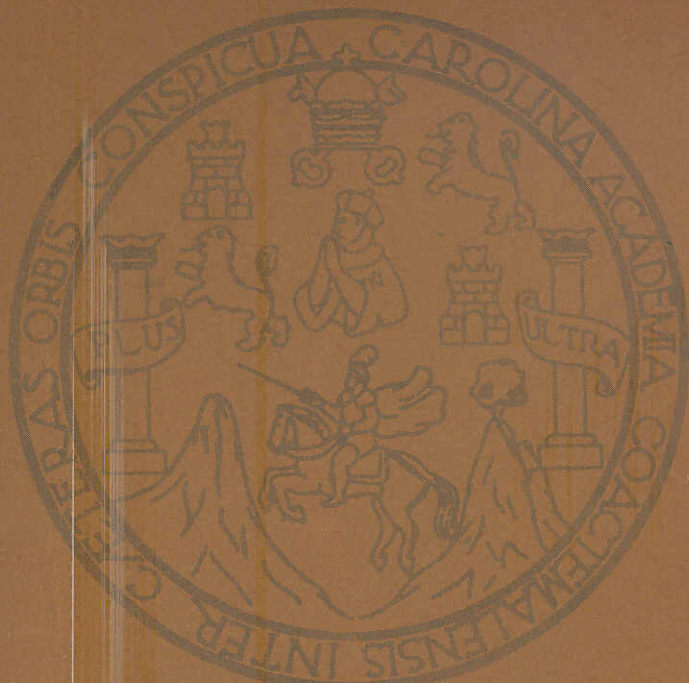


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CANCER DE CERVIX UTERINO

Revisión de 360 casos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología 1976

JUAN JOAQUIN DIAZ REYNA

INTRODUCCION

La presente revisión, es el estudio de 360 casos clínicos de pacientes con Cáncer de Cervix Ute
rino, en sus diversos estados, que asistieron al Ins
tituto de Cancerología, durante el período de Enero
a Diciembre de 1976.

Dicha nota se define en su estado más tempra
no como la lesión del epitelio cervical que induda
blemente es la precursora del cáncer invasor del cue
llo uterino.

En el presente estudio se encontró que la ma
yoría de casos diagnosticados fueron irradiados, espe
cialmente con el método intracavitario, un pequeño
grupo fué seleccionado para la cirugía, y hubo algu
nos casos en que se utilizaron los dos métodos d e
tratamiento, el agente causal sigue siendo tema d e
discusión, únicamente podemos agregar que en nuestro
medio se ha observado que cuando las pacientes s o n
muy jóvenes, refieren haber empleado cualquier méto
do anticonceptivo a temprana edad.

Considerando los resultados del presente es
tudio, la presente tesis tiene como base transformar
se en una fuente de estudio actualizado en nuestro -
medio, del Cáncer carvical, y en el aspecto epidemio
lógico, hacer un llamado de atención para determinar
medidas con respecto a la noxa, la cual se podría men
cionar como una causa de muerte y de enfermedad muy
importante en nuestro medio.

II

OBJETIVOS

A) GENERALES

- 1) Contribuir a la inquietud de Profesionales, con la determinación de datos específicos de Cáncer de Cervix Uterino, tratados en el Instituto de Cancerología, en la presente revisión.
- 2) Efectuar un estudio más amplio sobre el Carcinoma Cervicouterino ya que es muy escaso en nuestro medio.

B) ESPECIFICO

- 1) Determinar con exactitud, los métodos diagnósticos y el tratamiento actual de la noxa.
- 2) Determinar el grado o la magnitud de Cáncer de Cervix Uterino.
- 3) Contribuir como fuente informativa para estudios posteriores.

III

MATERIAL

Fueron investigados los registros clínicos de los pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Cancerología con el problema de Cáncer de Cervix Uterino, durante el año de 1976.-

TECNICA Y PROCEDIMIENTO

Para la realización del presente trabajo, fueron revisados los Registros Clínicos del Archivo General del Instituto Nacional de Cancerología, codificados según la clasificación internacional de diagnósticos de la O.M.S. para Cáncer de Cervix Uterino. Revisión de Referencias bibliográficas, utilizando las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Cancerología, y del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Finalmente la Tabulación de los siguientes parámetros investigados en los registros clínicos:

Edad.
 Procedencia.
 Motivo de Consulta.
 Diagnóstico de ingreso.
 Diagnóstico Histológico.
 Diagnóstico Citológico.
 Localización del Proceso.
 Tratamiento Quirúrgico.
 Radioterapia.

