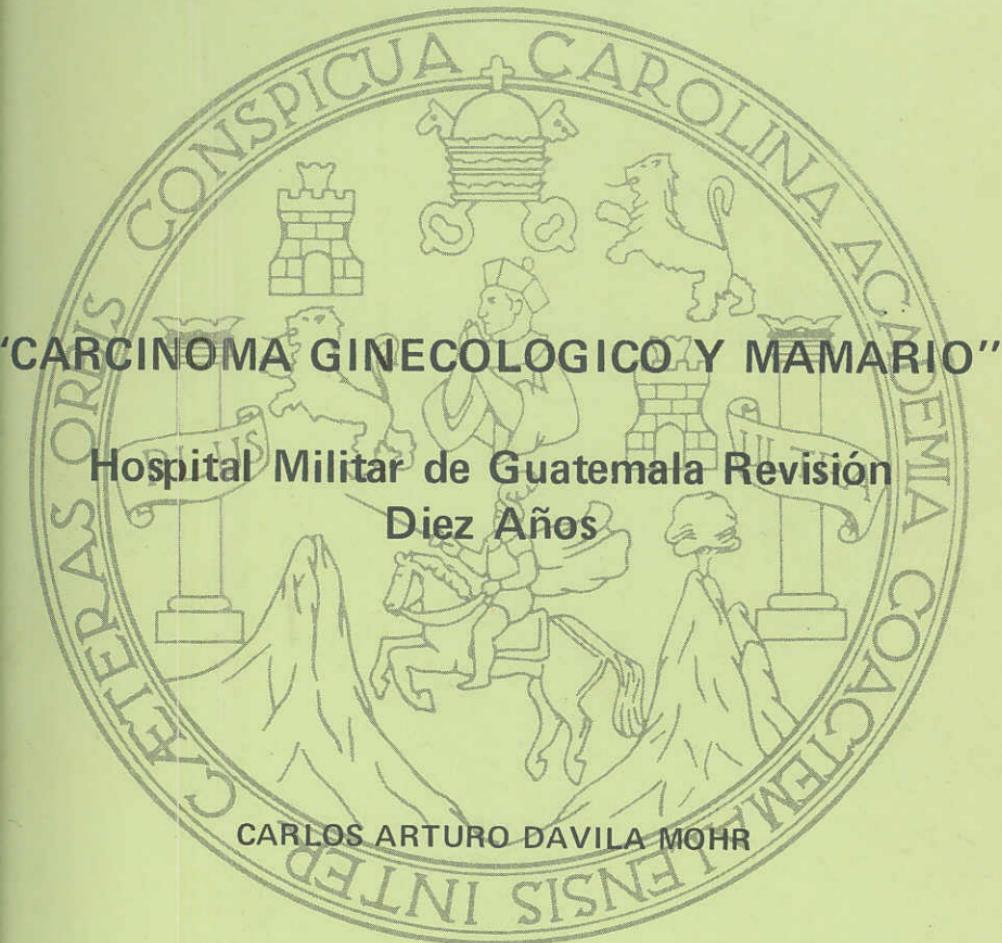


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Médicas



## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. GENERALIDADES:
  - A. MAMA
  - B. VULVA
  - C. VAGINA
  - D. TROMPAS - OVARIOS
  - E. CERVIX
  - F. UTERO
- V. ANALISIS DATOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Es asombroso observar el alto número de pacientes que diariamente consultan al médico por presentar sintomatología variada, tanto ginecológica como mamaria y que terminan etiquetándose como carcinoma mamario y ginecológico respectivamente.

Triste es reconocer que dichas pacientes consultan en etapa avanzada de su enfermedad y que por lo tanto, nada o poco se les puede ofrecer.

Por lo anteriormente expuesto, decidí llevar a cabo mi trabajo de tesis estudiando esta problemática médica, y así conocer los errores y éxitos que se producen en el seguimiento de dichas pacientes. Es mi deseo lograr aunque sea en mínima parte el incremento en el éxito del diagnóstico y tratamiento temprano en estos casos.

## OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de estos dos tipos de tumores en pacientes de un hospital tipo estatal como lo es el Hospital Militar de Guatemala.
2. Analizar los métodos diagnósticos que se emplearon, así como lo precoz del mismo y su influencia en el tratamiento y pronóstico de dichos casos.
3. Conocer la sintomatología más frecuentemente referida por las pacientes y tiempo de evolución de las mismas.
4. Evaluar el tratamiento instituido en cada caso especial; complicaciones del mismo.
5. Determinar el tiempo de sobrevida y causa defunción en casos terminales.

## MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de tesis es típicamente retrospectivo; haciendo revisión de todos los casos de Cáncer Ginecológico (vulva, vagina, ovarios, trompas, cuello y cuerpo uterino) y Carcinoma de la Mama que se han presentado en el Hospital Militar durante el período de 1963 a 1973.

Se revisaron los archivos del Departamento de Patología del Hospital Militar de Guatemala para encontrar únicamente los casos concernientes al tema, al tener los números de registros clínicos y contar con las papeletas correspondientes se revisaron éstas y se analizaron buscando los datos de mayor interés tales como: edad, estado civil, paridad, última regla, síntoma más frecuente, tiempo de evolución del mismo, métodos diagnósticos empleados, tratamiento utilizado, complicaciones del mismo y sobrevida.

Tales datos fueron analizados y tabulados por aparte, discutiéndose al final del trabajo. El trabajo está complementado con revisión bibliográfica de lo más reciente y nuevo respecto al tema.

## CANCER DE LA MAMA

El cáncer de la mama se ha convertido en la causa más frecuente de muerte de mujeres de 40 y 45 años y permanece entre las tres causas de mayor mortalidad hasta la edad de 60 años. La mortalidad anual causada por neoplasias de la mama es de 25 por cada 100,000 mujeres.

El tratamiento primario con cirugía moderna y radioterapia resulta en una sobrevida de 10 años en 57 o/o de los casos operables, aumentando este porcentaje el hecho de un diagnóstico precoz. La naturaleza histopatológica del tumor juega un papel importante en el éxito de la curación. El crecimiento tumoral puede ser detenido en una tercera parte de los casos con agentes quimioterapéuticos y medicamentos hormonales. El cáncer de la mama fue conocido y tratado quirúrgicamente en la antigua Grecia y Roma. El primero que presentó estudios histológicos del cáncer de la mama fue Wirchow. Hasted en el año de 1890 introdujo la mastectomía radical, basada en el conocimiento de la diseminación linfática.

Pronto notaron que el control definitivo no era del todo satisfactorio de no ser en aquellos casos con pequeña o no participación linfática, lo que obligó a McWhirter que a una simple mastectomía se le aplicara radioterapia en los ganglios regionales. La efectividad de la ovariectomía fue demostrada en 1895, pero no fue hasta que en 1941, Huggins demostró el valor de la manipulación hormonal en el carcinoma de la próstata, que la terapia endocrina se inició. En la paciente premenopáusica el tumor es estrógeno dependiente y la omisión de estrógenos recientemente brindó beneficios terapéuticos. En pacientes

posmenopáusicas la administración de estrógenos y andrógenos era efectiva.

Los primeros agentes quimioterapéuticos que demostraron ser efectivos en el tratamiento del cáncer de la mama fueron los agentes alquilantes, subsecuentemente un número variable de diferentes clases de agentes quimioterapéuticos han sido capaces de producir regresión tumoral.

#### **EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA:**

**INCIDENCIA.** Los índices del cáncer de la mama son altos en Norte América y en el norte de Europa, los datos de mortalidad decrecen en las naciones latinoamericanas y son muy bajas en Japón y en el Lejano Oriente.

La incidencia del cáncer de la mama aumenta exponencialmente con la edad, de la tercera a la quinta década, la incidencia por edad específica no aumenta en países como Japón, cuya tasa de mortalidad es muy baja, pero en los Estados Unidos la incidencia de edad específica sigue en aumentos y sobrepasa los 80 años. Esta diferencia no se ha podido explicar. En los hombres la enfermedad es muy rara durante la juventud.

#### **INFLUENCIAS GENETICAS Y REPRODUCTIVAS:**

Estudios internacionales del cáncer de la mama demostraron bajo índice con situaciones relacionadas con: a) embarazo antes de la edad de 20 años, b) multiparas, c) ovariectomía antes de los 37 años, d) bajo estrato socio económico y e) origen racial no caucásico.

En hijas de mujeres japonesas inmigrantes y de sus hijas americanas, el índice de morbilidad aumenta, en comparación con los bajos valores que se encuentran en Japón, apoyando así la teoría de influencia cultural; los parientes consanguíneos femeninos de un paciente con cáncer en la mama tienen de 3 a 5 veces más

riesgo de sufrir la enfermedad en el futuro.

Cuando el cáncer de la mama aparece en hijas cuyas madres sufrieron este tumor, éste aparece diez años antes de la edad en que fue diagnosticado a sus madres.

#### **LACTANCIA MATERNA:**

La lactancia parece no producir un efecto protector en contra del cáncer de la mama en la madre que lacta en sí, pero en sociedades donde los infantes son alimentados a pecho el cáncer de la mama es mucho menos frecuente que en aquellos lugares en donde se alimenta a los niños artificialmente.

#### **PATOGENESIS COMPARATIVA:**

El descubrimiento del virus tipo "B", cuyas partículas se asemejan al virus del tumor mamario del ratón con la leche humana, y la demostración que un ARN dependiente ADN polimerasa usando un modelo ARN 70S en estas leches, ha revivido el interés en los modelos de especies roedoras del cáncer humano mamario.

#### **PATOLOGIA:**

La mayoría de los cánceres de la mama se inicián con una proliferación neoplásica de las células lineales de los pequeños conductos mamarios. Las células de los acinos son poco frecuentes en el origen de la neoplasia, la enfermedad es bilateral en el 1 al 2 % de los casos diagnosticados.

Las células neoplásicas proliferan en el lumen de los conductos y acinos, pero tienden también a invadir la membrana basal y los tejidos vecinos. Del tejido conectivo de la mama se inicia la reacción proliferativa. La fibrosis es mínima, el tumor

muchas veces consiste de una aglomeración de esferoides y ovoides pequeños de un epitelio neoplástico regular y bien diferenciado.

Células de estos tumores bien diferenciados tienen una estructura regular, escasas mitosis y mínimo hipercromatismo. La tasa de crecimientos de estos tumores libre de invasión es relativamente baja. Un 25 o/o de los tumores operables se encuadran en este tipo.

Del nivel estructural y psicológico, cuyas diferencias se describieron anteriormente, una serie de formas histológicas cuya forma de manifestación conlleva a una menor organización glandular, son aquellos cánceres en los cuales hay una división rápida, gran cantidad de células anaplásicas agrupadas y diseminadas en un campo compuestas de fibroplastos proliferativos. Estas células indiferenciadas invaden dentro y a través de los conductos linfáticos, venas, nervios y planos tisulares. Las metástasis embólicas a ganglios regionales en axila y en la cadena mamaria interna son abundantes, siendo la lesión primaria en sí muy pequeña. Estos cánceres agresivos grado 3, forman un 25 o/o de cánceres de la mama.

Los cánceres infiltrantes sin importar el grado, todos invaden el parénquima mamario. Su infiltración se extiende a través de la ureola, con todos los plexos linfáticos formados por la confluencia de canales linfáticos paralelos de los veinte canales excretorios mamarios. Característicamente la fibrosis que acompaña la invasión cancerosa induce a la contractura de los planos de la mama. La infiltración linfática causa disminución de flujo linfático y edema de la piel, que frecuentemente está asociado con una dilatación vascular superficial que es la responsable del calor y rubor de la lesión localizada.

Dichos cánceres infiltrantes forman el 80 o/o de los carcinomas mamarios, un nombre común de estos cánceres es el de Carcinoma Scirrohus.