REVISION DE LITERATURA

4) Anatomía Normal del Cuello Uterino

El cuello tiene la forma de un cilindro ligeramente hinchado en su parte media. La vagina se inserta en el contorno del cuello y lo divide en: segmento extra o supravaginal, segmento vaginal y el segmento intravaginal denominado también "hocico de tenca". Este segmento tiene la forma de un cono cuyo vértice está truncado y redondeado, está circunscrito en su base por un fondo de saco circular, más profundo por detrás que por delante, cuyas diferentes porciones constituyen los fondos de saco anterior, posterior y laterales de la vagina. Su vértice tiene un agujero llamado orificio inferior del cuello que conduce a la cavidad uterina, el mismo tiende a deformarse con la gestación. La Cavidad del cuello o cavidad cervical es fusiforme, ésta es abultada en su parte media y delgada en sus dos extremos, presenta dos caras planas, en las que se encuentran una eminencia longitudinal, en la parte media de cada una, en esta hay otras secundarias que están formadas de fascículos musculares constituyendo lo que los anatomistas designaban con el nombre de árbol de la vida. Existen dos árboles de la vida, uno en la parte anterior y otro en la posterior. Los dos bordes de la cavidad cervical son regularmente curvos y en ellos se ponen en contacto las eminencias secundarias de los árboles de la vida, entrecruzándose. Además la cavidad cuenta con un orificio interno y otro externo. Respecto a la vascularización podemos decir que las colaterales uterinas originan los ramos del cuello; que son

largos y nacen a varios centímetros del borde lateral del órgano, el ramo cervical se vasculariza en el segmento intravaginal y da por lo general la arteria álgica de la vagina, en el interior del cuello las arterias se anastomosan de un lado a otro, formando un estrato vascular en el que las arterias se expansionan y ramifican antes de dar ramos terminales superficiales y profundos. Los linfáticos del cuello proceden de la red que rodea el segmento inferior del cuello. Convergen hacia las partes posterolaterales del cuello y allí se reparten en tres grupos eferentes. Algunos autores describen la existencia de un ganglio subpúbico y otro yuxtacervical en donde las redes linfáticas terminarían. (6)

2) Histología Normal del Cuello uterino

Hay tres zonas histológicas: la porción vaginal (porción histológica) la zona de transición y el endocervix, la primera se define como estroma cervical sin glándulas, cubierta por epitelio plano. Por lo tanto, el epitelio de la portio es el epitelio escamoso de la portio histológica. La portio anatómica es la parte del cuello situada por fuera del orificio externo, cuya superficie ve el clínico; incluye no sólo el epitelio escamoso y el estroma subepitelial, sino también el epitelio cilíndrico y el estroma glandular. La Zona de transición se encuentra entre la porción histológica y el endocervix y está forrada por estroma endocervical con glándulas, cubierta con alguna forma de epitelio escamoso. El endocervix es la parte del cuello que no puede ver el clínico, situada arriba del orificio externo y abajo del

orificio interno, por su parte el endocervix histológico se forma de estroma endocervical conteniendo glándulas, con el epitelio superficial y glandular de células cilíndricas. La relación entre las zonas histológicas y las anatómicas varía; depende de la posición del orificio externo con relación a las zonas histológicas. (3), (1).

3) Anatomía Patológica Macroscópica

Hay dos tipos principales de cáncer cervical, que nacen respectivamente de las dos clases de epitelio que recubren el cuello. La porción vaginal se encuentra tapizada por la variedad de epitelio pavimentoso estratificado, que se continúa con el pavimento estratificado de la vagina. De él nace el carcinoma de células pavimentosas o epidermoide. El carcinoma de células cilíndricas, por el contrario, tiene su origen en el epitelio cilíndrico del conducto cervical, que al crecer toma aspecto glandular; de aquí que se denomine adenocarcinoma del cuello. Se ha comprobado que algunos tumores tienen componentes celulares de ambos tipos, adenomatoso y plano, y se ha denominado carcinoma adenoescamoso del cuello. En la Etapa preclínica no hay alteraciones anatómicas características, en sus primeros estadios el cáncer cervical se presenta como una pequeña lesión en el orificio externo o próximo a él es decir en la unión de los dos tipos de epitelio, aparece pues como una zona endurecida y granulosa, se palpa como un ligero saliente, y al examen con espéculo se observa una superficie granulosa. En el estadio moderadamente avanzado encontramos; que el cáncer desde su asiento se

propaga a la totalidad de uno de los labios del cuello, dando origen a una variedad evertida o exofítica y otra denominada invertida o endofítica, dependiendo de la lesión que cause, en el estadio avanzado el cuello puede ser reemplazado por una cavidad excavada y ulcerada cuyas paredes se vuelven ásperas y friables, las paredes vaginales se encuentran induradas e infiltradas por el proceso, presentándose también una infiltración inflamatoria, secundaria al proceso de ulceración séptica del cuello. Es patente que el carcinoma cervical se extiende por continuidad directa para afectar casi todas las estructuras adyacentes. De manera simultánea, ataca ganglios linfáticos locales y alejados entre ellos; paracervicales, hipogástricos, obturadores e iliacos externos y los yuxtaaórticos más alejados dando metastásis a hígado, pulmón, cerebro y otras regiones. (3). (5).

4) Anatomía Patológica Microscópica del Carcinoma Epidermoide

Carcinoma intraepitelial; la histología de 95% de los carcinomas del cuello consisten en cáncer epidermoide o de células escamosas típicas, que varía en diferenciación y rapidez de crecimiento. Uno de los hallazgos microscópicos en el carcinoma muy temprano es la constancia de su origen a nivel de la unión plano-cilíndrica o de la llamada células de reserva o célula subcilíndrica. Algunos tumores son muy bien diferenciados y producen queratohialina, per las epiteliales y células espinosas; otras consisten en células escamosas más indiferenciadas. El posible curso de la histogénesis del cáncer invasor sería; en las células subcilíndricas del endocervix, en la zona de transición hay un campo potencial de cáncer oculto, Estas células, por un estímulo desconocido, proliferan en forma anormal para formar células sub

cilíndricas anaplásticas. Tal vez la evolución más común ocurra a partir de la anaplasia que se desarrolla gradualmente hacia carcinoma in situ, que a su vez invade el estroma en proporción mínima y se desarrolla finalmente hacia un cáncer clínicamente invasor, puede presentarse una evolución más rápida con la cual la anaplasia de las células subcilíndricas se convierte directamente en carcinoma in situ o en un período corto invade el estroma. En el carcinoma invasor la membrana basal se destruye, el epitelio se introduce en el estroma, al principio a manera de pequeños botones, más tarde en forma de largas columnas, semejando la forma en que las raíces de un árbol se introducen en la tierra, las células epiteliales muestran un grado variable de inmadurez, habiendo disparidad del tamaño celular y de los núcleos, hiper cromatosis, mitosis anormales y cariorrexis. (3), (2).

5) Clasificación Clínica del Cáncer Cervical

Etapla O. Carcinoma in situ - conocido también como preinvasor, intraepitelial, o similar.

Etapla I. El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello. Actualmente se le divide en 3 estados: el estroma únicamente invadido, oculto y el proceso invasivo.

Ia. Casos con invasión inicial del estroma o microinvasor, (10).

Ib. Los demás casos de etapa I.

Etapla II. El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana. Afecta vagina, pero no en su tercio inferior.

- IIa. Sin invasión del parametrio
- IIb. Con invasión del parametrio

Etapla III. El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana, el carcinoma interesa el tercio inferior de la vagina.

Etapla IV. El carcinoma interesa vejiga, recto, o ambos, o se ha extendido más allá de los límites descritos.

Se ha propuesto una clasificación adicional para pacientes tratados primariamente por cirugía. Es la siguiente:

Clase O. Carcinoma in situ, preinvasor, intraepitelial, o microcarcinoma.