El comedocarcinoma es una variedad de cáncer mamario de

células del conducto cuya manifestación es llenar los conductos de la cadena mamaria con cordones sólidos de células cancerosas. Un 5 o/o de los cánceres entran en esta categoría. Los carcinomas papilares son los menos frecuentes que los cánceres de las células de los conductos y tienen un relativo pronóstico favorable.

Hay neoplasias celulares que no inducen a una reacción de fibrosis o contracturas que no son tan invasivos y forman un 7 o/o de todos los casos. Entre estos se encuentra el tipo medular que crece en forma circunscrita formándolo grupos de células uniformes infiltrados por linfocitos y células plasmáticas. Por otro lado, encontramos el carcinoma mucoide en el cual se encuentran gran cantidad de células productoras de moco que forman una masa suave, globular y bien delineada.

"El carcinoma lobular *in situ*" no es una lesión dañina invasiva, es demostrable bilateralmente en el 30 o/o de las biopsias.

#### **PATOLOGIA DE LOS GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES:**

Los ganglios axilares son comúnmente divididos en 3 grupos anatómicos. El grupo 1 está situado lateral inferior el pectoral menor. El grupo 2 se encuentra por debajo de éstos recibiendo tributarias del grupo número uno. El grupo 3 está situado entre el pectoral menor y por debajo de la clavícula, en donde solamente los ganglios axilares inferiores son tomados y menos de cuatro ganglios contienen metástasis sobre una tasa de cinco años de sobrevida, abarca el 60 o/o en comparación del 80 o/o en aquellos casos ganglios negativos. Cuando numerosas metástasis axilares son encontradas más de una tercera parte de los casos tienen ganglios en la mamaria interna. Aproximadamente una quinta parte de los pacientes que fallecen de cáncer mamario desarrollan enfermedad en los ganglios supraclaviculares homolaterales durante el curso de su enfermedad.

#### **METASTASIS DISTANTES:**

Los sitios más importantes de metástasis a distancia además de

los ganglios linfáticos se encuentran pulmones, la médula roja de los huesos, hígado y huesos. La vía de propagación predominantemente es hematógena.

La diseminación ocurre temprano y las metástasis linfáticas regionales no necesariamente intervienen en el proceso, aunque está bien establecido una correlación positiva entre el grado de compromiso ganglionar y la extensión de las metástasis a distancia, lo que favorece la opinión que los ganglios linfáticos regionales predisponen a una diseminación hematógena.

#### **DIAGNOSTICO DEL CANCER DE LA MAMA:**

El reconocimiento del cáncer de la mama no es muy difícil en algunos casos. Una masa dura circunscrita, que no es móvil en la mama y que es fácilmente palpable con los dedos, es el clásico tumor de la mama. Cuando existe fijación a la piel, retracción del pezón, edema de la piel o fijación profunda, muy probablemente se trate de una lesión maligna.

Pero todos estos puntos de vista pueden aparecer en algunos casos benignos o en lesiones inflamatorias. Por lo tanto, la única regla de importancia es que cualquier masa solitaria en el pecho y que no parece ser un quiste ha de ser sujeta a biopsia.

La inspección cuidadosa prominencias, asimetría, retracción del pezón, edema de la piel, han de ser examinadas no únicamente durante la palpación sino también con el paciente sentado frente al examinador, durante el movimiento lento del brazo desde la orilla hasta por encima de la cabeza, con el paciente inclinado hacia delante para mejor visualización de la mama sobre la pared torácica y con los músculos y pectorales en tensión. Todas estas maniobras han de hacerse para determinar la contractura de los ligamentos de la mama y conductos por muy pequeñas lesiones infiltrantes. En instituciones bien equipadas, mamografía y termografía han de emplearse regularmente en mujeres arriba de los 35 años y en jóvenes con enfermedad quística, historia familiar de cáncer en la

mama, a aquellas que no han tenido niños después de los 25 años, problemas de esterilidad o han tomado anticonceptivos.

El cáncer de la mama ha de ser diagnosticado cuando es muy pequeño, 1 cm. o menos de diámetro para esperar una probabilidad óptima de curación. Regularmente las mujeres acuden al clínico cuando el tumor tiene tres o cuatro cms. de diámetro. En el 45 o/o de estos casos múltiples ganglios axilares positivos están presentes y el pronóstico es malo.

Dos síndromes cancerosos ocurren en donde las masas no son detectables. En enfermedad de Paget el único signo de cáncer de la mama es la persistencia de rubor o exema del pezón, una historia que muestre más de dos semanas con lo anterior requiere biopsia aún en ausencia de otros signo de malignidad.

El carcinoma inflamatorio da muchos signos físicos de una inflamación aguda de toda la mama, pero no causa fiebre o leucositosis proporcional al aparente grado de inflamación. Se observa primariamente en la mama grande péndula, iniciándose con un edema rosado alrededor de la aureola así como una firme, pesada y zona de induración de toda la glándula. En mujeres embarazadas o mujeres lactantes frecuentemente se confunden con celulitis o mastitis.

#### **MASAS BENIGNAS EN MAMA Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

##### **ANDENOFIBROMA:**

Ocurre predominantemente en mujeres jóvenes de 15 a 30 años de edad. Son usualmente de 1 a 3 cms. de diámetro cuando la paciente lo nota. En el 80 o/o de los casos solamente una lesión es palpable siendo móvil, indolora y firme. El diagnóstico certero solamente se puede dar por biopsia.

#### **NECROSIS GRASA MAMARIA:**

Esta condición puede seguir luego de un trauma a la mama aunque pueden aparecer espontáneamente. Nos da una masa firme, dura, adherida a la piel. La retracción de la piel puede mimizar un cáncer de la mama. Se observa frecuentemente en mamas grandes y péndulas.

#### **MASTITIS DE CELULAS PLASMATICAS O ECTACIA DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS:**

Esta no es muy común, siendo un proceso crónico infiltrativo e inflamatorio de la región subaureolar que puede reproducir retracción del pezón una masa pobemente adherida a la piel asociada con adenopatía axilar. En la mayoría de los casos hay historia de descarga café o verde por el pezón con episodios de dolor y decaimiento.

#### **ENFERMEDAD QUISTICA:**

Es una causa común de masas palpables e induración de la glándula mamaria y se observa en mujeres de 35 a 50 años de edad y muy raramente en mayores de 55. Nunca induce a la retracción y no tiene la dureza la mama como se encuentra en el cáncer. Hay buena movilidad de la mama que ayuda en su reconocimiento.

#### **PAPILOMA INTRACANALICULAR:**

Papiloma Solitario Intracanalicular puede producir una masa y una descarga cerósica y hemorrágica por el pesón.

#### **OTRAS NEOPLASIAS:**

Lipomas, sacoma de partes blandas y linfomas; todas están

presentes en la mama. Todas ellas consisten en menos del 1 o/o de neoplasias mamarias. No semeja el cáncer de la mama en la mayoría de los casos y solamente los linfomas pueden comprometer ganglios linfáticos axilares.

#### **DETECCION TEMPRANA:**

El auto examen clínico de la mama ha demostrado ser efectivo en la detección temprana de lesiones. Mujeres con historia familiar de cáncer en la mama o que han tenido dicho cáncer, han de vigilar estrictamente por el aparecimiento de estos tumores. El diagnóstico precoz de la enfermedad de Paget del pezón y el cáncer intracanalicular ha de ser ayudado en su reconocimiento por papanicolaou de secreción anormal mamaria. Todos los casos de exema del pezón y de descargas inexplicables mamarias han de ser estudiadas. Termografía, xerografía y mamografía han de ser empleadas como medio de ayuda diagnóstica, aumentando así, la tasa de diagnóstico de un 2.72 por 1,000 en los exámenes iniciales en contra de la tasa de detección de cáncer de la mama de 1.44 por 1,000 únicamente para examen clínico.

La termografía da una tasa positiva en el 85 o/o de los casos y un diagnóstico falso positivo en el 15 o/o de los pacientes.

#### **TRATAMIENTO**

##### **TRATAMIENTO PRIMARIO DEL CANCER DE LA MAMA:**

Cuando una lesión es sugestiva de ser cancerosa hay que hacer un estudio detenido para determinar si no hay invasión metastásica pulmonar, ósea o hepática. El primer paso de una intervención quirúrgica en estos casos es una excisión de la lesión para una biopsia por congelación inmediata y un diagnóstico microscópico certe. Si el cáncer está presente, actualmente se practica una "Mastectomía Radical Modificada". Esta deja ambos músculos pectorales en su sitio con los ganglios linfáticos interpectorales. La

extensión axilar de la mama y el panículo adiposo axilar que contiene los ganglios linfáticos por debajo del pectoral menor son removidos en bloque, pudiendo ser seguida de un injerto de piel.

Halsted desarrolló la mastectomía radical que comprende la recepción de la grasa mamaria total, ambos músculos pectorales y los ganglios inferiores medios y subclaviculares. Un procedimiento mucho más radical incluye la resección de la cadena mamaria interna.

#### **CONTRAINDICACIONES DE LA MASTECTOMIA RADICAL:**

1. Nódulo satélite en piel.
2. Tumor paraesternal.
3. Edema extenso sobre la piel de la mama.
4. Carcionoma inflamatorio.
5. Metástasis supraclaviculares.
6. Edema de brazo.
7. Metástasis distantes.
8. Dos o más de los signos graves a continuación:
  - a) Ulceración de la piel
  - b) Edema de la piel limitado a un tercio de la mama
  - c) Fijación profunda a la pared torácica
  - d) Ganglios axilares de 2 a 5 cms. de diámetro transversal.
  - d) Fijación de ganglios axilares a la piel o estructura axilares profundas.

La mastectomía simple incluye solamente una porción del panículo adiposo mamario y en ocasiones ganglios axilares directamente adyacentes a la mama.

En años recientes cuando se ha practicado una mastectomía simple en pacientes con cáncer operable, el tratamiento se complementa con radioterapia.

Ganglios linfáticos axilares, supraclaviculares, cadena mamaria interna, así como la de la propia pared torácica son tratados con

radiación directa tangencial. Terapistas expertos recomiendan 4,500 a 6,000 rads sobre estos campos por un período de seis semanas.

Dado el costo y la morbilidad que se obtiene con el tratamiento de la enfermedad, se han hecho estudios comparativos que incluyen los diferentes métodos terapéuticos, relacionando el estadio químico de la enfermedad con la conducta más adecuada a seguir. Los más usados son los de la Unión Internacional TNM, La Americana TNM y la de Columbia.

#### **SELECCION DE TRATAMIENTO PRIMARIO:**

Existen muchas controversias para determinar el tratamiento primario óptimo del carcinoma de la mama, ya que solamente un 15 o/o de los pacientes pueden ser clasificados entre "curables sin tratamiento del sistema linfático regional" y "mal pronóstico en virtud de las metástasis a distancia".

La tasa de sobrevida de pacientes con cáncer de la mama no tratada desde el diagnóstico hasta la muerte es de un 20 o/o para cinco años y menos del 10 o/o para diez años.

40 al 70 o/o de pacientes con carcinoma de la mama, cuyas lesiones se pueden resecar quirúrgicamente, presentan recurrencia y muerte. El riesgo de recurrencia está relacionado con el grado de invasión de la enfermedad. En la mayoría de los casos, la enfermedad recurrente representa diseminación hematogena y puede estar relacionada con recurrencia local. Por todo esto, tratamiento sistémico coadyuvante se ha establecido en un esfuerzo por erradicar los pequeños focos de enfermedad sistémica.

En series grandes de estudios realizados de 10 a 15 años atrás, los agentes Thio-TEPA fueron utilizados en dos dosis, la primera de las cuales se administró durante el acto operatorio y la segunda en el cuarto día posoperatorio, con ésto se eliminó o quería hacerse la diseminación local y hematogena que resulta de la manipulada quirúrgica. Así pues, células tumorales fueron demostradas

morfológicamente en los apóitos de las heridas quirúrgicas y en la sangre de algunos pacientes. Recientemente se ha determinado que pacientes con enfermedad sistémica recurrente que la diseminación hematogena ocurre antes de la cirugía. Estudios modernos han iniciado tratamiento coadyuvante con agentes quimioterapéuticos por un período no menor de 6 meses. Esto es mucho más racional y hay evidencias sugestivas que con ésto decrece el índice de enfermedad recurrente. Agentes inmunosupresores aún están en vía de experimentación..