Clase A. El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello.

Ao. Después de una biopsia positiva para carcinoma infiltrante, no se descubre tumor cervical en la pieza quirúrgica.

Clase B. El carcinoma se extiende partiendo del cuello para abarcar vagina, por el cuerpo, la parte alta de vagina y cuerpo; directamente o por metástasis.

Clase C. El carcinoma ha afectado tejidos paracervicales, paravaginales, o ambos, por extensión directa, linfáticos o por ganglios. Hay metástasis vaginales.

Clase D. El carcinoma situado más allá de las regiones paracervical y paravaginal, hay metástasis en ovario o trompa.

Clase E. El carcinoma ha penetrado en serosa, muscular o mucosa de vejiga, colon o recto.

Clase F. El carcinoma afecta pared pelviana (aponeurosis, músculo, hueso o plexo sacro, solos o en combinación). (3), (4), (5), (7).

6. Diagnóstico del Cáncer Cervical

Existe una serie de síntomas con las que hace su presentación el cáncer hay reportes de casos e n los que no se presentaron, se establece que el cáncer de tipo intraepitelial básicamente es asintomático, debido a lo anterior cuando la paciente se presenta a consultar el proceso se encuentra en etapas avanzadas, entre los motivos que con mayor frecuencia son causa de consulta se encuentran:

Dolor
Hemorragia
Flujo anormal
Irritabilidad vasical
Sensación de molestia rectal

El dolor puede variar de localización siendo el mismo a veces de origen hipogástrico, en las piernas, lumbar, al defecar. La hemorragia es generalmente ligera y a veces se presenta en el período intermenstrual. El flujo el cual presenta estrias de sangre o es verdaderamente acuoso-sanguíneo, así hay otros síntomas como lo son la disuria, edema, anorexia pérdida de peso, astenia, impotencia y cefalea; estos se presentan en casos muy aislados.

Entre los métodos diagnósticos con los que se cuenta para el descubrimiento del cáncer cervical tenemos los siguientes:

Prueba de Schiller
Colposcopia
Colpomicroscopia
Conización del cuello
Citología exfoliativa
Biopsia

El examen del Frotis Vaginal, según Papanicolaou, se emplea cada vez más; requisito previo para esto es la falta de cambios citolíticos debidos a una colonización excesiva por bacterias de Doderlein o a fenómenos inflamatorios de la vagina. Mediante el empleo local de antibióticos o de sulfamidas unos días antes de recoger el frotis, puede eliminar estos dos factores perturbadores, si la citología exfoliativa descubre una lesión sospechosa se procederá a realizar una biopsia para la cual se utilizará las pinzas sacabocados de tipo Gaylord. Después de haber tomado el frotis vaginal se extiende sobre un portaobjetos y se fija inmediatamente en una solución de glicerina-alcohol. A continuación viene la coloración de Shorr, a base de hematoxilina; con esta coloración los núcleos aparecen de color violeta oscuro; las células superficiales eosinófilas, de color marrón rojizo; las células cianófilas, azul grisáceo. (13)

La prueba de Schiller; 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. Así pues, la aplicación de una solución de yodo (Gramm o

Lugol) puede mostrar epitelio normal de color caoba mientras que las zonas cancerosas quedan sin teñir y netamente limitadas, por desgracia esta prueba puede dar falsos debido a traumatismos y diversos procesos inflamatorios benignos, que la pueden positivizar. La Colposcopia en la cual se utiliza un instrumento por el cual puede observarse el cuello, el cual se deberá limpiar con una solución de ácido acético al 3 %, a pesar de estoses difícil varias veces poder visualizar el epitelio en la unión planocilíndrica, por lo que se recurre a la citología. (9).

7. Tratamiento del Cáncer Cervical

Fundándose en la práctica más difundida y en los resultados favorables obtenidos con el menor número de lesiones en series adecuadas de enfermas, parece justificado llegar a la conclusión de que en el momento actual deberían recomendarse los siguientes métodos terapéuticos:

- I) En la Etapa 0, cáncer "in situ", la histerectomía total con excisión de un mango vaginal, como se dijo para la Etapa Ia, o del carcinoma microinvasor, la histerectomía total ampliada de tipo Wertheim.
- II) El carcinoma invasor en etapas Ib, II, y III. requiere radioterapia y el método más empleado es el ródium intracavitario con radiación externa.
- III) La histerectomía radical con linfadenectomía pélvica está indicada en las Etapas I y II cuando ha fracasado la radioterapia.

IV) Un pequeño porcentaje de lesiones en la etapa IV responderá a la irradiación, de forma que quizá sea prudente tratar aquellas de esta manera para empezar, pero en algún caso se rá necesario recurrir a la cirugía.

V) Una operación de exanteración completa o parcial para recidivas precoces o lesiones persistentes en las Etapas III y IV, en manos apropiadas puede ser una solución.

VI) En las recidivas tardías, es decir dos o más años, después de la irradiación primaria, ha sido nuevamente radiadas pero es probable que en estos casos sea preferible la cirugía.

VII) La recidiva local en el cérvix o en la vagina pueden ser tratadas mediante reirradiación, extirpación quirúrgica o fulguración.

La Radioterapia se emplea casi siempre con la esperanza de tener curación, en algunas circunstancias se usa exclusivamente con fines paliativos, puede utilizarse en cualquier estadio en que se encuentre el proceso, aplicable en una persona obesa, de edad avanzada o a la del más pronóstico médico. La paciente deberá ser evaluada con un examen físico general, con radiografías y exámenes de laboratorio, tratando con esto de tener un concepto general del estado de salud de la paciente. Durante años el radio-226 ha sido una fuente segura de energía radiante para el tratamiento del cáncer ginecológico, el radio-226 tiene una semidesintegración de 1,622 años, emite rayos; alfa, beta y gama, por filtración de la supre-

sión de los primeros quedando únicamente los gamma disponibles estos cuentan con una energía entre 0.18 y 2.19 millones de electrovóltios, debemos recordar que cuanto mayor es el Mev, menor la longitud de onda y mayor la penetrabilidad la cual es inversamente proporcional a la longitud de onda. Más recientemente el cesio-137 ha tendido a substituir al radio, porque como subproducto de la fisión nuclear es menos caro y tiene la ventaja de proporcionar solamente el rayo gamma de energía uniforme y penetrabilidad de 0.66 Mev, el cesio-137 tiene una semidesintegración de 29.6 años, de manera que hay que calibrar las fuentes cada seis meses. La radiación suele medirse en rad que se define como la dosis absorbida de radiación y se acompaña de la liberación de 100 ergs de energía por gramo de material absorbente, se deberá tener presente que la intensidad de radiación varía en proporción inversa del cuadrado de la distancia, entre el punto de origen de la energía y el punto donde ejerce su efecto. Se establecen dos puntos teóricos para la irradiación siendo ellos los siguientes:

A: definido como a 2 cm por fuera del eje del conducto uterino, y a 2 cm por encima de la fondo vaginal.

B: A 3 cm por fuera del punto A.

El punto A representaría un método adecuado para expresar la dosis recibida por el carcinoma primario localizado en el cuello. El punto B representaría la dosis recibida en la zona donde están los ganglios que son más frecuentemente afectados por el proceso. Las técnicas de irradiación consisten actualmente en dos aplicaciones de cesio-137 al cuello, com

pletadas por terapéutica externa de cobalto.

La dosis total deseable en el punto A es de 6000 a 6500 rads, incluyendo las aplicaciones de cesio (por medio del Aplicador de Fletcher) que se efectúan con intervalos de dos semanas y la terapéutica de haz externo de cobalto-60. La dosis total para el punto B es, como mínimo, de 5000 a 5500 rads con terapéutica combinada de cesio y el haz externo, de no contar con cesio se establece una serie repetida de cobalto; la primera serie de 2500 rads en unas dos y media semana. Intervalo de dos semanas, luego 2000 rads en dos semanas, intervalo nuevamente y finalmente 2000 rads en dos semanas más. A pesar de todas las precauciones, la irradiación se acompaña de inevitables complicaciones entre las que se mencionan:

Diarrea
Hemorragia rectal
Fístulas
Proctitis

El tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuello uterino se clasifica en las siguientes categorías:

- 1) Intentos primarios para conseguir una curación mediante la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral o por medio de una histerectomía vaginal radical o ampliada, la conización para casos no invasivos. (8)
- 2) Linfadenectomía como corolario de la radioterapia.