#### **TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA MAMA DISEMINADO Y SU RECURRENCIA:**

Radioterapia es el tratamiento de elección para el cáncer recurrente de la pared torácica y ganglios regionales. Esto controla dicha enfermedad en un 60 o/o de los pacientes permanentemente.

Radioterapia también es el tratamiento de elección para problemas locales tales como: dolor óseo, fracturas iminentes que no responden al tratamiento sistémico.

#### **TRATAMIENTO ENDOCRINOLOGICO DEL CANCER DE LA MAMA DISEMINADO**

#### **OVARIECTOMIA E IRRADIACION A OVARIOS:**

La opinión general acepta que éste es el tratamiento de elección en pacientes premenopáusicas con cáncer diseminado de la mama, puesto que una gran proporción de estos pacientes tiene tumores estrógeno dependientes. Regresión objetiva del tumor ocurre en el 20 al 40 o/o de dichos pacientes con un tratamiento de aproximadamente 12 meses. Las metástasis de los tejidos blandos así como síntomas óseos responden muy bien.

En general oforectomía es preferible a la radiación y si ésta se emplea, ha de ser de una dosis de 2,000 rads. hacia la mitad de la

pelvis, por un período de dos semanas; con dicho tratamiento ocurren regresiones más lentamente que con la ovariectomía, pero la respuesta es similar.

Hay un gran número de factores que influyen en la elección de un tratamiento hormonal. En general dicho tratamiento es más efectivo en pacientes que han tenido un gran intervalo entre el tratamiento primario y la recurrencia. La edad de la paciente particularmente con respecto a la menopausia ha de influir en la respuesta. Las metástasis subcutáneas son las que mejor responden al tratamiento quimioterapéutico y hormonal; metástasis esqueléticas secundariamente y las viscerales tales como: metástasis hepáticas y del sistema nervioso central responden probremte. Para ciertos tipos de tratamiento endocrino la respuesta puede determinarse en parte por la excreción urinaria y andrógenos y corticoesteroides y sus productos metabólicos.

En pacientes posmenopáusicas con metástasis de cáncer en la mama, los andrógenos son menos efectivos que los estrógenos, pero más efectivos que los corticoesteroides y los progestágenos.

En adición a los efectos masculinizantes de los andrógenos, hipercalcemia puede ocurrir. Con la administración oral ictericia colestática podría aparecer, así como retención de líquidos.

Los corticoesteroides tales como: la prednisona y dexametasona producen respuesta objetiva en un 10 o/o de los pacientes, son particularmente efectivos para producir rápido alivio de los síntomas y signos de las metástasis.

#### **ADRENALECTOMIA Y HIPOFISECTOMIA:**

Dichos procedimientos mayores no se han de emplear si no se han tratado antes con oforectomía y tratamiento hormonal. Por estudios comparativos, ambos procedimientos producen similares efectos tumorales, con un porcentaje del 28 a 60 o/o de una duración media del tratamiento de 18 a 24 meses. La tasa de

mortalidad es de aproximadamente 50/o.

#### **QUIMIOTERAPIA:**

Hay una amplia evidencia que el cáncer de la mama, cuya respuesta al tratamiento decrece según el progreso de la enfermedad, el número y tamaño de las metástasis, la duración del tratamiento inicial. Por muchas circunstancias la quimioterapia se ha empleado en pacientes avanzados con un sobrevida estimada no mayor de tres meses y en quienes la terapia hormonal se ha empleado. Los datos obtenidos sugieren en dichos agentes quimioterapéuticos son menos efectivos que los productos hormonales, la comparación no es posible dado que se emplea en casos muy avanzados; de todas maneras quimioterapia como coadyuvante en el tratamiento inicial se ha de usar.

#### **AGENTES ALQUILANTES:**

Estos fueron los primeros productos no hormonales que demostraron su eficacia en contra del cáncer de la mama. La ciclofosfamida se ha estudiado extensamente y es el alquilante de elección. La respuesta a la ciclofosfamida está determinada por la edad, en pacientes menores de un año posmenopáusicas tienen un porcentaje del 38 o/o y en aquellas 5 a 10 años posmenopáusicas solamente el 20 o/o.

#### **COMBINACION DE QUIMIOTERAPIA:**

Los requisitos para una combinación satisfactoria para dar al tumor son los siguientes:

1. Han de haber varias drogas con actividad dentro del tumor.
2. Las drogas han de ser claramente activas cuando se administran solas.

3. Su mecanismo de acción ha de ser independiente.
4. No han de tener reacciones adversas entre sí.

#### **COMPLICACIONES MEDICAS DEL CANCER DE LA MAMA:**

Los mayores problemas corresponden a la corteza y médula ósea en que hay destrucción, insuficiencia pulmonar, hemorragia intestinal, falla hepática y compromiso cerebral y medular. Las complicaciones esqueléticas abarcan los huesos largos en la que se pueden producir fracturas patológicas. Hipercalcemia se asocia cuando existen metástasis esqueléticas extensas y puede ser producido por tratamiento con estrógenos, andrógenos y progestágenos.

Los factores psicológicos han de requerir mayor atención, y cuando se da tratamiento con Fenotiacina u otro tranquilizante, hay que determinar los niveles de prolactina sérica que se incrementa con el uso de estas drogas. La Prolactina es un importante estimulante en el índice de crecimiento del tumor mamario con animales de experimentación; por lo tanto, dichas drogas han de emplearse con suma cautela en dichas pacientes.

#### **PROBLEMAS ESPECIALES:**

Un porcentaje muy bajo "1 y 2o/o" de las pacientes con cáncer de la mama son diagnosticadas durante el embarazo, hay evidencias que el embarazo no aumenta la tasa de crecimiento o la diseminación metastásica del tumor, por lo que el aborto en dichas mujeres no es recomendable. Muchos autores prefieren posponer la mastectomía al finalizar el puerperio, aunque la mastectomía radical es bien tolerada durante el embarazo.

Pacientes que han tenido cáncer de la mama tienen un alto riesgo de llegar a presentar otro tumor en la mama contralateral. 1 a 2 o/o de las pacientes tienen evidencias clínicas de tumor de la

mama bilateral, estas pacientes frecuentemente tienen tumores hormona dependientes.

La frecuencia del tumor de la mama en los hombres es del 1 o/o del total de casos en mujeres. La edad media de aparecimiento es a los 64 años.

La orquidectomía para cáncer metastásico es efectivo en ancianos en contraste con lo poco útil que resulta la ovariectomía en mujeres ancianas. El tratamiento con estrógenos puede ser tan efectivo como en las mujeres.

#### **PROSPECTO:**

La tasa de mortalidad producida por el cáncer de la mama permanece alto debido al aumento de la incidencia de la enfermedad.

## **CARCINOMA GINECOLOGICO**

#### **I. CARCINOMA DE LA VAGINA:**

Constituye el cáncer primario de la vagina solamente 1 ó 2 o/o de los tumores malignos del tracto genital femenino, posiblemente estos datos sean mayores, ya que una lesión avanzada que se inicie en la vagina y que se extienda a vulva y cérvix puede ser considerado como una extensión de la enfermedad en estos sitios.

En muchas series y estudios realizados el porcentaje de edad en pacientes con cáncer vaginal es mayor durante la quinta década; unos diez años mayor que el porcentaje en pacientes con cáncer cervical.

La patogénesis del cáncer vaginal se asemeja mucho a la del carcinoma escamoso del cérvix, en la que puede ocurrir un tumor

intraepitelial o un carcinoma invasivo. La diseminación metastásica es mucho más lenta que el carcinoma del cérvix y es vía linfática. Los tumores en el tercio superior de la vagina usualmente dan metástasis inicialmente a los ganglios iliacos e hipogástricos; mientras que los tumores del tercio inferior hacia los ganglios inguinales.

Histológicamente, la mayoría de carcinomas de la vagina son de células escamosas. Aunque se ha reportado casos de adenocarcinoma, melanoma, o sarcoma. Los sarcomas vaginales generalmente se encuentran en niños siendo del tipo botroideo.

El adenocarcinoma de células claras se ha encontrado en niñas cuyas madres habían ingerido durante el embarazo Dietilestilbestrol.

Se ha reportado que los adenocarcinomas de la vagina presentan dos tipos histológico diferentes con pronóstico diferente, ya que en células claras es mucho más benigno que el tumor endodérmico.

#### **SINTOMATOLOGIA:**

Las pacientes con cáncer vaginal refieren dolor vesical, hemorragia indolora y descarga vaginal; puede presentarse prurito o sensación de masa.

Al examen clínico se puede encontrar una lesión ulcerosa de tamaño variable generalmente firme y dura en la vagina. Los tumores pueden ser grandes en apariencia y en algunos casos es difícil determinar el sitio de origen cuando han habido metástasis a cérvix o vulva.

El diagnóstico precoz del cáncer vaginal se ha de facilitar si se siguen los siguientes pasos:

- a. Cuando un paciente es examinada por presentar un frotte anormal, la vagina tanto como el cérvix deben ser inspeccionados.

- b. Exámenes citológicos regulares en pacientes con histerectomía previa por carcinoma in situ, por el alto número de pacientes que desarrollan tumores múltiples en la mucosa anogenital.
- c. Un paciente con cáncer en el cérvix o vulva.
- d. Exámenes citológicos a pacientes con histerectomía previa por enfermedad benigna.

#### **CLASIFICACION POR ESTUDIO CLINICO DEL CANCER VAGINAL:**

Estadio I: Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.

Estadio II: Carcinoma Limitado a la pared de la vagina.

Estadio III: Compromiso de los tejidos subvaginales, pero respetando la pared pélvica.

Estadio IV: Extensión carcinomatosa hacia la pared lateral pélvica o síntesis pública.

Estadio IV: Invasión pélvica, vejiga o recto.

#### **TRATAMIENTO:**

Para el carcinoma intraepitelial, en donde se sabe que el crecimiento es lento y debido a la función sexual y la edad del paciente, hay que individualizar el tratamiento, pero siempre de acuerdo al tamaño y la localización del tumor. Siempre hay que hacer exámenes citológicos periódicos y biopsia de áreas sospechosas; debiendo el médico en ocasiones irradiar tejido de apariencia normal para prevenir desarrollo de la enfermedad.

Cualquier tratamiento de cáncer vaginal complicado dada la presencia vecina de la vejiga y el recto; por lo tanto, hay que tener

en cuenta factores tales como: la profundidad de la penetración y el nivel de la vagina en donde se desarrolló, así como si para la paciente la función vaginal aún es importante.

El tratamiento quirúrgico puede ser aplicable a los tres primeros estadios clínicos de la enfermedad e inclusive en pacientes con estadio IV de la enfermedad que permite la separación del recto y la vejiga. Estos pacientes pueden ser tratados únicamente con irradiación externa, pero en algunos casos se complementa con una irradiación intravaginal anterior y posterior.

El radio puede ser aplicado a las lesiones vaginales con un aplicador de superficie o intersticial con agujas; éstas se pueden usar satisfactoriamente para llevar una dosis alta de irradiación a una gran profundidad en donde el aplicador superficial no llega. La irradiación externa se da para abarcar la región pélvica completa con una dosis de 4,000 a 5,000 rads por un período de 4 o 5 semanas.

#### **PRONOSTICO:**

El pronóstico del cáncer vaginal ha mejorado en los últimos años debido a mejorar y rápidos diagnósticos y un tratamiento agresivo.

#### **II. CARCINOMA DE LA VULVA:**

Alcanza un porcentaje del 3 o/o de los carcinomas ginecológicos. El carcinoma vulvar ha sido reportado asociado con situaciones tales como: sífilis, diabetes, leucoplasia y enfermedad granulomatosa. También se ha agregado factores tales como: Obesidad e Hipertensión. La importancia de esta asociación no se ha determinado aún desde el punto de vista etiológico y que no se han utilizado métodos ni criterios estandarizados y la población de pacientes estudiadas.

El carcinoma invasivo de la vulva es una enfermedad de ancianas, 35 o/o de los casos ocurren en pacientes de 70 años o mayores y solamente el 15 o/o ocurre menos de los 40 años.

El tipo histológico más frecuente del cáncer de la vulva es el de células escamosas; raramente se encuentra un adenocarcinoma; eventualmente el carcinoma in situ progresará a ser invasivo.

#### SINTOMATOLOGIA:

Los síntomas más frecuentes referidos incluyen masa vulvar, prurito y hemorragia, también puede presentarse dolor, masa inguinal, caquexia y defecación anormal.

El diagnóstico definitivo del carcinoma vulvar lo da el estudio histológico de las biopsias. La evaluación clínica es útil si el examinador es experimentado, pero quistes dermatitis o infecciones micóticas son frecuentes en la vulva y pueden encubrir una área cancerosa pequeña.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento quirúrgico es el que predomina en el carcinoma vulvar, ya que la irradiación es muy poco tolerada. Además se ha confirmado el valor que tiene en estos casos la disección radical de los ganglios ilíacos.

Las heridas infectadas y embolia pulmonar son las causas más frecuentes de muerte entre los pacientes, siendo la flebitis poco común.

#### III. OVARIOS:

El carcinoma del ovario se ha constituido en la cuarta causa de muerte más frecuente en las mujeres americanas después del

cáncer de la mama, colon y pulmón. La alta incidencia se observa en edades avanzadas en las que tasas de sobrevida en los cinco años son raras.

Hay diferencias demográficas en las tasas de mortalidad así encontramos en Japón un dato de 1.69 y en Dinamarca una tasa de 11.02.

#### PATOGENESIS:

Los tumores malignos se desarrollan del estroma ovárico incluyendo el tumor feminizante de células de lutea y el raro tumor virilizante arrenoblastoma. Los tumores de células germinativas se derivan de los varios componentes celulares del ovario.

Los tumores más frecuentes en el ovario son los sitomacrosos, cistomucinosos, endometroide y el carcinoma de células indiferenciadas; la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia dado la variabilidad histológica que presentan estos tumores, los tres primeros grupos se han subdividido de la siguiente forma:

- a. Benigno
- b. Proliferativo (posiblemente maligno)
- c. Maligno

El grado histológico así como la diferenciación celular de los cánceres epiteliales aparentemente actúan como un factor independiente en determinar el pronóstico y la vida de los pacientes. No hay evidencia clara que la edad misma de la paciente tiene influencias en la actividad biológica en los carcinomas de los ovarios.

A continuación se expondrá la clasificación de los estadios clínicos del carcinoma del ovario según la FICO:

**Estadio I:** Crecimiento limitado de los ovarios.

- I-A. Crecimiento limitado a un ovario sin asitis.
- I-B. Crecimiento ambos ovarios sin asitis.
- I-C. Asitis presente con células malignas presentes en el líquido.

**Estadio II:** Crecimiento que abarca uno a ambos ovarios con extensión pélvica.

- II-A. Extensión y/o metástasis al útero y/o trompas.
- II-B. Extensión a otros tejidos pélvicos.

**Estadio III:** Diseminación intraperitoneal metastásica.

**Estadio IV:** Metástasis a distancia fuera de la cavidad peritoneal.

**Categoría Especial:**

Aquellos casos inexplorados.

El comportamiento biológico del cáncer del ovario es importante en el tratamiento de la enfermedad. Así pues, los carcinomas epiteliales que generalmente no son invasivos y que se diseminan por implantaciones múltiples sobre superficies serosas.

La destrucción de órganos vitales no es frecuente, la obstrucción intestinal es común pero no por invasión del lumen sino por alteración del peristaltismo. Los ganglios linfáticos paraórticos frecuentemente están tomados, pero la diseminación extra abdominal por esta vía es muy rara; la diseminación hematogena es una manifestación tardía. En general el potencial letal del carcinoma del ovario se relaciona al volumen del tejido proliferativo del tumor dentro de la cavidad peritoneal.

#### SINTOMATOLOGIA:

Lo poco común del diagnóstico precoz del carcinoma de

ovario se debe al carácter asintomático en su fase inicial. Los síntomas más frecuentes incluyendo dolor abdominal bajo, presión o sensación de una masa abdominal. Desafortunadamente, estos síntomas significan crecimiento avanzado y se asocian con acumulación de líquido. Hemorragia vaginal anormal se ha descrito en el 30 o/o de los casos.

Frote citológico del cérvix y vagina son positivos en 15 a 25 o/o de las pacientes con cáncer del ovario conocidas, pero es muy raro detectar una lesión precoz por este método.

En la mujer premenopáusica una masa en axila menor de 6 cms. de diámetro es más frecuente que se trate de un quiste fisiológico que de un carcinoma; no así en las mujeres posmenopáusicas que requieren estudios más agresivos.

El diagnóstico diferencial incluye diverticulitis, cáncer del recto sigmoide, riñón pélvico, leiomioma uterino pedunculado, enfermedad inflamatoria pélvica y endometriosis.

Los estudios preoperatorios han de incluir pielograma endovenoso, enema de bario y una placa de tórax. La asitis y derrame pleural pueden estar asociados con tumores benignos, como el síndrome de Meigs.

#### TRATAMIENTO:

Debido a que el 5 ó 6 o/o de los tumores ováricos malignos son metastásicos de cánceres primarios ocultos en el tracto gastrointestinal, el abdomen debe ser cuidadosamente investigado. En mujeres jóvenes de edad reproductiva y en quienes la función ovárica es importante el examen histológico del tumor ha de ser certero antes de decidir la conducta definitiva. La mayoría de los tumores del ovario son bilaterales así pues, hay que investigar y examinar el ovario contralateral. La salpingo ovariectomía unilateral parece ser el tratamiento primario adecuado para pacientes nulíparas con un tumor epitelial delimitado.

El concepto básico del tratamiento del carcinoma del ovario es la extirpación, si es posible racional. La resección del tumor primario y del ovario contralateral se ha de acompañar de histerectomía puesto que el útero es un lugar de enfermedad metastásica oculto.

El valor de la irradiación posoperatoria se ha oscurecido debido a los resultados obtenidos en estudios comparativos recientes, en los que se ha demostrado un porcentaje de sobrevida mayor cuando se ha efectuado solamente cirugía en el estadio clínico I, no así en estadio II y I en que pacientes que recibieron tratamiento coadyuvante con radioterapia tuvieron una tasa de sobrevida mayor.

La dosis y técnica de la radiación varía en cada institución, pero la dosis de terapia inicial consiste en 4,000 a 5,000 rads distribuidas en el plano del abdomen inferior y pelvis, aplicadores simples anteriores y posteriores. Para el estadio III la parte alta del abdomen es irradiada en campo aparte con una dosis de 2,500 a 3,000 rads, con énfasis en los riñones.

La instalación intracavitaria de isótopos radiactivos en su suspensión coloidal, ha sido efectivo en su presión temporal de las secreciones cerasas asociadas al ovario. Debida la penetración superficial de las partículas alfa y beta las masas tumorales no son afectadas considerablemente, por lo que este tratamiento se reserva para casos retractarios.

Los agentes alquilantes y la quinacrina en años recientes se han considerado como sustitutos de los isótopos radiactivos. Se sabe que todos los agentes alquilantes tienen el mismo mecanismo de acción citotóxica, y la misma actividad antitumoral. Este grupo de drogas se han denominado "Radiomiméticas" y se sabe que no hay resistencia cruzada con la radiación.

El papel de los agentes alquilantes como coadyuvantes en el tratamiento quirúrgico o de radiación, no se ha determinado aún, pero se han encontrado un incremento modesto en el tiempo de

sobrevida de estos pacientes con este tipo de tratamientos.

El paciente a fase terminal frecuentemente está afectado de náuseas y vómitos, distención abdominal, disnea y obstrucción intestinal. Los síntomas gastrointestinales pueden ser aliviados con paracentesis periódicas. Diuréticos son útiles para retardar la excreción de la infusión cerosa y evita así alteraciones electrolíticas. La anemia puede ser tratada por transfusiones sanguíneas así como por agentes anabólicos potentes como la Testosterona.

#### IV. TROMPAS Y LIGAMENTOS UTERINOS:

El tumor primario más importante de las trompas y ligamentos uterinos es el carcinoma, aunque su aparición es extraordinariamente rara, llegando a ser el 0.1 o/o de los procesos malignos genitales. Hay quienes consideran que una predisposición al tumor sería la inflamación crónica de la trompa, puesto que se ha visto la asociación del carcinoma tubárico a afecciones de los anexos tales como: salpingitis crónica o quistes ováricos.

La anatomía patológica del carcinoma primario tubárico es extremadamente característica, macroscópicamente la trompa se encuentra aumentada de tamaño exageradamente; en la mayor parte de pacientes el tumor nace en la parte externa de la trompa, y la extensión saliendo por el extremo fimbriado como la participación linfática son secuelas temprana.

Histológicamente la imagen típica corresponde a una formación papilar, la cual en los casos avanzados, queda ocluida por el crecimiento arborecente que presenta muy poca tendencia a la invasión muscular. Puede presentarse otra variedad, la del tipo alveolar, la cual en la fusión de los pliegues papilares, simula una estructura glandular.

La sintomatología más frecuentemente encontrada, corresponde a hemorragia posmenopáusica y/o flujo anormal

acusoso teñido de sangre, la dorsalgia constituye un síntoma tardío. Lamentablemente en la etapa inicial de la enfermedad los síntomas son inespecíficos y resultan tan ligeros que la enfermedad ya ha avanzado bastante cuando consulta.

El hallazgo de células cancerosas en los frotos vaginales con resultado de biopsias negativo, es posible que tuviera algún valor ya que se ha observado en algunos casos.

El carcinoma secundario de la trompa es mucho más frecuente que la forma primaria del mismo, y por su posición intermedia entre el útero y el ovario hay algunos autores que piensan que las lesiones secundarias en la trompa pueden deberse a implantes de células cancerosas o diseminación linfática del carcinoma ovárico o inclusive uterino.

El tratamiento consiste en histerectomía total y extirpación bilateral de los anexos, frecuentemente se emplea la radioterapia posoperatoria aunque su valor resulta dudoso. El porcentaje de curación es del 34 o/o de los casos.

## V. CARCINOMA DEL CUELLO:

El carcinoma del cuello uterino es el más importante el más grave de las afecciones ginecológicas. Aunque el cáncer mamario es más frecuente, el cervical tiene mayor mortalidad.

El porcentaje de frecuencia según las edades por el cáncer invasor es de 14.9 por cada 100,000 para la población femenina total, aunque las proporciones varían para los diferentes grupos sociales y étnicos, desde una baja de 3.6 por 100,000 para las mujeres judías hasta una tan alta de 97.6 por 100,000 en las mujeres de Puerto Rico. Se sabe que el cáncer cervical es tres veces más frecuente que el cáncer del cuerpo uterino. En sentido biológico se desconoce como en todo cáncer la causa del carcinoma del cuello.

La baja frecuencia del cáncer cervical en mujeres judías ha hecho sospechar que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como agente causal, quizás a base de poca higiene del pene y se sospecha de la importancia que pudiera tener el esmegma.

Por otra parte últimamente se han hecho estudios relacionados el coito, el matrimonio y el cáncer cervical, todos concuerdan que el riesgo aumenta con el matrimonio temprano o el primer coito en edades tempranas.