- 3) Exanteración pélvica en las enfermedades avanzadas.

- 4) Tratamiento quirúrgico de las recidivas locales uterinas o vaginales tras la radiación o el tratamiento quirúrgico.

Además la cirugía como tratamiento paliativo está justificado en el cierre de fístulas; colostomía, anastomosis y ligadura de vasos, la combinación de la irradiación y la cirugía es objetable debido a que la irradiación tiende a causar fibrosis dificultando el empleo quirúrgico mientras que la cirugía tiende por medio de la destrucción a la diseminación de células malignas por vía linfática y hemática.

RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS

Es una revisión de un período comprendido entre los meses de Enero a Diciembre del año de 1976, de casos diagnosticados y tratados de Cáncer Cervical en el Instituto Nacional de Cancerología; se encontró que el número de casos durante ese período fue de 360 pacientes.

Es de hacer notar que hubo en el estudio de los mismos algunas diferencias en la conducta terapéutica, ya que debieron hacerse combinaciones de irradiación con cirugía debido a lo avanzado en que se presentaron algunos casos.

CUADRO No. 1

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical según grupo etario. Instituto de Cancerología. 1976

Grupos Etarios	No. de Casos	Porcentaje
21 - 26	8	2 %
27 - 32	28	7 %
33 - 38	40	11 %
39 - 44	68	18 %
45 - 50	78	21 %
51 - 56	62	17 %
57 - 62	32	7 %
63 - 68	26	7 %
69 - 74	12	3 %
75 - 80	8	2 %

La mayor frecuencia se obtuvo entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida.

CUADRO No. 2

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical según la procedencia de los mismos, Instituto Nacional de Cancerología. 1976

Procedencia	No. Abs.	Porcentaje
Guatemala	140	38 %
Escuintla	43	11 %
Suchitepéquez	31	8 %
Jutiapa	18	4 %
Retalhuleu	18	4 %
Izabal	14	3 %
Sta. Rosa	12	3 %
Chiquimula	10	2 %
Zacapa	10	2 %
Quetzaltenango	10	2 %
San Marcos	8	2 %
Chimaltenango	6	1 %
Huehuetenango	6	1 %
Progreso	6	1 %
Baja Verapaz	4	1 %

Además se presentaron casos aislados en los departamentos de Totonicapán, Quiché, Sololá, Belice, al totalizar los promedios que aparecen en el cuadro anterior, se establece un total de 220 casos en el Área Rural para el 62%, las Estadísticas del Instituto de Cancerología establece que en los últimos cinco años se han presentado 1,380 casos, habiendo un promedio de 325 casos anuales, se establece que en los últimos años se ha incrementado la noxa.

CUADRO No. 3

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical según motivo de Consulta, dado en el Instituto de Cancerología. 1976

Motivo de Consulta	No. de Casos	Porcentaje
Hemorragia	172	47.6 %
Dolor	87	24.1 %
Flujo	70	19.5 %
Impotencia	10	2.6 %
Anorexia	6	1.6 %
Astenia	4	1.3 %
Disuria	4	1.3 %
Pérdida de peso	4	1.3 %
Edema	2	0.5 %
Cefalea	1	0.2 %

Además únicamente 10 pacientes consultaron por presentar hemorragia intermenstrual, 15 por flujo, 2 por pérdida progresiva de peso y 1 paciente que llegó a chequeo, del cuadro descrito anteriormente casi siempre la hemorragia se acompañó de dolor pélvico, el cual fue de muy variada localización, el flujo casi siempre fue de tipo hemorrágico o con algunas estrias sanguíneas en su contenido.