Es muy probable que el tener hijo no sea un acontecimiento causal muy importante, sino más bien la exposición sexual más frecuente en el grupo de baja condición socio económica. En este sentido el carcinoma epidermoide del cuello puede considerarse una enfermedad venerea.

En resumen solo caben suposiciones acerca de la supuesta relación etiológica.

Hay dos tipos principales de cáncer cervical, que se originan de los dos tipos de epitelio que recubren el cuello. Del epitelio que recubre la porción vaginal del cuello se origina el carcinoma de células pavimentosas o epidermoide; ya que el carcinoma de células cilíndricas o adenocarcionoma del cuello se origina del epitelio cilíndricas del conducto cervical que tiene aspecto glandular por lo que se denomina adenocarcinoma del cuello.

Se ha comprobado que algunos tumores tienen componentes de ambos tipos celulares, calificándose de carcinoma adenoescamoso del cuello, siendo su pronóstico mucho más serio y más reservado. Los sarcomas del cuello uterino son demasiado raros pudiendo encontrar sarcoma botriodeo que en la mayor parte de los casos su origen está en la vagina.

En sus inicios el carcinoma cervical generalmente se encuentra como una pequeña lesión a nivel de orificio externo o próximo a él, en la unión de los dos tipos de epitelio cervical. Las porciones

vecinas del cuello pueden ser normales, pero frecuentemente presentan una afección crónica inflamatoria o algún desgarro por parto anterior.

Resulta imposible por lo tanto, distinguir por simple inspección el carcinoma invasor inicial de lesiones benignas como erosiones y eversiones.

Desde su origen el tejido tumoral va extendiéndose hasta abarcar la mayor parte o la totalidad de uno de los labios del cuello, o porciones de ambos.

En sus últimas fases el desarrollo del proceso tumoral canceroso provoca una destrucción cada vez mayor del cuello, al que reemplaza por una cavidad excavada y ulcerada de paredes ásperas y friables; de aquí que de no hacerse un examen cuidadoso puede producirse una hemorragia franca.

En fases avanzadas puede ocurrir la invasión metastásica de prácticamente cualquier órgano, habiéndose descrito casos en hígado, pulmón, cerebro y otras regiones. Mucho más frecuente es la extensión linfática extrapélvica que ocurre en el 35 o/o de los casos.

Para comprender los diversos sitios propuestos de origen del carcinoma in situ debemos de conocer primero las zonas histológicas del cuello; la porción vaginal, la zona de transición y el endocérvidx. La primera porción llamada también porción histológica está recubierta por epitelio plano sin glándulas. La zona de transición se encuentra entre la porción histológica y el endocérvidx, recubierta por epitelio escamoso con glándulas. El endocérvidx histológico consiste de estroma endocervical contenido glándulas con el epitelio superficial y glandular de células cilíndricas.

Como regiones anatómicas consideramos a la porción vaginal y el endocérvidx. La porción anatómica es la parte del cuello que el médico observa con un espejo vaginal situado por fuera del orificio

externo. El endocérvidx se encuentra entre el orificio externo y el orificio interno.

La frecuente asociación de carcinoma in situ con anaplasia de las células subcilíndricas, sugiere que el carcinoma in situ puede ir precedido por una de estas lesiones o por ambas.

En la zona de transición, en las células cilíndricas del encocérvidx hay un campo potencial de cáncer oculto, que por un estímulo desconocido dichas células pueden proliferar en forma anormal para formar células anaplásicas.

Es muy difícil en la actualidad exponer con seguridad la histopatogénesis del carcinoma de células escamosas del cuello. El carcinoma in situ se podrá definir como una estructura microscópica, en la cual todo su epitelio plano de revestimiento ha sido sustituido completamente por células anormales y diferenciadas, morfológicamente imposibles de distinguir del cáncer, aunque puede existir cierta estratificación del epitelio superficial; estas células son uniformemente inmaduras y atípicas, pero no hay rotura de la membrana basal puede ocurrir extensión hacia las glándulas cuando este epitelio penetra en la luz glandular; aunque esta extensión glandular podría considerarse como una forma intraepitelial del carcinoma.

Se ha visto cierto número de estas lesiones en mujeres embarazadas y algunos autores creen que el embarazo es capaz de producir alteraciones cervicales histológicamente imposibles de distinguir del cáncer que desaparece al terminar el embarazo. Generalmente, el embarazo es puramente incidental y raramente hay necesidad de presurarse y se deja evolucionar hasta término vigilando cuidadosamente la situación para estimarla finalmente durante el puerperio.

Puede ocurrir que un examen cromosómico del epitelio ayude a determinar su condición neoplásica. Varios autores han comprobado que la aneuploidía cromosómica adquirida siempre o casi siempre se descubre en el cáncer epidermoide intraepitelial e

invasor del cuello, empleando una técnica de aplastamiento directo.

La clasificación de los tumores radica en el grado de inmadurez de sus células, que refleja el grado de malignidad de los mismos. Es necesario recordar que cuanto más inmaduras sean las células, mucho más favorables será su reacción a la radioterapia, pero resulta mucho más importante desde vista pronóstico el estadío clínico de la enfermedad que tipo celular de la misma.

La forma menos frecuente que caracteriza el carcinoma uterino es el adenocarcinoma cervical, cuya lesión primaria puede asentarse en el orificio externo o próximo a él, formando en etapas avanzadas una vegetación de gran tamaño a nivel de la superficie vaginal del cuello.

Histológicamente se caracteriza por la disposición glandular atípica en algunos adenocarcinomas el epitelio glandular puede estar formado en su mayor parte por una sola capa celular, y conservar dichos elementos la forma cilíndrica adulta cervical normal.

Toda mujer que haya sufrido una histerectomía subtotal, con menopausia quirúrgica, ha de consultar inmediatamente al médico al presentar cualquier tipo de hemorragia vaginal, ya que puede tratarse de un cáncer del riñón cervical sumamente difícil en su tratamiento y del mal pronóstico, que variará según el cuadro histológico y el grado de la enfermedad. Puede ser de tipo carcinomatoso o epidermoide.

#### SINTOMATOLOGIA:

El promedio de edad de los pacientes con cáncer sintomático del cuello es de más de 48 años. En el 46% de los casos los pacientes son asintomáticos, el 30% presenta hemorragia vaginal anormal y un 24% leudorrea.

La hemorragia, en la mayoría de los casos ligera, es el

principal síntoma referido por estas pacientes, que puede producirse después del coito, esfuerzos violentos o después de una defecación dificultosa.

En ocasiones se observa un flujo anormal acuoso auantes de que aparezca la hemorragia especialmente en el caso del adenocarcinoma. En ocasiones se presenta irritabilidad vesical, debido al proceso que se propaga al tabique vesicovaginal con la correspondiente sensación de molestia rectal. La infiltración obstruye los uréteres, siendo la uremia la causa última de muerte en el mayor número de casos.

#### METODOS DIAGNOSTICOS

Los más importantes han de ser la toma de una historia clínica cuidadosa por lo que se refiere a hemorragias intermenstruales, un examen clínico completo, palpando el cuello y observándolo con espéculo vaginal. Si hubiera lesión sospechosa, se procede a efectuar una biopsia además del frote vaginal ya que estos dos métodos diagnósticos son complementarios; puesto que un proceso maligno ulcerado puede pasarse desapercibido por el examen citológico, al igual que una biopsia de cuatro cuadrantes no puede revelar una lesión temprana.

Desde el punto de vista teórico, el empleo frecuente de exámenes citológicos cervicovaginales con intervalos adecuados, pudiera disminuir la muerte por esta enfermedad descubriendola más temprano y en etapa curable. El problema primario en el control público del cáncer cervical no es de técnica ni disponibilidad de medios, sino de organización y motivación de la comunidad.

La prueba de Schiller es de gran utilidad cuando se encuentran frotos positivos y las biopsias son dudosas; si el frote vuelve positivo después de una histerectomía por cáncer *in situ*, obliga a la paciente a ser sometida a una biopsia.

Toda paciente con sospecha de carcinoma cervical se le ha de efectuar una biopsia dirigida por el colposcopio siempre que el frote no sea negativo o que se observe una imagen sospechosa por colposcopía.

Si no se contara con un especialista en colposcopia, se efectuaría una biopsia múltiple de taladro, realizando cuatro mordidas con una pinza de sacabocados a las doce, las tres, las seis y las nueve del reloj de la circunferencia cervical a nivel de la unión planocilíndrica.

Cuando no se encuentran lesiones macroscópicas visibles en el cuello, se hace necesaria la conización del cuello con fines diagnósticos después de un frote dudoso o positivo; esto sirve no sólo para establecer el diagnóstico de carcinoma *in situ*, a veces por la posibilidad de invasión ya que puede pensarse que un carcinoma *in situ* puede existir en la periferia de un carcinoma invasor.

La clasificación clínica del cáncer cervical es de suma importancia para valorar el resultado para el tratamiento del mismo. La clasificación más aceptada internacionalmente (que exponemos a continuación) es la denominada la de la Liga de las Naciones:

**Etapa 0:** Carcinoma *in situ* (carcinoma preinvasor o intraepitelial).

**Etapa I:** Carcinoma estrictamente limitado al cuello.

**Etapa Ia:** Invasión inicial del estroma.

**Etapa Ib:** Demás casos de la etapa I.

**Etapa II:** La extensión abarca más allá del cuello, pero no abarca la pared pelviana. La vagina está tomada pero no en su tercio inferior.

**Etapa IIa:** No hay invasión del parametrio.

**Etapa IIb:** Parametrio afectado.

**Etapa III:** El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana y el tercio inferior de la vagina.

**Etapa IV:** Interesa vejiga, recto o ambos o más allá de los límites antes descritos.

#### TRATAMIENTO DEL CARCINOMA CERVICAL:

El carcinoma *in situ* ha sido abordado desde el punto de vista quirúrgico más que por irradiación; el mínimo quirúrgico aceptable es la histerectomía total que incluye un segmento adecuado de túnica vaginal conservando uno o varios ovarios en la mujer joven. La vía vaginal probablemente resulte mucho mejor tolerada por las pacientes.

Es de importancia capital efectuar estudios citológicos periódicos y si fueran éstos positivos está indicada la prueba de Schiller y biopsia respectiva.

Algunos autores han empleado la conización terapéutica a amputación del cuello; conductas menos radicales que la histerectomía total, pero con el grave inconveniente que en algún porcentaje de pacientes queda enfermedad residual que necesite tratamiento posterior.

La irradiación puede utilizarse para cualquier estadio clínico de la enfermedad y es aplicable a la paciente muy obesa, a la de edad avanzada o a la de mal pronóstico médico. A pesar de sus complicaciones no presenta la morbilidad y la mortalidad de la cirugía radical.

El resurgimiento de la cirugía como tratamiento primario es atribuible directamente a los adelantos médicos habidos en los campos de la anestesia, bancos de sangre, antibióticos, etc., que han hecho posible practicar intervenciones quirúrgicas mayores con mínima mortalidad operatoria.

La terapéutica quirúrgica al igual que la radiación tienen complicaciones, la mayor de las veces de las vías urinarias tales como: fistulas ureterales o vesicales hasta en el 100% de los pacientes.

Menos del 50% de los pacientes con carcinoma cervical resultan totalmente resistentes a cualquier cantidad de irradiación que se les aplique, se puede comprobar con la persistente positividad de la biopsia, aunque en algunos pacientes que acabarán curando, ésta puede persistir positiva por varias semanas después de completar el tratamiento, pero después de 8 a 10 semanas de haber finalizado el tratamiento la positividad persiste, se catalogará como una falta de respuesta.

Cuando se hace un diagnóstico de cáncer radioresistente precoz, se puede efectuar una histerectomía radical con linfaadenectomía pelviana, en grados avanzados se puede utilizar la técnica denominada "Vaciamiento pelviano completo", incluye extirpar todos los órganos pelvianos, vejiga y recto, transplantando los uréteres a un colon exteriorizado además de una linfadenectomía pelviana.