CUADRO No. 4

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical, según Diagnóstico de ingreso, dado en numeros absolutos y porcentajes, Instituto Nacional de Cancerología de 1976

Etapas del proceso	No. Abs.	Porcentaje
0	25	6.6 %
Ib	38	10.5 %
II	96	26.6 %
IIa	24	6.6 %
IIb	33	9.1 %
III	120	33.3 %
IV	24	6.6 %

Como se observa en el cuadro la Etapa en que con mayor frecuencia se presentaron las pacientes fue en la etapa II, pues hace un total de 153 casos para el 42.3 % siguiéndole en frecuencia casos de la Etapa III, esto establece el alto porcentaje de tratamiento con radioterapia especialmente con el método intracavitario.

CUADRO No. 5

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical, según diagnóstico Histo-Citológico. Instituto Nacional de Cancerología. 1976

Tipo Histo-Citológico	No. Abs.	Porcentaje
CEBI	152	40.5 %
CEMI	84	23.3 %
CEPI	65	17.1 %
CEIV CEIV	36	10 %
CECL	12	3.3 %
CEXG	4	1.3 %
CECE	6	1.6 %
CEIM	1	0.2 %

Como se ha establecido en otras investigaciones la mayoría de Carcinoma Cervical es de la variedad Epidermoide, presentándose (BI) bi-en indiferenciado, (MI) moderadamente, (P) pobremente, (IV) invasivo, (CL) de células claras, (XG) de extensión glandular, (CE) de Células Escamosas y por último de tipo (IM) invasivo metastático, el carcinoma in situ se presentó únicamente en 14 casos de los 152 de CEBI.

CUADRO No. 6

Frecuencia de casos de Cáncer Cervical, según tratamiento instituido en el Instituto Nacional de Cancerología. 1976

Tratamiento	No. Abs.	Porcentaje
Radioterapia		
Intracavitario	260	72.2 %
Pélvica	23	6.3 %
Combinación	8	2 %
Quirúrgico		
Histerectomía	46	12 %
Conización	14	3 %
Rehusaron	5	1.3 %

De lo anterior se establece que el tratamiento preferido para el carcinoma invasor sigue siendo la radioterapia y no existe la probabilidad de que esta recomendación sufra modificaciones.

VII

CONCLUSIONES

- 1) El Cáncer de Cervix Uterino ocupa el primer lugar entre todos los cánceres, evaluados en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 2) La edad más afectada por el Carcinoma Cérvico-uterino fue la comprendida entre la tercera y cuarta década de la vida.
- 3) La procedencia más frecuente fué de los Departamentos de: Guatemala, Escuintla y Suchitepéquez.
- 4) La sintomatología más frecuentemente manifestada fué: Hemorragia, dolor y flujo.
- 5) En la mayoría de los casos se estableció el diagnóstico por medio del Papanicolau y la biopsia.
- 6) El diagnóstico de ingreso generalmente fué determinado cuando el proceso se encontraba en el estadio II al momento de la consulta.
- 7) El resultado Histo-citológico de los casos tratados fué de la variedad Epidermoide bien diferenciado como lo demuestra el 40.5 %

- 8) La Radioterapia es el más frecuente de los métodos terapéuticos utilizados en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 9) La conización en los casos de carcinoma insitu se encuentra indicado en aquellos casos en los que no hay amenaza invasiva posible.

VIII

RECOMENDACIONES

1).-

Tecnificar al personal de Salud para el examen de Papanicolau tan necesario en el diagnóstico de la noxa, en fases tempranas, en el Area Rural.

2).-

Se deberá continuar la investigación entre los mecanismos por los cuales establezca la relación o no de los métodos anticonceptivos y el carcinoma cervical.

3).-

Se deberá dar una orientación adecuada a las pacientes en el uso de los métodos anticonceptivos, frente a la duda existente que sean estos métodos causantes de carcinoma cervical.

4).-

La Salud Pública en el país deberá tener en cuenta el alto riesgo en que se encuentran las pacientes del área rural, las cuales contraen matrimonio a temprana edad y según se ha establecido el temprano contacto sexual y la alta paridad favorecen el establecimiento del Cáncer Cervical.

5).-

Sería conveniente que las unidades Gineco-Obstétricas de los Hospitales de la Capital y del área rural sumen sus esfuerzos para obtener estadísticas nacionales para determinar la magnitud de la noxa, y así poder en conjunto determinar métodos adecuados de tratamiento.