El pronóstico para pacientes con ganglios linfáticos positivos después de la irradiación es extraordinariamente grave.

Cuando el embarazo coincide con un diagnóstico de carcinoma cervical, el tratamiento indudablemente ha de variar en cada uno de los casos, dependiendo naturalmente del estadio clínico de la enfermedad y el momento del embarazo en que se descubra el cáncer, aunque esto es relativamente raro.

Si se comprueba que la enfermedad es intraepitelial, se dejará proseguir el embarazo hasta su término posponiendo el tratamiento del cuello hasta después del puerperio; ahora, si se descubriera en etapa más avanzada, debe tratarse sin tener en cuenta el embarazo; si el embarazo estuviere muy avanzado se podría practicar una cesárea si hay viabilidad del producto.

La muerte por carcinoma del cuello uterino puede llegar debido a una uremia secundaria a obstrucción ureteral, infección hemorragia y desnutrición. El dolor es el síntoma más molesto que debe de combatirse, que se inicia en la región sacroilíaca por infiltración ganglionar linfática pelviana, que ejerce presión sobre

los nervios de las piernas. Si el empleo liberal del narcótico resulta ineficaz, hay que evaluar la utilidad de una cordotomía.

## VI. ADENOCARCINOMA DEL CUERPO UTERINO:

Constituye el proceso maligno más frecuente del fondo uterino, más frecuente que el adenocarcinoma cervical pero mucho menor incidencia que el carcinoma epidermoide cervical.

Es característico de la mujer anciana, siendo promedio de edad de 57 años, una década mayor que el cáncer cervical.

El adenocarcinoma puede presentarse en cualquier sitio del útero, tanto en forma difusa como en forma circunscrita.

El factor aislado más importante para el pronóstico del carcinoma endometrial, es la extensión del mismo, secundariamente el aspecto microscópico. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha clasificado el adenocarcinoma endometrial de la siguiente forma:

**Etapa 0:** Signos histológicos sospechosos de malignidad no demostrada.

**Etapa I:** Carcinoma limitado al cuerpo.

**Etapa II:** Carcinoa afectando cuerpo y cuello.

**Etapa III:** Se ha extendido fuera del útero, pero no fuera de la pelvis verdadera.

**Etapa IV:** Se ha extendido fuera de la pelvis verdadera afección a la mucosa vaginal y rectal.

El carcinoma endometrial tiende a seguir una evolución macroscópica bastante constante, pero incluye dos tipos histológicos diferentes; un 85% son adenocarcinomas y los

restantes adenoacantomas, tumores éstos que producen formas glandulares y de células escamosas. Estos tumores se originan como focos aislados de engrosamiento endometrial que a medida que se infiltran sufren esfacelo produciendo ulceraciones y cavidades irregulares profundas en cualquier parte de la cavidad uterina o el segmento inferior del útero.

Con el tiempo el tumor se extiende por la pared del útero y produce nódulos serosos y subserosos propagándose los tejidos periuterinos por continuidad; por último hay diseminación a los ganglios linfáticos regionales ilíacos, aórticos, inguinales e hipogástricos, en fase avanzada a la enfermedad pueden ocurrir metástasis hematógenas a pulmones, hígado, huesos y otros órganos.

Histológicamente el adenocarcinoma produce formaciones glandulares bastante precisas revestidas de células epiteliales cuboides o cilíndricas netamente anaplásicas. El adenocantoma está constituido por glándulas y células escamosas.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Más de las dos terceras partes de todos los casos ocurren en mujeres más allá de la menopausia, siendo la proporción de un 75% para pacientes posmenopáusicas, 15% pacientes menopáusicas y 10% de mujeres que todavía menstrúan. Obesidad, hipertensión, diabetes y antecedentes de legrados previos son frecuentes.

El único síntoma importante es la hemorragia anormal generalmente por menopausia. En el caso de mujeres que todavía se hallan menstruando es la menorragia. Después de la hemorragia, el síntoma más frecuente es una exudación anormal, acuosa al principio y sanguinolenta al final. El dolor, así como la pérdida de peso y debilidad general se presentan en fases últimas de la enfermedad.

Cuando cualquier mujer consulta por hemorragia vaginal anormal y se ha descartado que el origen sea vaginal o cervical, hay que admitir que procede del interior del útero; entre las causas que pueden producir dicha hemorragia además del carcinoma endometrial, se encuentran factores benignos tales como: pólipos, miomas submucosos, vaginitis senil o endometriosis.

Hay que hacer el diagnóstico lo más pronto posible y por lo tanto, se debería efectuar una dilatación y un legrado diagnóstico, así como frotes vaginales con índice de maduración, aunque su seguridad para descubrir carcinoma endometrial sólo sea un 80%.

#### TRATAMIENTO:

Caben tres conductas terapéuticas para tratar el carcinoma uterino, que son irradiación solamente, cirugía aisladamente o un tratamiento combinado.

La irradiación se considerará en la mujer de mal pronóstico o en pacientes con riesgo quirúrgico, obteniéndose algunas supervivencias del 33% de los casos. Se emplea la irradiación externa acompañada de alguna forma de terapéutica con radio.

La hysterectomía total con su presión de anexos constituye la parte más importante de la terapéutica usual, la vía abdominal es la más utilizada a no ser en pacientes obesas con mal pronóstico en que se puede emplear la vía vaginal.

La mayoría de autores sin embargo, coinciden que para cualquier estadio de la enfermedad se obtienen mejores resultados con una terapia combinada, admitiendo que si la tumoración es localizada, la irradiación no es necesaria.

El plan que se ha utilizado consiste en dejar un intervalo de seis semanas aproximadamente entre irradiación y cirugía, para que el edema y la vascularización cedan sin permitir que el tumor se difunda.

El adenocarcinoma del endometrio posiblemente sea un tumor estrogenodependiente y como estrógeno y progesterona son sinérgico, ha sido cada vez más elevado el número de estudios indicando el empleo de progesterona para tratar ciertos casos de neoplasia del endometrio, tales como en tumores avanzados con sintomatología recurrente.

#### **PRONOSTICO:**

Cuando está afectado el endometrio solamente, la cirugía sola o acompañada de irradiación debe de brindar una proporción de recuperación alrededor del 100%. Cuando está afectado el miometrio superficial la supervivencia empieza a disminuir al grado de participación del miometrio siendo la recuperación más del 50%. Pero si hubiese metástasis extrauterina, la recuperación disminuye a menos del 10%.

#### **ANALISIS DE DATOS**

##### **CARCINOMA DE MAMA:**

###### **I. Edad:**

El número total de pacientes encontrados con carcinoma de mama fue de 11 durante los diez años que constó el trabajo de investigación.

El mayor número de pacientes estuvieron agrupados entre los 45 y 70 años, encontrándose un total de 7 pacientes (63.63%). Dos pacientes (18.18%) eran mayores de los 75 años y un paciente en el grupo de 30 a 45 y otro en el grupo de 60 a 75 años.

La paciente de menor edad encontrada fue de 45 años, y la de mayor edad de 92 años de edad. (Ver figura 1).

###### **II. Estado Civil:**

Un total de ocho pacientes (72.72%) fueron reportadas como solteras, aunque hay que aclarar que eran viudas unas y madres solteras otras.

Tres pacientes (36.36%) se hallaban casadas.

###### **III. Paridad:**

De las once pacientes encontradas, dos de ellas (18.18%) eran nulíparas, otras dos (18.18%) no indicaba la respectiva papeleta el grado de paridad de las mismas; multíparas fueron siete (72.72%).

El número mayor de embarazos lo presentaron dos pacientes

teniendo cada una un total de cuatro embarazos, dos presentaron un embarazo, una paciente tuvo dos y dos pacientes presentaron tres embarazos cada una.

Respecto a número de abortos, solamente dos pacientes de nuestra muestra reportaron abortos, uno cada una siendo éstos espontáneos.

#### **IV. Antecedentes Ginecológicos:**

En siete papeletas (63.63%) no apareció la fecha de la menarquía, la edad más temprana de aparecimiento de ésta fue a los diez años reportada por un paciente (9.09%) y la edad más tardía encontrada en dos pacientes (18.18%) fue a los quince años de edad.

La fecha exacta de la última regla no se encontró en siete papeletas (63.63%), aunque se hacía notar en las historias de las pacientes que éstas eran menopáusicas. Una paciente había presentado su regla 23 años antes del inicio de la sintomatología y el menor tiempo antes del aparecimiento de los síntomas fue de un año que lo presentó una paciente.

El ritmo y la frecuencia de las relaciones sexuales no se especificó en ninguna de las papeletas, aunque ninguna de las pacientes era virgen.

Otro dato que no se encontró fue el del uso de anticonceptivos.

En ningún caso apareció un antecedente tan importante, tratándose de patología mamaria, como lo constituye la lactancia materna.

#### **V. Sintomatología:**

Ocho pacientes o sea el 72.72% de los casos presentaron

solamente un síntoma en su consulta, tres pacientes (27.27%) presentaron dos o más síntomas.

El síntoma más frecuente y que presentaron las once pacientes fue el de una tumoración en la mama, hallazgo éste hecho por las mismas pacientes en forma accidental.

Otros síntomas incluyeron dolor en un caso, hemorragia de dicha tumoración en un caso, mareos presentó otra paciente y lesiones dermatológicas (máculas hipercrómicas sobre la mama derecha) fue reportada en una paciente.

La mama izquierda fue la más afectada encontrándose en 7 pacientes (63.63%) y cuatro pacientes la presentaron en la mama derecha (36.36%).

Hablando del tiempo de evolución de la sintomatología, 6 pacientes (54.54%) presentaron su primer síntoma tres meses antes de la consulta hospitalaria, el tiempo más temprano de evolución fue de ocho días, y dos pacientes (18.18%) dejaron transcurrir doce años antes de su primera consulta médica.

#### **VI. Métodos Diagnósticos:**

Los tradicionales exámenes de laboratorio de rutina (heces, orina y hematología) aparecían en las once papeletas investigadas.

Solamente en un caso se efectuó biopsia preoperatoria, en diez casos (90.90%) el estudio histopatológico se efectuó durante el acto operatorio y posterior al mismo.

Radiológicamente, las once pacientes presentaron estudios del tórax, siendo diez de éstos (90.90%) reportadas como libres de metástasis pulmonares, un caso solamente se reportó con metástasis hiliares y mediastinales.

Solamente seis pacientes presentaron en sus estudios serie

ósea, no encontrando evidencia de metástasis.

Ninguna paciente presentaba secreción por el pezón por lo que no se les efectuó examen citológico del mismo.

#### vii. Tipo Histológico:

Los tipos de tumor encontrados en nuestra serie fueron los siguientes:

- a. Fibrocarcinoma de la Mama: **2 pacientes**
- b. Carcinoma Anaplástico Coloide: **5 pacientes**
- c. Cistoadenoma Phylode: **1 paciente**
- d. Adenocarcinoma Ductal Infiltrante: **2 pacientes**
- e. Carcinoma Indiferenciado: **1 paciente**

#### VIII. Tratamiento:

Diez pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, en nueve casos se efectuó mastectomía radical y en una paciente por presentar mama péndula se le practicó mastectomía simple. Una paciente obesa, hipertensa, clasificada por cardiología como riesgo quirúrgico grado IV fue rechazada para efectuársele tratamiento quirúrgico.

De las once pacientes, ocho pacientes recibieron irradiación en el Instituto de Cancerología, con CO<sub>60</sub> a una dosis promedio de 4,000 rads. Los restantes tres casos no aparece información acerca de si recibieron irradiación o no.

Solamente siete pacientes recibieron tratamiento combinado con cirugía e irradiación.

#### IX. Complicaciones:

Tres pacientes presentaron dehiscencia de la herida operatoria y en un caso posradiación apareció dermatitis de contacto en el área de aplicación.

#### X. Sobrevida:

Unicamente diez casos pudieron conocerse su sobrevida, ya que en un caso, dicha paciente no se encontró en la dirección anotada en su registro clínico, ni tampoco aparecieron familiares que pudieran dar la información.

Siete pacientes fallecieron, quedando vivas en la actualidad tres de ellas, el tiempo mayor de sobrevida ha sido seis años, consecutivamente una paciente con cinco años y otra con cuatro años.

Hacemos notar que estas pacientes recibieron terapia combinada.

#### CARCINOMA GINECOLOGICO:

##### I. Edad:

La muestra de carcinoma ginecológico constó de 35 pacientes, a lo largo de los diez años de investigación.

El mayor número de pacientes se agrupó en el período de 45 a 60 años, en donde encontramos 14 pacientes es decir un 40%, el segundo grupo más numeroso se encontró comprendido entre los 30 y 45 años, un total de once pacientes (31.43 %). Cinco pacientes (14.29 %), en el período de 60 a 75 años y tres pacientes (8.57 %) eran mayores de 75 años de edad.

La paciente de menor edad encontrada en el estudio era de 25

años y la más anciana de 83 años de edad. (Ver figura 3).

#### II. Estado Civil:

Nuevamente encontramos el problema de la clasificación de pacientes solteras y casadas, ya que en las papeletas registraban a señoritas viudas o que habían contraído varias veces matrimonio o madres solteras bajo el grupo de solteras, así pues encontramos que 17 pacientes eran solteras y las 18 restantes casadas.

#### III. Paridad:

En una paciente (2.83 o/o) por extraño que parezca, no se encontró el registro paridad de la misma; dos pacientes (5.75 o/o) eran nulíparas y treinta y dos pacientes (90.65 o/o) eran multíparas.

El número mayor de embarazos, que fueron dieciocho, los presentó una paciente, esta misma paciente tuvo el mayor número de abortos, nueve en total.

El número mayor de embarazos osciló entre dos y cinco por cada paciente que presentaron en total 21 pacientes.

En nueve casos presentaron abortos todos espontáneos, como mencionamos anteriormente el número mayor de abortos fue de nueve, aunque otra paciente presentó siete abortos también.

#### IV. Antecedentes Ginecológicos:

En catorce papeletas no se indicaba la fecha de la menarquia, la edad más temprana de aparecimiento de ésta la presentaron dos pacientes (5.75 o/o) a los diez años de edad; la edad más tardía de inicio del desarrollo sexual fue de 17 años en una paciente (2.83 o/o).

La fecha exacta de la última regla de cada una de las

pacientes en ocho casos (31.43 o/o) no se precisaban, aunque al igual que lo encontrado en el carcinoma de mama durante la historia clínica se precisaban que eran pacientes menopáusicas. Seis pacientes (16.98 o/o) reportaban haber presentado su última regla seis meses antes del inicio de su sintomatología, siendo ésta la edad más temprana que se reporta el aparecimiento de su última regla; la fecha más tardía referida fue de 33 años por una paciente.

El ritmo y al frecuencia de las relaciones sexuales no aparecía en ninguna de las papeletas estudiadas, aunque todas las pacientes reportaron haber tenido relación sexual durante su vida.

El uso de anticonceptivos no se reportó en ninguna papeleta.

#### V. Sintomatología:

Doce pacientes (23.96 o/o) consultaron por presentar solamente un síntoma, 21 pacientes (60.03 o/o) presentaron durante su entrevista clínica dos o más síntomas, y en dos casos asintomáticos consultaron por frotes cervcovaginales de control patológico.

La hemorragia vaginal anormal fue el motivo de consulta más frecuente ya que lo presentaron 19 pacientes. Leucorrhea y dolor en hipogastrio fueron presentadas por diez pacientes.

Otros síntomas menos frecuentes fueron pérdida de peso, ascitis, disuria, prolapo genital, amenorrea, y en dos casos como mencioné hallazgo de papanicolau.

Respecto al tiempo de evolución de la sintomatología diez pacientes presentaron sus primeros síntomas tres meses antes, un mes antes de la consulta al médico iniciaron su sintomatología nueve pacientes. Una paciente esperó doce años después de la primera molestia antes de asistir a un reconocimiento médico, siendo éste el tiempo de evolución.

## **VI. Métodos Diagnósticos:**

Los exámenes de rutina si aparecían en las 35 papeletas revisadas.

A tres pacientes se les practicó conización diagnóstica y en dos casos (5.75 o/o) logrado uterino diagnóstico.

Biopsia preoperatoria por sacabocados se efectuó a nueve pacientes, en 26 pacientes el informe histopatológico se efectuó después del acto quirúrgico.

Estudios radiológicos efectuados, tales como la radiografía del tórax simple reportaron patología en cinco pacientes, en dos de ellas se encontraron metástasis hiliares y mediastinales así mismo se presentó derrame pleural, atelectasia pulmonar, fibrosis posradicación en un caso cada uno.

La pielografía endovenosa está reportada en 25 casos únicamente, de los cuales diez pacientes presentaron patología que incluía Hidronefrosis en cuatro casos, con presión ureteral en dos pacientes, arresto renal izquierdo, ptosis renal y metástasis vesicales.

Enema de Bario se practicó a diez pacientes encontrándose patología únicamente en dos de ellos, en un caso estenosis posradiación a nivel del recto sigmoide y en otra paciente una masa que ocupaba espacio en el flanco izquierdo.

La Cistoscopía únicamente apareció en 11 casos, con un solo caso patológico que fue una obstrucción a nivel del trigono. El frote cérvicovaginal demostró patología en 18 pacientes; en 16 casos fueron sugestivos de enfermedad por lo que hubo necesidad de efectuarse biopsia, conización o algún otro método diagnóstico.

## **VII. Sitio más frecuente del Cáncer Ginecológico:**

El cérvix fue el sitio más frecuentemente afectado en 22

casos, es decir 62.86 o/o, en segundo lugar encontramos el cuerpo uterino con ocho casos (22.86 o/o), en tercer sitio los ovarios con cuatro pacientes (11.43 o/o) y la vulva con un solo caso 2.83 o/o. (Ver figura 4)

## **VIII. Tipo Histológico:**

- a. Escamoso del cuello: **6 pacientes**
- b. Epidermoide In Situ: **14 pacientes**
- c. Adenocarcinoma Uterino: **6 pacientes**
- d. Adenocarcinoma Papilar: **2 pacientes**
- e. Cistoadenocarcinoma Papilar Ovario: **1 paciente**
- f. Disgerminoma: **1 paciente**
- g. Epidermoide Vulva: **1 paciente**
- h. Adenocarcinoma del Ovario: **2 pacientes**
- i. Indiferenciado del Cérvix: **2 pacientes**

## **IX. Tratamiento:**

Diecinueve pacientes recibieron únicamente tratamiento quirúrgico, las técnicas empleadas fueron Histerectomía Abdominal Total Consalpingooforectomía ,ás Linfaadenectomía Pelviana en 16 casos, Histerectomía Vaginal en 3 casos, Nefrostomía en 3 pacientes, Vulvectomía y Linfaadenectomía Inguinal en 1 paciente, Laparatomía Exploradora en 3 pacientes y Cistostomía en 1 paciente.

Hay que aclarar que algunas pacientes fueron sometidas a dos otras técnicas quirúrgicas diferentes.

La radioterapia sola se aplicó a 7 pacientes a una dosis promedio de C060 de 3,000 rads. Hay que hacer notar que algunas pacientes (dos) fueron tratadas en el Hospital General San Juan de Dios en donde no se encontró el registro de las mismas.

El tratamiento combinado de cirugía e irradiación se le aplicó a ocho pacientes, y una paciente se fugó sin recibir ninguna clase de tratamiento.

#### X. Complicaciones:

En tres pacientes se presentaron complicaciones, en una paciente hernia incisional, estenosis posradiación del recto sigmoide y estrechez ureteral.

#### XI. Sobrevida:

Dos pacientes (5.75%) cambiaron de residencia y no se pudieron seguir en su evolución clínica, de las 33 pacientes restantes 19 fallecieron y 14 aún se encuentran vivas, el mayor tiempo de sobrevida fue de 9 años, una paciente que recibió terapia combinada, pero que falleció. De las pacientes vivas 13 de ellas únicamente recibieron tratamiento quirúrgico y una paciente únicamente irradiación.

El mayor tiempo de sobrevida de estas pacientes vivas es de 8 años hasta la fecha. (ver figura 5 y 6)

Figura 1

EDAD PACIENTES CARCINOMA MAMA

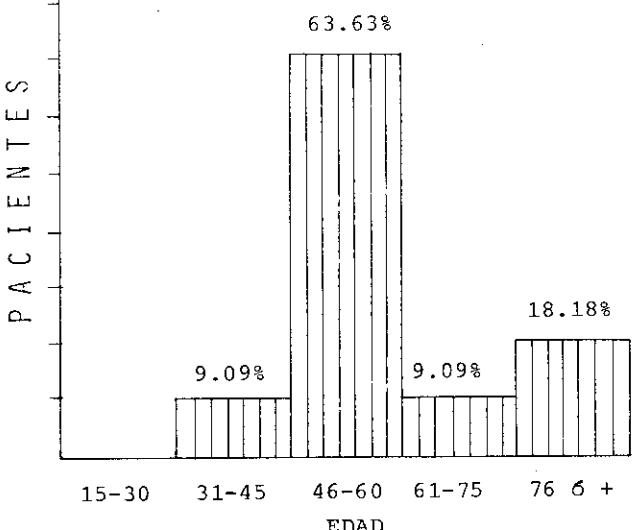


Figura 2

MAMA MAS AFECTADA

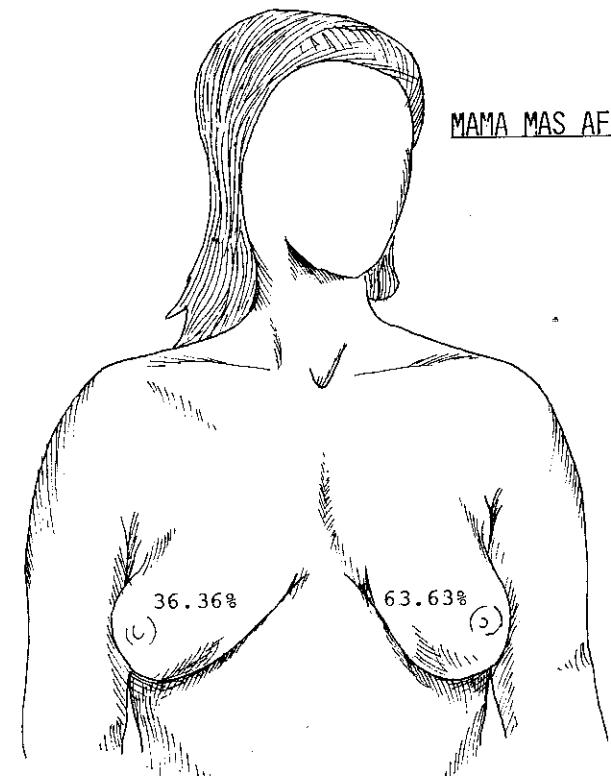
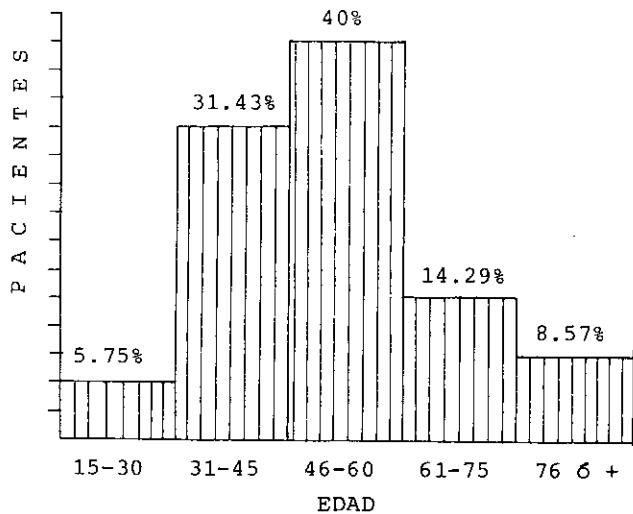


Figura 3

EDAD PACIENTES CARCINOMA GINECOLOGICO



SITIOS MAS FRECUENTES CARCINOMA GINECOLOGICO

Figura 4

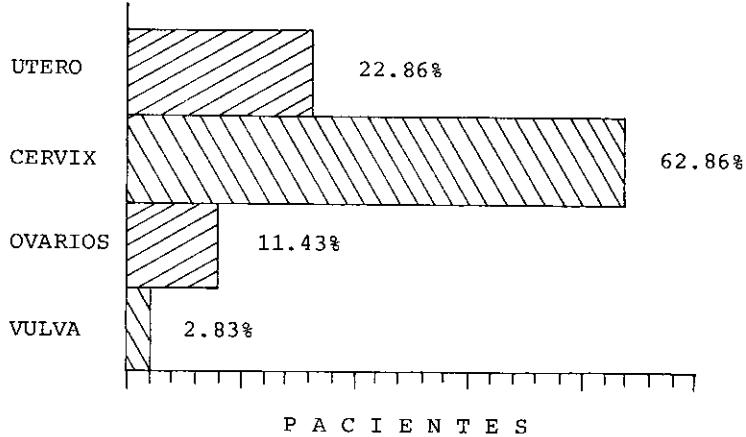


figura 5

SOBREVIDA PACIENTES CARCINOMA GINECOLOGICO

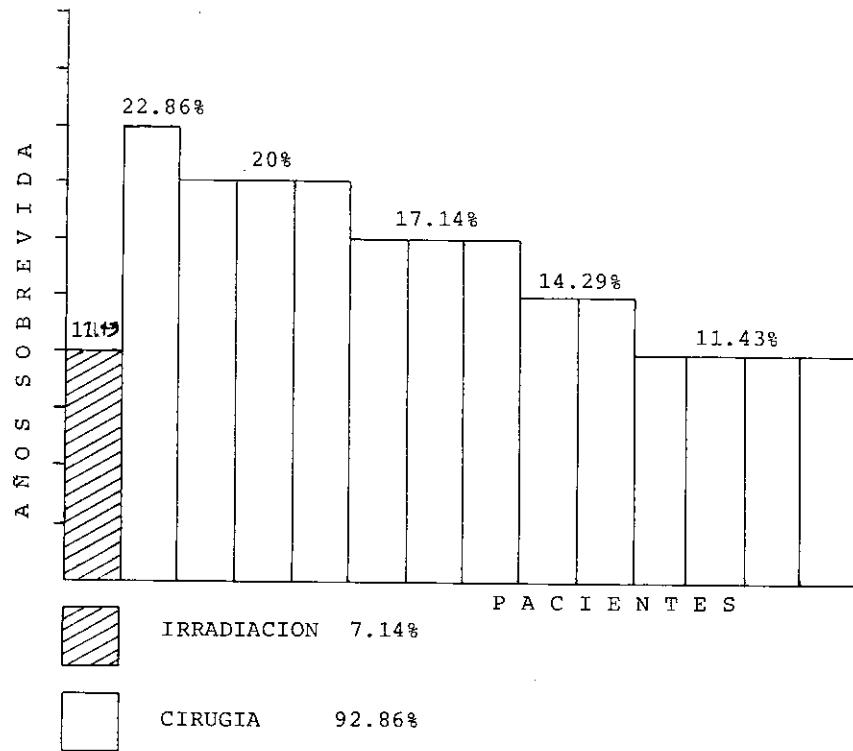
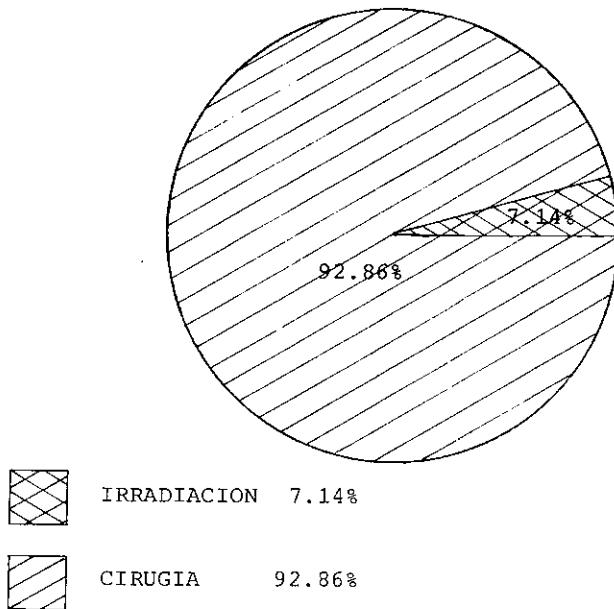


figura 6

EVALUACION TRATAMIENTO



## CONCLUSIONES

Al analizar el número de pacientes con carcinoma ginecológico y mamario en mi revisión efectuada, a simple vista se pensará en un número bajo de casos, pero si se realiza un estudio comparativo con otras entidades clínicas en el mismo sitio y en el mismo período de tiempo, se demostrará la alta frecuencia de estas enfermedades y el continuo incremento de las mismas con cada año.

El mayor número de casos en ambas enfermedades se encuentra enmarcado entre los 45 y 60 años de edad, lo que corrobora lo hallado por otros autores en otros lugares.

La gran mayoría de las pacientes estudiadas eran multíparas e incluso grandes multíparas, y a pesar de que en las papeletas se hablaba de estado civil solteras, todas habían tenido relaciones sexuales durante su vida.

Lamentablemente, como en todo centro hospitalario la ficha clínica y la recolección de datos de las mismas carecen de información esencial como obstétricos; que indudablemente causan problemas al realizar un trabajo estadístico eficaz.

Mucho se ha hablado de la importancia que tiene el autoexamen de las mamas por las mujeres mayores de 15 años, en edad reproductiva o menopáusica en la detección precoz de carcinoma mamario; en nuestro estudio todas las pacientes consultaron por una tumoración en la mama que ellas mismas se detectaron.

En el aspecto ginecológico la causa más frecuente de consulta fue de hemorragia vaginal anormal.

El diagnóstico de enfermedad neoplásica a nivel de mama o ginecológico se hizo en un tiempo bastante corto después de su ingreso al hospital, contando con ayuda diagnóstica varia tal como: biopsia, estudios radiológicos (mamografía, pielografía endovenosa,

tórax, enema de Bario y serie ósea.) Dicha ayuda diagnóstica de eficacia comprobada desgraciadamente se dejó por un lado en algunos pacientes, aunque ésto no incidió el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

Un dato de suma importancia que siempre se pasa por alto es la clasificación del estadío clínico de la enfermedad tumoral en cualquiera de sus casos, ya que nunca o muy rara vez se hacen descripciones del tamaño, consistencia, adherencia, etc. del tumor y compromiso ganglionar del mismo. Dicha información si se recolectara sería de gran ayuda para el seguimiento del paciente después de su tratamiento.

El tratamiento en el carcinoma mamario lo podríamos catalogar de estándar, ya que se recibió irradicación y cirugía, teniendo una sobrevida bastante aceptable.

Respecto al tratamiento del carcinoma ginecológico, éste fue muy variado, dada la diversidad de entidades clínicas, y a pesar del aparente éxito de sobrevida sólo con tratamiento quirúrgico se sabe por estudios realizados en otras regiones que se encuentran mejores beneficios con terapia combinada.

## RECOMENDACIONES

Dado el aumento de la incidencia de casos de carcinoma mamario y ginecológico, es necesario efectuar un interrogatorio clínico lo más completo posible, sin hacer omisión de datos importantísimos como lo son los antecedentes obstétricos y ginecológicos de las pacientes complementando ésto con un cuidadoso examen de reconocimiento físico de las mismas.

Toda paciente con masa anormal en mama o hemorragia vaginal de consistencia y características fuera de los comunes ha de consultar a su médico lo más pronto posible.

Se insistirá nuevamente en la importancia que tiene para cualquier mujer el poder practicarse un autoexamen de sus mamas periódicamente, para la detección de cualquier masa en ese sitio.

La descripción macroscópica de cualquier tumoración es importante para determinar el estadío clínico de dicha enfermedad y así poder hacer comparaciones dependiendo de la evolución y pronóstico de la entidad clínica.

Es necesario hacer del conocimiento público lo útil y necesario que son para las mujeres en edad reproductiva y menopáusica en el examen del frotis cervico vaginal periódico.

El médico ha de aprovechar todos y cada uno de los elementos diagnósticos con que cuenta para poder ofrecer a su paciente una cura definitiva o en un caso dado un alivio prolongado.

Ha de conocerse la efectividad de todos y cada uno de los métodos terapéuticos con que cuenta el médico moderno para curar estas entidades tan frecuentes.

**BIBLIOGRAFIA**

Berdurido Quan Carlos, CARCINOMA DE LA MAMA REVISION  
441 CASOS INCAN, Editorial de la Universidad de San  
Carlos, Guatemala, 1976, p. 1-56.

Ordoñez Marcucci Adolfo, NEOPLASIA BENIGNA DE LA MAMA  
75 CASOS HOSPITAL ROOSEVELT, editorial de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala, 1970, p. 1-45.

Mota de Ramírez Alma Gloria, NEOPLASIAS DEL OVARIO  
HOSPITAL ROOSEVELT, Editorial de la Universidad de San  
Carlos de Guatemala, p. 1-30, 1975.

Caballeros José Eugenio, NEOPLASIAS DEL OVARIO HOSPITAL  
GENERAL, Editorial Universidad de San Carlos de  
Guatemala, 1969, p. 1-40.

Porres Rafael, CONSIDERACIONES SOBRE CANCER DEL  
UTERO 710 CASOS, Editorial de la Universidad de San  
Carlos de Guatemala, 1959, p. 1-60.

Búcaro Edgar, CIRUGIA RADICAL CON RADIACION  
INTRAUTERINA PREOPRATORIA EN EL CARCINOMA  
DEL CERVIX, Editorial de la Universidad de San Carlos de  
Guatemala, 1970, p. 1-28.

Robbins Stanley, TRATADO DE PATOLOGIA, Editorial  
Interamericana, México.

Sabiston Jr. David, TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA'  
10a ed., Editorial Interamericana, México, 1972, p. 593.609.

Rhodds Jonathan et. al., PRINCIPIOS Y PRACTICA DE  
CIRUGIA, 4a. ed., Editorial Interamericana, México, 1972, p.  
523-569.

Holland James F., et. al., CANCER MEDICINE, Lea & Febiger,

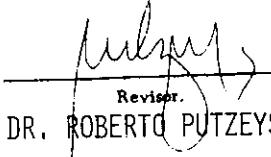
Philadelphia, 1973, p. 1,710-1719, 1744-1752, 1769-1786.

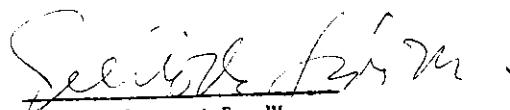
Novak Edmund R. et. al., TRATADO DE GINECOLOGIA, 8a. ed.,  
Editorial Interamericana, 1971, p. 180-203, 220-222, 243-284,  
333-339.

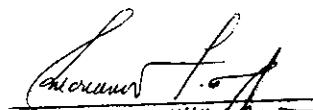
BR.

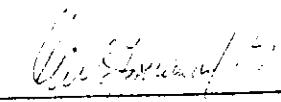
Indicaciones  
CARLOS ARTURO DAVILA MOHR

  
Asesor.  
DR. GUILLERMO CARBONELL

  
Revisor.  
DR. ROBERTO PUTZEYS

  
Director de Fase III.  
DR. JULIO DE LEON

  
Secretario General  
DR. MARIANO GUERRERO

  
Decano  
DR. CARLOS ARMANDO SOTO