6).-

En los centros de orientación prematrimonial deberá de orientarse a las parejas sobre el peligro del cáncer cervical y lo positivo del Papanicolaou en los chequeos ginecológicos.

REFERENCIAS

- 1).- Dr. Arthur W. Ham. Tratado de Histología. Cap. 29. Sistema Reproductor Femenino. 6ta. Ed. Ed. Interamericana México pp. 910-912, 1970.
- 2).- Robbins. Tratado de Patología. Cap. 27. Aparato Genital Femenino. 3a.ed. Ed. Interamericana - México pp. 1017 - 1021, 1968.
- 3).- Novak. Jones. Jones. Tratado de Ginecología. Cap. 12. Carcinoma del Cuello. 8va.ed. Ed. Interamericana México pp. 243 - 284, 1971.
- 4).- International Federation of Gynecology and Obstetrics. Clasification of Cervix Cancer. - 1974.
- 5).- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Cap. 45. Ginecología; útero, ovarios y vagina. 10ma. ed. Ed. Interamericana México pp. 1427 - 1431, 1972.
- 6).- Testut y A. Latarjet. Tratado de Anatomía Humana. Cap. III. Organos genitales de la Mujer. Artículo III. Utero. Ed. Salvat, S.A. Tomo Cuarto pp. 1199 - 1264. 1971.
- 7).- Richard Boronow, M.D. Stage I cervix cancer and pelvic node metastasis Special reference to the implications of the and the recently replaced FIGO, clasification on stage Ia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby Company, St. Louis, Missouri. February; V.- 127, No. 2, P. 135. 1977.
- 8).- Bengt Bjerre, M.D. Falke Linell, M.D. Gösta Eliasson, M.D. Conization as only treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C. V. Mosby Company, St. Louis, Missouri May; v - 127, No. 2, p. 143. 1976.
- 9).- Rubio and, Thomossen. A Critical evaluation of the Shiller test in patients before conization Ca American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby Company, St. Louis, Missouri. May; V - 127. No. 1, P. 96. 1976.
- 10).- Robert M. Puch, M.D. James A. Pitcock, M.D. Walter A. Puch jr. M.D. Microinvasive carcinoma of the cervix. Published By THE. C.V. Mosby Company. St. Louis, Missouri. May; V - 127, No. 1. P. 87. 1976.

11).-

Eugene C. Sandberg. M.D. Bening Cervical and vaginal changes associated with exposure to Stilbestrol in utero. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby Company, St. Louis, Missouri. July; V - 125, No. 6. P. 777. 1976.

12).-

Benjamin. E. Greer, M.D. and Willian Droege Mueller, M.D. Tampon induced vaginal of cervical ulceration. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby, Company, St Louis, Missouri. February; V -127. No. 3. P 368. 1977.

13).-

Carlos Pérez-Meso. M.D. and John S. Spratt jr. Scale node biopsy in the pretreatment stagny of carcinoma of the carvix uteri. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C. V. Mosby Company. St.Louis, Missouri. - May; V - 127. No. 1. P. 93. 1976.

14).-

Robert J. Futoran, and James F. Nolan. M.D. - Stage I carcinoma at the uterine cervix in patients under 40 years of age. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby, Company. St. Louis, Missouri. July. V - 125. No. 6. P. 790. 1976.

15).-

Worwch coppleson. M.D. and Bony Brown.M.D. The Prevention of carcinoma of the cervix. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Published By THE. C.V. Mosby Company. St.Louis, Missouri May; V - 127. No. 2. P. 153. 1976.

16).-

Robert O. Petersen. M.D. PbD. And Lynn Jammer. M.S. A Clinical-pathologyc study of 100 cases of endometrial carcinoma Departament of Pathology, Temple University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania. Official Publication of American society of Clinical Pathologists. Published By J.B.Lippincott Company. February; Vol.67.No.2. Abstracts Of Papers. 1977.-

Br. Juan Joaquín Díaz Reyna

Dr. Carlos Ovalle López
Asesor

Dra. Gloria Valdes
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano