

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARCINOMA DEL CERVIX VARIEDAD
CELULAS CLARAS

TESIS

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

por:

SOLEDAD DE LOS ANGELES VALDEZ GUTIERREZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1978.

PLAN DE TESIS

Introducción

Objetivos

Hipótesis

Material

Método

Revisión de Literatura

6.1 Anatomía Normal del Cuello Uterino

6.2 Histología Normal del Cuello Uterino

6.3 Epidemiología y Etiología del Carcinoma del Cuello Uterino

6.4 Frecuencia y Distribución

6.5 Tipos Anatomopatológicos

6.6 Anatomía Patológica Macroscópica

6.7 Clasificación

6.8 Aspectos Clínicos

6.9 Diagnóstico

6.10 Anatomía Patológica Microscópica del Carcinoma Epidermoide

6.11 Carcinoma de Células Claras o Cristalinas

a- Historia

b- Consideraciones Histológicas

c- Consideraciones Clínicas

d- Pronóstico

e- Análisis

6.12 Principios Básicos del Tratamiento del Carcinoma del Cuello Uterino

6.13 Pronóstico y Profilaxis

Resultados

Presentación de los Casos

Análisis de los Casos

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

INTRODUCCION

El carcinoma del cuello uterino ha sido reconocido durante muchos años como el de mayor prevalencia en la población femenina, tanto de nuestro país como en el resto de Latinoamérica. A través de los años, este hecho ha dado como resultado que el esfuerzo, tanto de clínicos como de investigadores, se haya dirigido a mejorar las técnicas de diagnóstico y tratamiento.

La literatura médica está repleta de informes de los resultados de radioterapia y del tratamiento quirúrgico de los casos de cáncer cervical, y el resultado es que han mejorado considerablemente.

El presente trabajo encierra un estudio acerca del problema del carcinoma del cérvix y específicamente de la variedad Células Claras. Se han revisado los archivos del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios "Dr. Carlos Martínez Durán", para determinar el porcentaje de casos existentes en el mismo y se ha evaluado el estado actual de las pacientes a quienes se les diagnosticó y quienes correspondían al Hospital General.

Debido a la magnitud del problema en nuestro subdesarrollado país, deseamos hacer énfasis en la importancia de las campañas de detección masivas, del examen citológico-Papanicolau- para diagnosticar y manejar adecuadamente aquellos casos que así lo ameriten, conocer los cambios citológicos leves y evitar, en futuros cercanos, que las pacientes consulten cuando ya el carcinoma es sintomático, es decir, invasivo.

2. OBJETIVOS:

1. Generales

- 1.1 Contribuir al estudio del carcinoma del cérvix en Guatemala.
- 1.2 Conocer informes recientes publicados en la literatura mundial, acerca de este tema, para actualizar los que existen en la literatura guatemalteca, la cual es ya bastante escasa.

2. Específicos:

- 2.1. Conocer la incidencia de carcinoma de células Claras del Cérvix en Guatemala.
- 2.2 Conocer la evolución de las pacientes con este diagnóstico en el Hospital General San Juan de Dios.
- 2.3 Contribuir como fuente informativa para estudios posteriores.

3. Hipótesis:

1. La incidencia del carcinoma de Células Claras es muy baja y existe una similitud entre los valores encontrados en nuestro medio y los valores reportados en la literatura.
2. Existe una muy alta mortalidad, debido a que este tipo de cáncer se caracterizó por una muy rápida evolución, por ser radioresistente y además, por producir un alto índice de lesiones metastáticas.
3. No existe aún en la literatura un acuerdo acerca del origen de este tipo de célula maligna del cáncer del cérvix.

4. Material:

1. Físico

- 1.1 Archivo del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios, "Dr. Carlos Martínez Durán".
- 1.2 Archivo de Registros Médicos del Hospital General San Juan de Dios.
- 1.3 Archivo de Registros Médicos del Instituto Nacional de Cancerología.
- 1.4 Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 1.5 Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

2. Humano

- 2.1 Médico Asesor: Dr. Salvador López Mendoza
- 2.2 Médico Revisor: Dr. Enrique Duarte Monroy
- 2.3 Bachiller que efectuó el estudio

5. Método:

El presente, es un estudio retrospectivo de los casos de carcinoma del cuello del útero, diagnosticados en el Departamento de Patología del Hospital General, de enero de 1970 a diciembre de 1976. Como el tema que nos motivó a realizarlo es carcinoma de Células Claras, únicamente se revisaron las historias clínicas de las pacientes a las cuales se les diagnosticó esta entidad, siendo éstas, en número de cuatro. Se revisó su historial clínico en el Hospital General y la evolución de tres de ellas, que fueron trasladadas al Instituto Nacional de Cancerología, para tratamiento especializado.

Se efectuó una investigación bibliográfica, en cuanto se refiere a carcinoma de cérvix en general; únicamente se encontraron tres artículos específicos del cáncer de Células Claras (5, 7, 20), y dos que los mencionan estadísticamente

(3,21) .

Se hace un análisis de los cuatro casos presentados, y finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones.

6. Revisión de Literatura

6.1 Anatomía Normal del Cuello Uterino

El útero es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo, cuando éste ha alcanzado su desarrollo completo. Está situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales.

Tiene la forma de un cono truncado y aplanado de adelante a atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello.

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, 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 y los partos. La cavidad del cuello o cavidad cervical es

fusiforme, abultada en su parte media y delgada en sus dos extremos, presenta dos caras planas, en cada una de las cuales se encuentra una eminencia longitudinal; en cada eminencia, hay otras secundarias que están formadas de fascículos musculares constituyendo lo que los anatomistas llaman el árbol de la vida, hay uno en cada cara, anterior y 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 del orificio inferior o externo, la cavidad virtual presenta un orificio interno.

Respecto de la vascularización, las colaterales de la arteria uterina originan los ramos del cuello, que son largos y nacen a varios centímetros del borde lateral del órgano. El ramo cervical vasculariza el segmento intravaginal y da por lo general la arteria ácidos 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. Las venas son satélites a las arterias, contribuyen a formar, los plexos uterinos. 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 terminan (17).

6.2 Histología Normal del Cuello Uterino:

Es importante definir con claridad las zonas histológicas del cuello, para distinguirlas de las regiones anatómicas y entender los diferentes procesos histológicos que se ob-

servan en el desarrollo y curso del carcinoma del cuello uterino.

Hay tres zonas histológicas:

- a- porción vaginal, exocérvix o portio histológica
- b- zona de transición
- c- endocérvix.

La porción vaginal es la parte del cuello situada por fuera del orificio externo, cuya superficie ve el clínico con espéculo vaginal. Se define como estroma cervical sin glándulas revestido de epitelio estratificado plano; incluye, entonces: epitelio escamoso, estroma subepitelial y dentro de una zona de eversión por desgarramiento del orificio externo y dentro de una erosión clínica: epitelio cilíndrico y estroma glandular.

La zona de transición se encuentra entre la porción vaginal y el exocérvix. Consiste en estroma endocervical con glándulas, cubierta de alguna forma de epitelio escamoso.

El endocérvix, situado arriba del orificio externo y por debajo del orificio interno. El clínico no puede verlo. Formado por estroma endocervical con glándulas, con epitelio superficial y glandular de células cilíndricas (1) (6) (12)

6.3 Epidemiología y Etiología del Carcinoma del Cuello Uterino:

Epidemiología: Este tipo de cáncer es uno de los más frecuentemente encontrados, y en los Estados Unidos sólo es sobrepasado por el cáncer de la mama. En Guatemala ocupa el primer lugar en las listas de cáncer femenino, a partir del grupo de edad de 21 años (15).

Esto es propio de los países subdesarrollados, en donde

se observa en el primer lugar de todos los cánceres de la mujer (2).

El estudio epidemiológico es muy importante y su demostración es circunstancial. Otros datos epidemiológicos que deben tomarse en cuenta, además del bajo nivel socioeconómico de los países subdesarrollados, son exposición sexual temprana, especialmente con diversos compañeros; participación de un agente infeccioso, tricomonas, herpes simple tipo II, causa viral? (12).

Etiología: las características comunes asociadas con una alta incidencia de carcinoma de cérvix, incluyen nivel socioeconómico bajo, casamiento a edad temprana y coito, promiscuidad sexual, múltiples divorcios, aumento de la paridad e historia positiva de enfermedades venéreas. Hay una alta incidencia en prostitutas y una baja incidencia en monjas lo cual indica que hay algún tipo de relación con el coito como un factor etiológico, lo que sugiere la presencia en el esmegma de algún agente químico o viral; acerca de esto, se efectuó un estudio de 1148 casos de pacientes las cuales presentaban diferentes tipos de lesión en el cérvix, encontrándose que sí existe algún tipo de relación entre las lesiones del cérvix y las pacientes cuyos esposos estaban o no circuncidados. He aquí los resultados:

El 40% de las pacientes presentaron carcinoma invasivo, de estas pacientes:
18% el esposo era circuncidado
50% el esposo no era circuncidado
32% no pudo determinarse si era o no circuncidado.

El 36% de las pacientes presentaron carcinoma in situ, de las cuales:
22% el esposo era circuncidado.

42% el esposo no era circuncidado
36% no pudo determinarse

el 24% de las pacientes, tenían displasias cervicales, de las cuales:

21% el esposo era circuncidado
40% el esposo no era circuncidado
39% no pudo determinarse (16)

Se ha hallado en las mujeres con tumores cervicales, una concentración significativamente más alta de anticuerpos contra un virus de tipo hérpético, que en mujeres sanas (10) posiblemente el tipo II que se haya íntimamente asociado a pacientes que tienen displasia o carcinoma in situ del cuello uterino (2).

Hasta el presente, toda la evidencia disponible es todavía insuficiente para puntualizar cual es la causa etiológica exacta.

6.4 Frecuencia y Distribución:

Como dijimos anteriormente, el cáncer del cérvix, ocupa un lugar preponderante en las listas de cáncer en la mujer. Es el número uno en la lista de las 10 incidencias más altas de casos de cáncer en ambos sexos, registrados en 1976 en Guatemala; el grupo de edad más afectado es de 31 a 50 años (15) (3). En el conjunto de cáncer del mundo es, después del cáncer cutáneo, la forma más frecuente de cáncer en ambos sexos (13). Las más altas incidencias se registran en Chile, Japón, Dinamarca, Portugal, Puerto Rico y Austria, y las más bajas, en Israel, Islandia, Noruega y Australia. (10).

6.5 Tipos Anatomopatológicos:

Hay dos tipos principales:

- El que nace de la porción externa de la porción vaginal del cuello, en donde las células epiteliales se continúan con las de la vagina, pavimentosas estratificadas, da origen al carcinoma escamoso epidermoide o pavimentoso.
- El que nace en el conducto cervical-endocérnix, en donde hay epitelio cilíndrico, el cual al crecer toma aspecto de glándula, origina el adenocarcinoma del cuello.

Un 90 a 95% son de la variedad escamosa o epidermoide. Del 5 al 10% corresponde a los adenocarcinomas. Un pequeño porcentaje corresponde a los adenoescamosos-carcinoma mixto de escamoso y adenocarcinoma. Puede observarse también el adenoacantoma, el cual es una enfermedad adenomatosa maligna con metaplasia escamosa benigna acompañante. Una variedad poco frecuente de adenocarcinoma cervical es el adenocarcinoma mesonéfrico de células claras (11) descrito por Shiller, el cual se origina en los vestigios mesonéfricos tubulares o pseudoglandulares; los carcinomas de cuello en niñas son exclusivamente de este tipo (12). Además se ha descrito una nueva variedad de carcinoma, que corresponde alrededor de 1.3 a 3.8% de los carcinomas del cuello, denominado de Células Cristalinas o Claras, no habiéndose determinado aún verdaderamente si corresponde al tipo escamoso, o si es un tipo mixto (5) (7), de éste hablaremos detalladamente más adelante.

6.6 Anatomía Patológica Macroscópica:

Etapa precínica: No hay signos macroscópicos que identifiquen un carcinoma intraepitelial. De hecho, casos

de cervicitis, pueden ser más evidentes que carcinomas in situ.

Primeros Estadíos: Lesión próxima o a nivel del orificio externo-área de las células de reserva, zona de transición-; se observa una saliente o pequeña zona endurecida y granulosa que sangra fácilmente. Difficil distinguir el carcinoma de otras lesiones.

Estadió Moderadamente Avanzado: A medida que avanza, la lesión puede tomar un labio total del cuello, o porciones de ambos:

- a- variedad evertida o exofítica: tendencia papilar, forma de coliflor.
- b- Variedad invertida o endofítica: la lesión se extiende entre los tejidos cervicales, induración firme, pétreo.

Estadió Avanzado: Cavidad ulcerada, con paredes ásperas y friables, hemorragia franca si no se hace el examen cuidadosamente. Puede infiltrar paredes vaginales, ligamentos anchos, bloquear uno o ambos uréteres, afectar recto o vejiga, o formar fistulas, (12).

6.7 Clasificación:

Estadío:

- 0 Carcinoma in situ. Preinvasivo o intraepitelial.
- I Confinado al cuello uterino. Debe descartarse extensión al cuerpo del útero.

- IA Carcinoma microinvasivo. Preclínico, Diagnóstico por citología y confirmado histológicamente, Invasión inicial del estroma.
- IB Carcinoma clínicamente invasivo
- II Se extiende por fuera del cuello, pero no alcanza la pared pélvica. Envuelve el tercio medio o superior de la vagina, pero no su tercio inferior.
- IIA No ha infiltrado parametrios
- IIB Ha infiltrado parametrios
- IIIA Carcinoma que invade tercio inferior de la vagina
- IIIB Carcinoma que alcanza la pared pélvica. No hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Hidronefrosis o riñón no funcional por estenosis del uréter puede colocarse en estadío III.
- IVA Carcinoma que envuelve la mucosa de vejiga o recto. Sólo probado histológicamente.
- IVB Se extiende por fuera de la pélvis verdadera(2)(9)

La anterior clasificación por estadíos, es en cuanto se refiere al T=Tumor Primario. En lo que se refiere a metástasis y ganglios:

N= Ganglios Linfáticos Regionales:

NX= Cuando no es posible determinar el estado de los ganglios linfáticos regionales

NO= No hay alteración o deformidad de los ganglios linfáticos demostrada por los métodos diagnósticos disponibles.

N1= Ganglios linfáticos regionales deformados o alterados

N2= Hay una masa palpable fija en la pared pélvica con un espacio libre entre esta y el tumor.

M=Metástasis a Distancia:

MO= No existe evidencia de metástasis a distancia

M1= Se encuentran metástasis a distancia, que incluyen los ganglios por arriba de la bifurcación de las arterias ilíacas comunes.

GRUPOS POR ESTADIOS

Las categorías NO Y NI no se toman en consideración al establecer los grupos por estadios:

Estadio "O" TIS

Estadio Ia T1a NX MO

Estadio Ib t1b NX MO

Estadio IIa TIIa NX MO

Estadio IIb TIIb NX MO

Estadio III TIII NX MO

tIb N2 MO*

tIIa N2 MO

tIIb N2 MO

Estadio IV a TIV NX MO

TIV N2 MO

Estadio IVb

Cualquier M1

*Las categorías TI a NII puede que no existan(2)

6.8 Aspectos Clínicos:

Los estadios precínicos del cáncer del cuello duran varios años, como es sabido y pueden descubrirse por métodos citológicos sencillos(13); en virtud de este crecimiento relativamente lento de la mayoría de cánceres cervicales, los primeros síntomas son tan anodinos que muchas mujeres premenopáusicas los consideran como normales

El promedio de edad de pacientes con cáncer intraepitelial es de 38 años, éste es básicamente asintomático, aunque se ha encontrado algunos signos y síntomas coincidentes: alrededor del 30% presentan hemorragias anormales, éste es el primer síntoma en la mayoría de los casos, puede ser intermenstrual, post coito, después de esfuerzos v lentos o de una defecación dificultosa o de un examen pélvico. 24% presentan leucorrea, al principio, puede ser acuosa, pero tarde o temprano, se tinte de sangre; cuando aumenta la secreción va confiriendo al flujo un olor desagradable, secundario a la infección. El 46% restantes, no suelen presentar síntomas.

El promedio de edad de pacientes con cáncer sintomático es de más de 48 años. El dolor sólo es síntoma de las últimas fases y siempre es intenso. Pueden producirse fistulas en la vejiga o el recto. La infiltración lateral obstruye los uréteres, siendo la uremia la causa última de muerte en un grupo importante de casos(12).

6.9. Diagnóstico:

- La historia de la paciente es importante, pero debe considerarse secundaria, frente a un grupo amplio de medidas diagnósticas precoces.
- Citología Exfoliativa: El hecho de realizar esta prueba en grupos de mujeres con cuellos de aspecto normal, ha permitido efectuar un diagnóstico temprano de cáncer del cérvix, antes de que aparecieran síntomas. Importante efectuar frotis sistemáticos desde que la paciente empieza a tener relaciones sexuales.
- Adjunto al frote, tener una cuidadosa historia de la paciente, palpación cuidadosa del cuello, e inspección con espéculo. Si se encuentran lesiones sospechosas, efectuar biopsia, además del frote cérvix

vico - vaginal. Ambos métodos son complementarios. -Existen otros procedimientos diagnósticos, los cuales únicamente nombramos en este estudio y comprenden: Prueba de Schiller, Colposcopia, Conización, Colpometoscopia.

6.10 Anatomía Patológica Microscópica del Carcinoma Epidermoide:

La histología del 90 a 95% de los carcinomas del cuello consisten en cáncer epidermoide o de células escamosas típicas, que varían 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 célula de Reserva o célula queratohialina, perlas epiteliales o células espinosas; otras consisten en células escamosas más indiferenciadas. El posible curso de la histogénesis del cáncer invasor sería en las células subcilíndricas del endocérvix. 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 subcilíndricas anaplásicas. 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 lo cual la anaplasia de las células subcilíndricas se convierte directamente en carcinoma in situ o en un período corto de tiempo 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, habien-

do disparidad del tamaño celular de los núcleos, hiperromatosis, mitosis anormales y cariorrexis. (12)

6.11 Carcinoma de Células Claras o Cristalinas:

a- Historia:

Angel y Witting, en 1954, informaron sobre 29 casos de carcinoma epidermoide, con cierto tipo de células claras, cuyos casos intervenidos quirúrgicamente presentaron recidivas, y la respuesta a la radioterapia de los otros casos fué notoriamente mala. La totalidad de los pacientes fallecieron antes de los dos años (20).

Gluksman y Cherry, en 1956, subdividieron el carcinoma mixto del cérvix en las categorías de bien diferenciado y pobremente diferenciado, posteriormente señalaron un carcinoma de células especiales, indiferenciado, al cual llamaron carcinoma de células cristalinas.

En el Hospital General de Massachusetts, está siendo reconocido desde 1957. (7)

En Guatemala, se presentó un informe preliminar de Carcinoma Epidermoide variedad Células Claras, en Marzo de 1973, por los Dres. Helmut Herman + y la Dra. Myriam de Wyld.

El reporte más reciente corresponde al Dr. Philip Littman, con sus colaboradores, quienes lo reportan como una variedad de carcinoma adenoescamoso.

b. Consideraciones Histológicas:

No se ha llegado a un acuerdo, si este tipo de Células Claras o Cristalinas, corresponde a una variedad epidermoide o a un tipo mixto adenoescamoso.

Dr. Helmunt + y Dra. de Wyld, presentaron un informe preliminar de este tipo de cáncer(5). Encontraron 92 casos en un estudio exhaustivo que abarcó 2,425 casos de carcinoma del cérvix, excluyendo el carcinoma in situ, dividiendo su presentación histológica en dos grupos A: Carcinoma epidermoide de tipo células claras y B: Carcinoma Epidermoide con zonas de células claras.

Todos los casos presentaron bandas, islotes o cordones de células que, a falta de un mejor calificativo, llamaron "claras" aisladas, o con tendencia a confluir. El Citoplasma es incoloro, claro, acuoso; las membranas celulares, y sus límites, se ven claramente. En los casos típicos, las células se observan en crecimiento activo lo que se manifiesta histológicamente por numerosas figuras mitóticas. El exagerado crecimiento del epitelio no se acompaña de un desarrollo paralelo del estroma y los vasos lo que resulta en trastornos de nutrición y necrosis secundaria.

Las membranas celulares se observaron siempre bien definidas, intactas, los límites celulares individuales, también definidos. No se notaron núcleos desnudos, cosa que hubiese sucedido si la membrana celular estuviese disuelta.

El cuadro histológico de las biopsias post radiación de algunos casos fué idéntico al observado antes de la radioterapia, lo cual confirma la impresión de que estos tumores son marcadamente radiorresistentes. Se observaron siempre metastáticas al cuerpo del útero, cerebro, ingle, vagina, tejido celular subcutáneo y pulmones. La mayor parte

de las pacientes vivas, durante su última visita al consultorio, mostraban evidencia de enfermedad. El único caso intervenido quirúrgicamente como tratamiento inicial, en la actualidad del estudio se encontraba sin enfermedad recurrente. Esto hace suponer que el tratamiento quirúrgico inicial es el recomendable para los casos de células claras.

Dr. Litter y sus colaboradores(7), efectuó un análisis clínico-patológico de 13 casos que presentaron carcinoma de células claras o "cristalinas" del cuello uterino. Ellos lo consideran como un adenocarcinoma mixto. Es una entidad clinicopatológica que debe ocupar un lugar especial en la clasificación actual del carcinoma del cérvix.

Encontraron una incidencia de 1,6% de todos los cánceres del cérvix de 1957 a 1973 en Massachusetts. En Guatemala, se ha encontrado una incidencia del 2% del total de cánceres, con una mortalidad arriba del 92%(21).

El diagnóstico histológico, Littman lo basa en tres características o criterios que observaron en todos los casos:

1. Células con moderada cantidad de citoplasma, teniendo una clase de fondo vídrioso o aparentemente granular muy fina.
2. Pared celular distintiva (que se colora con eosina y -PAS)
3. núcleo grande o largo, con nucleolos prominentes.

Características de post-radiación:

- diferenciación glandular o escamosa rara o inexistente

te y pequeños cambios citológicos o ningún cambio después de la radiación.

-posterior a la radiación, las células claras se alargaban y ocasionalmente mostraban alguna paraqueratosis, típicamente ninguna diferenciación en el incremento de la paraqueratosis o la producción de mucina.

-pocos o ningún cambio marcados por radiación en 1 de 8 casos biopsiados post-tratamiento.

Estas células claras pueden confundirse con las células largas no queratinizadas escamosas-radiosensibles-, pero éstas carecen de paredes celulares prominentes, citoplasma de fondo vidrioso o claro, núcleos largos o grandes, que son las características de las células claras; y con el carcinoma pobremente diferenciado.

c- Consideraciones Clínicas:

El tumor fué asociado con extensión extrapélvica en 6 de los 13 casos diagnosticados en Massachusetts, y en Guatemala, sólo un caso, no presentó metástasis.

Este tipo de cáncer manifiesta ser de alta malignidad, refractario a tratamiento quirúrgico y a radiación.

La mayoría de las pacientes acudió a atención médica por presentar, en su mayor parte, flujo, dolor y hemorragia. Se sugiere que es más frecuente en un grupo de edad más joven, que lo usual en el cáncer del cuello del útero.

d. Pronóstico:

El pronóstico es malo. La mortalidad elevada comprueba la agresividad marcada de este tipo de neoplasia.

Angel y Witting reportan una supervivencia no mayor de dos

años. Littman, una supervivencia menor del 30% a los 5 años. En Guatemala una mortalidad mayor del 92% a los 2 años (21).

Sus principales características, en las cuales están de acuerdo los autores anteriormente mencionados, comprenden:

- Evolución acelerada con supervivencia corta
- crecimiento generalmente proliferante del cuello uterino.
- resistencia a la radiación.
- alta mortalidad.

En general, dos factores parecieron influir en la pobre supervivencia:

- dificultad de controlar el tumor primario con radioterapia.
- y alto porcentaje de metástasis fuera de la pelvis.

Este tipo de células cristalinas o claras, no se refiere al adenocarcinoma mesonéfrico de células claras (11) de Shiller, cuyo tipo y origen, son diferentes.

e. Análisis:

Estamos frente a una variante de diferenciación del carcinoma del cuello uterino con la característica de un potencial de crecimiento acelerado. Consideramos que los autores se refirieron al mismo tipo de carcinoma, debido a las similitudes histológicas y clínicas anteriormente descritas. Principalmente manifestadas histológicamente por células carcinomatosas claras, cuyo citoplasma vidrioso o acuoso, contenía núcleos grandes o largos y nucleolos prominentes. En base de ello, se puede afirmar del extraordinario potencial de malignidad, en la biopsia.

La confirmación definitiva de los componentes celulares de las células cristalinas o claras, debe investigarse

cuidadosamente, mediante la microscopía electrónica, estudios que serán objeto de trabajos posteriores, para determinar de una manera clara y científica, el origen verdadero de esta variedad de cáncer del cérvix.

6.12 Principios Básicos del Tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino en General:

La elección del tratamiento del carcinoma del cérvix, se decide mejor después de un examen cuidadoso de la paciente. Para obtener los mejores resultados a largo plazo, la paciente deberá ser vista inicial y posteriormente por el mismo grupo de médicos. Las facilidades, experiencia e interés del personal comprometido en el tratamiento determinarán el tipo de terapia a emplearse. En general, la elección del tratamiento se determina por el estado. Algunas consideraciones generales:

Cirugía:

La cirugía para cáncer invasivo, comprende una histerectomía radical, salpingooforectomía bilateral y disección de los ganglios pélvicos.

Radioterapia:

Una combinación de radiación externa e interna es la más frecuentemente aceptada. Existe, diferentes aplicadores internos, pero el factor común de todos ellos es calcular la dosis al punto o área paracervical A-dos centímetros lateral al canal endocervical- y al punto B, en la pared pélvica-situado cinco centímetros lateral al canal endocervical. La dosis total deseable en el punto A es de 6,000 a 6,500 rads de Cesto 137, incluyendo las aplicaciones 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 5,000 a 5,500 rads con terapéutica combinada de cesio y haz externo.

De no contar con Cesio, se establece una terapéutica repetida de cobalto 60. La primera serie de 2,500 rads en unas dos semanas y media. Un intervalo de dos semanas y luego 2,000 rads en dos semanas, Intervalo nuevamente, y luego 2,000 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, fistulas, proctitis; menos frecuentemente, úlceras de vejiga y recto, fracturas óseas, pero son raras, generalmente estas complicaciones deben verse en menos del 5% con las técnicas actuales de radioterapia.

El tiempo de apareamiento de recurrencias pélvicas - post-radiación, varía según el estado. En los casos de recurrencias no operables, se refieren a quimioterapia.

Quimioterapia:

Es un área adicional de investigación la utilización de quimioterapia para la reducción de metástasis que se encuentran fuera del volumen irradiado. Se ha reportado un "éxito limitado" con algunos agentes administrados por vía oral, tales como el clorambusil. Más recientemente con el metrotexate. Hasta la fecha su uso ha sido muy limitado y no se emplea rutinariamente. En la actualidad se han empleado otras drogas como la mitomicina C y la vincristina. La bleomicina y la hidroxiurea, han sido empleadas en unión con la radioterapia. Los resultados de estos estudios no han pro-

gresado lo suficientemente como para sacar conclusiones.

Tratamiento por Estadío:

Carcinoma Preinvasivo-In Situ:

La cirugía es el tratamiento de elección, ya que es importante para examinar el espécimen y determinar la extensión de la lesión. Consiste en una histerectomía incluyendo un buen margen del tercio superior de la vagina. La resección de los ovarios es electiva, dependiendo de factores individuales, tales como la edad, la historia menstrual. Cuando se decide o cuando la paciente desea tener más hijos, se hace una conización cervical amplia como tratamiento definitivo; algunos autores aceptan la conización, pero se han observado recurrencias hasta del 30% de los casos, por lo cual hay que tener el cuidado de seguir a la paciente con frotos cérvicovaginales seriados.

Estadío I y II A:

Hoy en día en la mayoría de las instituciones, la radioterapia es la forma preferida y la más frecuentemente utilizada en el tratamiento del cáncer del cérvix. La cirugía puede emplearse en algunos casos seleccionados, de preferencia en el grupo joven de edad.

Una histerectomía amplia, tipo Wertheim, con disección bilateral de los ganglios linfáticos incluyendo la mitad superior de la vagina, se lleva a cabo. La complicación mayor de este tipo de cirugía es la de lesionar el sistema urinario (7.15%), incluyendo formación de fístula ureteral. La radioterapia pre y post operatoria ha sido empleada en algunos casos, pero estadísticas definitivas a este respecto todavía faltan, aunque tales formas de terapia combinada, pare-

ce que aumentan la morbilidad considerablemente.

Para los estadíos I y II la radioterapia comprende las siguientes técnicas de tratamiento:

- La dosis máxima se dá al tumor, y a la dosis mínima a los tejidos normales dentro de los límites de tolerancia.
- el radium es la fuente principal de la terapia, colocado en aplicadores intrauterinos y vaginales.
- La irradiación externa es básicamente complementaria para aumentar la dosis a los parámetros y ganglios pélvicos.
- los tumores grandes, masivos y polipoides pueden impedir la aplicación satisfactoria del radium y se tratan primero con irradiación externa. El radium se aplica después que el tumor ha disminuido de tamaño.

El principio del tratamiento completo hasta los límites de máxima tolerancia debe usarse, ya sea que se emplee radioterapia o cirugía, debido a que un segundo curso de tratamiento para las recurrencias usualmente no tiene éxito y causa un gran aumento en la morbilidad.

Estadíos III y IV:

La radioterapia es la forma de elección para el tratamiento de este tipo de lesiones:

- se emplean dosis homogéneas para el tumor, con -

dosis altas al sitio del tumor.

- la irradiación externa es la fuente principal de tratamiento, ya que la misma irradía uniformemente y a la misma dosis, toda la pelvis. Podría reducir hemorragia, infección.

- El radium se utiliza en situaciones en donde la anatomía permite la aplicación usual o bien puede modificarse de acuerdo a las circunstancias.

- La irradiación de los campos para-aórticos, se emplea ampliamente en la actualidad y se recomienda si los ganglios paraaórticos son sospechosos o bien positivos.

- La exanteración pélvica se utiliza en raras situaciones para carcinomas avanzados o recurrentes en los que existe involucramiento del recto y de la vejiga, y la enfermedad recurrente se haya localizado a la porción central de la pelvis(9)(2).

Acerca del tratamiento del cáncer de Células Claras:

Como hemos ya mencionado, este tipo de cáncer es característicamente radiorresistente y de rápida evolución. Es importante efectuar un diagnóstico temprano, para poder aplicar el tratamiento quirúrgico radical.

6.13 Pronóstico y Profilaxis:

En Guatemala, el 56% de todos los cánceres observados en mujeres de 21 años en adelante, en 1976, correspondió a carcinoma del cérvix. La proporción de cáncer del cuerpo del útero con el del cérvix, varía en diferentes grupos de población, así, tenemos en los Estados Unidos una proporción de 1.27 casos de cáncer del cuerpo del útero por cada caso de

cáncer del cérvix; en Puerto Rico, la relación es de uno a siete. En Guatemala, la cifra es muy alta, en comparación con las anteriores.

Podemos darnos cuenta de la magnitud del problema.

Estudios citológicos masivos son de una gran importancia, pues permiten diagnosticar carcinomas intraepiteliales en pacientes aparentemente normales. Un estudio realizado en una comunidad de básicamente escasos recursos económicos(8), efectuó frotos citológicos a 110, 789 mujeres en un programa que abarcaba pacientes de todas las edades, 9,094 eran menores de 21 años. Se encontraron un total de 1.3% de lesiones atípicas en todas las edades y 1.6% de lesiones atípicas en pacientes menores de 21 años(145 pacientes). De estos casos, las lesiones atípicas volvieron a la normalidad en un 58% de los casos. El 18% no presentó ningún cambio. 11% que correspondió a 19 casos, 16 presentaron carcinoma in situ y 3, displasias. 11% no volvió a control.

La sobrevivida de las pacientes con cáncer de células escamosas en útero intacto, a quienes se les aplicó radioterapia completa, varía según el estadio y la edad de las pacientes, principalmente. Generalmente encontramos los siguientes promedios a los 5 años:

Estadio	I	91%
	IIA	83%
	IIB	66%
	IIIA	45%
	IIIB	36%
	IV	14%

El carcinoma in situ tratado quirúrgicamente, tiene un 100%

de 5 años de sobrevida(2).

Las listas de mortalidad por cáncer del cérvix, presentan valores doblados en las pacientes mayores de 35 años de edad(19).

Factores que influyen Negativamente en el Pronóstico:

- anemia severa, presión alta, fiebre, infección pélvica, bajo nivel socioeconómico, estadios altos, nódulos para-aórticos positivos, no regresión del tumor post radiación externa, tumor que se extiende a endometrio.

Factores que influyen positivamente en el pronóstico:

- nivel socioeconómico alto, primeros estadios de la enfermedad al diagnosticarla, regresión completa del tumor, al finalizar la radioterapia.

Factores que no influyen en el pronóstico:

- edad, diagnóstico de adenocarcinoma, células tumorales persistentes en el frote vaginal en los primeros cuatro meses post radiación, embarazo.(9).

7.

RESULTADOS

Se encontraron, en la revisión en el Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios, de enero de 1970 a diciembre de 1976: 807 casos de cáncer del cuello del útero. De éstos, 7 correspondían a carcinoma de células claras; tres pacientes de hospitales departamentales, y cuatro pacientes del Hospital General San Juan de Dios, cuyas historias se presentan en este estudio.

Los datos encontrados fueron los siguientes:

(VER CUADRO)

8. PRESENTACION DE LOS CASOS

Caso No. 1

Historia Clínica No. 04073-70
Anatomía Patológica No. 29653-70

Datos Generales:

Paciente femenina de 32 años de edad, casada, alfabetada, católica, oficios domésticos, originaria y residente de Antigua Guatemala.

Motivo de Consulta e historia:

Consultó el 5 de marzo de 1970 por presentar hemorragia vaginal intermitente, sin dolor, de 6 meses de evolución, en moderada cantidad. Estuvo 22 días hospitalizada en otro hospital nacional sin presentar ninguna mejoría. Por reacción anafilactoide egresó del mismo e ingresó en hospital privado en donde estuvo hospitalizada 8 días. Fué tratada aquí con radioterapia por habersele diagnosticado Carcinoma del Cérvix LN II de Células Claras. Referida por médico del Hospital privado, para efectuar intervención quirúrgica.

Antecedentes Obstétricos:

Menarquía: 14 años. G. 4. P. 4. Ab: O. 4 hijos vivos.
Última Regla: 17-VII-69
Operación vaginal en enero.

Al examen:

Paciente en condiciones aceptables, peso 128 lb. talla 1.53 mts. lesión aparentemente como de quemadura en piel bajo abdomen. Se le encontró una masa de tipo fungoide, dura

en cérvix, que invadía tercio superior de vagina.

Al ingreso de pte; se le había aplicado ya 4,750 rads de tele cobalto 60.

Diagnóstico de ingreso: Carcinoma de cérvix LN II a.

Citológico: Carcinoma invasivo, escamoso, de células pequeñas.

Patológico: Carcinoma Epidermoide pobremente diferenciado, con abundantes zonas de células claras.

Enfermedades asociadas: anemia, sarcoptiosis.

Se le efectuaron los siguientes exámenes:

Pielografía intravenosa, Radiografía de Tórax, Radiografía de huesos largos, cistoscopia, proctosigmoidoscopia, los cuales fueron reportados como normales.

El 18 de marzo fué intervenida quirúrgicamente, efectuándose Histerectomía Total ampliada de tipo Wertheim.

Egresó el 18 de abril en buenas condiciones generales.

Actualmente se encuentra aparentemente bien. No se ha hecho controles subsiguientes (Datos proporcionados por familiar cercano a paciente, no confirmado clínica é histológicamente.)

CASO No. 2

Historia Clínica No. 04029-73
Anatomía Patológica No. 54212-74

Datos Generales:

Paciente femenina de 34 años de edad, originaria y residente de Cunén, Quiché, unida, ladina, católica, oficios domésticos, alfabetada.

Motivo Consulta:

Consultó el 14 de marzo de 1973 por presentar hemorragia vaginal profusa, acompañada de expulsión de abundantes coágulos, de 8 días de evolución. Metrorragias de 3 meses de evolución.

Antecedentes:

Menarquia: 14 años. G:5. P.4 Ab:0 4 hijos vivos
Última Regla: 15 de diciembre de 1972
Primer Parto: 17 años
Último Parto: Hace 8 años

Al examen se encontró una paciente con signos clínicos característicos de un Aborto Incompleto, más quistes de Naboth. Se ingresa para legrado intrauterino y se transfunde con 500 cc. de sangre completa. Egresada el 15 (al día siguiente) en regulares condiciones generales.

Reconsulta: el 9 de julio de 1974, con historia de que a partir del legrado de marzo del año anterior, ha estado presentando metrorragias, trastornos en su menstruación, y ha tenido una pérdida de peso de más o menos 15 libras.

Antecedentes: Palpitaciones frecuentes desde que tiene hemorragia.

Al examen:

Se encuentra paciente con palidez generalizada, fascies de enferma aguda.

Genitales externos de múltipara, vagina ocupada con sangre rutilante, cuello deformado, irregular y friable. Parametrio izquierdo se encuentra libre, el derecho parcialmente infiltrado.

Diagnóstico de ingreso: Carcinoma del Cérvix LN II b

Citológico: Carcinoma indiferenciado, aspecto variedad de células claras. Caso espectacular en cuanto a mitosis.

Patológico: Carcinoma de células escamosas, moderadamente diferenciado, variedad de células claras. Múrgenes libres (Biopsia)

Enfermedad Asociada: Anemia.

Transfundida con 500 cc de sangre completa

Exámenes complementarios: HB: 7.5 Hto.:22. Nitrógeno de urea: 10 mg%. Creat.0.5 mg% Glucosa:80 mg %.

Fue evaluada por médicos del INCAN, quienes recomiendan cirugía radical, por el estado de la paciente y por ser el carcinoma de células claras, resistente a radioterapia. Ingresada al INCAN el 19 de julio del mismo año, en donde el 6 de agosto le efectuaron Histerectomía Radical y Disección Ileopélvica, encontrándose los ganglios pélvicos aparentemente sin metástasis.

Complicaciones post-operatorias:

- infección de herida operatoria
- fistula vesico-vaginal, que cerró espontáneamente en 6 meses.

Egresada el 23 de agosto en regulares condiciones generales.

El 19 de febrero de 1975, se le encuentra a la paciente extensa recurrencia en cúpula vaginal y abundante hemorragia, por lo cual la ingresan nuevamente para aplicarle radioterapia externa.

Completa 2,200 rads de telecobalto 60 y el 11 de marzo se le aplica aparato de Cesio 137; sale en tres días, Continúa con telecobalto 60, completando el lo. de abril 4,000 rads.

Al examinar a la paciente, se le encuentra una cavidad en el fondo vaginal.

Exámenes complementarios:

Radiografía de tórax y Pleograma intravenoso: rep. normales.

EKG: hipertrofia auricular izquierda.

Hemoglobina: varió de 7.7 a 12.10 gr.

Hematocrito: varió de 26 a 37%

Orina: turbia, positiva para sangre una cruz, 20 glóbulos rojos por campo.

La transfunden 5 veces, cada una con 500 cc. de sangre completa.

Medicamentos: hierro, complejo B, levadura de cerveza, Persantín.

Egresas por petición de la familia. Firman hoja de descargo. Actualmente fallecida.

CASO NO. 3

Historia Clínica: 06350-74

Anatomía Patológica: 53062-74

Datos Generales:

Paciente femenina; de 35 años de edad, ladina, oficios domésticos, unida, alfabetada, originaria de Quetzaltenango y

residente en Retalhuleu.

Motivo de consulta:

consultó la paciente el 5 de mayo por presentar dolor en fosa ilíaca derecha de 15 días de evolución. Dolor era intenso. Flujo amarillo fétido de un mes de evolución que ha aumentado progresivamente. Fiebre y escalofríos.

Antecedentes:

Cefalea, disuria

Menarquia: 13 años. G: 11. P: 1 Ab: 0.8 hijos vivos.

Última Regla: 11 diciembre 1973.

Al examen:

Paciente en malas condiciones generales, fascies de dolor, palidez general.

Mamas con cambios propios de embarazo, abdomen globoso con estrías longitudinales. Altura uterina: 16 cms. Dolor a palpación en fosa ilíaca derecha.

Cérvix: masa friable en forma de coliflor que toma labio anterior de cuello y vagina posterior. Al tacto rectal se palpa adenitis en pared recto-vaginal.

Diagnóstico de Ingreso:

- Embarazo de 22 semanas x AU

- Feto vivo

- Carcinoma del cérvix LN II

- Infección urinaria

Citológico: Carcinoma Escamoso Invasivo variedad de Células claras.

Patológico: Carcinoma de células escamosas variedad de células claras.

Enfermedades Asociadas: Anemia, infección Urinaria.

Exámenes Complementarios:

Radiografía del tórax: reportada como normal.
Hemoglobina: varió de 9.1 a 12 gr. por ciento.
Hematocrito: varió de 30 a 37%

Evolución:

Un mes quince días después de su ingreso, la paciente presentó trabajo de parto que no cedió a las 6 horas de administrar Alupent, por lo que se decidió efectuar cesárea corpórea por indicación materna: Embarazo 28 semanas x au, carcinoma de cuello LN II, trabajo de parto prematuro, el 20 de junio.

Hallazgos de Cesárea: a- parametrio derecho infiltrado que se extiende en una masa grande a pared posterior del abdomen, dura, que alcanza la pelvis. b- parametrio izquierdo y fii aparentemente no infiltrados. c-pequeño ódulo duro, en peritoneo parietal de pared posterior de pelvis.

Diagnóstico post-operatorio: Carcinoma cérvix LN III

Evaluada en cancerología el 3 de junio se encontró paciente en mal estado general, peso 94 lb. talla: 1.55 mts. Al examen ginecológico, encontraron lesión proliferativa del cérvix, enorme, que ocupa todo el cuello y la pared vaginal posterior con parametrio derecho infiltrado.

No se ingresó por no haber cama, habiéndosele completado tratamiento con radioterapia en el Hospital General, con 2,200 rads., el 14 de agosto del mismo año.

Se le dió egreso en el General y cita diaria en INCAN para continuar tratamiento, pero paciente no asistió ni una vez en 10 días, por lo que se le ingresa el 24 de agosto. Al ingreso refería disuria, poliuria, fiebre por las tardes. Al examen se le encontró roncus bilaterales basales espiratorios, masa abdominal dolorosa.

Exámenes complementarios:

Radiografía de Tórax: nódulos metastáticos bilaterales.
Hemoglobina: varió de 7.7 a 11.9
Hematocrito: varió de 22 a 34%

Exámenes simples de orina presentaron campos llenos de glóbulos blancos, trazas de proteínas, cilindros leucocitarios.

Guayaco positivo.

VDRL: negativo

Glucosa: 109

N de Urea: 7.5 mg. %.

Creatinina: 0.84 mg. %.

Se transfundió 5 veces con 500 cc. de sangre completa, cada vez.

Medicamentos: Bactrim, Gantisín, hierro, levadura de cerveza. El 27 de septiembre completa tratamiento de telecobalto 60, con 4,000 rads. Encuentran metástasis supraclaviculares, una masa supraclavicular izquierda, pendiente de tomar biopsia. 30 de septiembre familiares piden egreso, firman hoja de descargo. Actualmente fallecida.

CASO No. 4

Historia Clínica No. 1357-75

Anatomía Patológica No. 62316-75.

Datos Generales:

Paciente femenina de 61 años de edad, soltera, ladina, analfabeta, oficios domésticos, originaria de Asunción Mita, y residente en esta Capital.

Motivo de Consulta:

Paciente consultó en agosto de 1975 por presentar hemorragia vaginal de dos meses de evolución, leucorrea fértida, anorexia y pérdida de peso.

Antecedentes:

Menarquia: 14 años. G: 9. P: 7. Ab: 2,5 hijos vivos

Menopausia: 40 años.

Examen:

Paciente en malas condiciones generales, peso de 67 libras, talla 1,42 mts.

El examen ginecológico presentó vagina fibrosada.

Diagnóstico citológico: Carcinoma indiferenciado

Histológico: Carcinoma de células escamosas variedad de células claras.

Referida a Cancerología para tratamiento, en donde encontraron: lesión proliferante de cérvix que sangra fácilmente, suave al corte de biopsia, parametrios tomados.

Diagnóstico: Carcinoma del Cérvix LN II b.

Evolución:

Inició tratamiento curativo primario, con radioterapia como paciente externa, completando 4,000 rads, de telecobalto 60. Ingresó el 15 de noviembre para colocarle aparato de cesio 137, el cual no pudo aplicarse por presentar proceso proliferativo en cérvix y vagina muy estrecha, que sangra profusamente, por lo cual se continuó con radioterapia externa, hasta completar 6,000 rads de telecobalto 60.

Paciente quedó ambulatoria, encontrándosele al mes siguiente escasa mejoría.

Enfermedad asociada: Anemia.

Exámenes efectuados:

Hemoglobina: varió de 9.7 a 12.8 gr. %

Hematocrito: varió de 27 a 40%

Glucosa: 90 mg.

Orina: campos llenos de glóbulos rojos.

Radiografía de tórax y pielograma intravenoso: rep. normales.

Transfundida una vez con 500 cc, de sangre completa

Medicamentos: Levadura de cerveza, hierro.

La paciente dejó de asistir al hospital.

Actualmente fallecida.

9. Análisis de los Casos:

Un análisis de los casos presentados anteriormente, bien puede recordarnos cualquier caso de paciente con carcinoma del cérvix, que consulta en etapa tardía con respecto a su evolución, y en quienes, lo avanzado de la misma, hace difícil cualquier terapia, dando a su caso un pronóstico sumamente desfavorable.

Es de hacer notar que tres de las pacientes se encontraban entre los 32 y 35 años de edad, y se les diagnosticó un cáncer del cérvix, a su ingreso, en los estadios LN II A o B. Una de ellas presentó una evolución sumamente favorable. Las otras dos pacientes presentaron evolución rápida y fallecieron poco tiempo después de su egreso del hospital. A una de estas pacientes se le comprobó metástasis a pulmón. La cuarta paciente, tenía 61 años, también su diagnóstico de ingreso fué de estadio LN II b, y también tuvo una evolución negativa, habiendo fallecido después de su egreso.

Aparte de la primera paciente, a quien se le trató quirúrgicamente, las otras tres pacientes presentaron tumores que fueron resistentes a la radioterapia y una rápida evolución que empeoró su estado. Todas tenían como enfermedad asociada la anemia, como resultado del proceso neoplásico y la hemorragia. Todas las pacientes eran grandes multíparas.

Estos sonejemplos lamentables de pacientes a quienes se les pudo haber evitado, posiblemente, estas lesiones, si hubiese en nuestro país un control adecuado de frotis citológicos a todas las mujeres que hayan tenido un hijo, o que tienen vida marital, tanto en el medio urbano como en el rural.

CONCLUSIONES

10.

1. El cáncer del cérvix es el número uno en la lista de 10 incidencias más altas de cáncer en ambos sexos, en Guatemala.
2. En el año 1976, su incidencia fué de 56% en relación con todos los cánceres en la mujer de 21 años en adelante.
3. El grupo de edad más afectado lo constituye el de 31 a 50 años, en el sexo femenino.
4. No existe en Guatemala un control citológico proporcional a la magnitud del problema en la población femenina susceptible, para la detección de problemas cervicales.
5. El 91.94% de todos los cánceres del cérvix, diagnosticados en el Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios "Dr. Carlos Martínez Durán", corresponden a Carcinoma Epidermoide, en el período estudiado.
6. El carcinoma de células claras representa una incidencia baja, que oscila entre 0.87 y 3.8% con respecto a todos los cánceres del cérvix.
7. Es importante efectuar un diagnóstico temprano, para que las pacientes con carcinoma de células claras, tengan una buena evolución.
8. No se cuenta actualmente con una literatura uniforme, acerca del tipo de carcinoma del cérvix de células claras, desde el punto de vista de su tipo.

9. Los criterios o características que encontraron los autores investigados en este estudio, con respecto a células claras, coinciden y son los siguientes:
- Células con moderada cantidad de citoplasma, teniendo un fondo claro o vidrioso.
 - pared celular distintiva.
 - núcleo grande o alargado.

Además, poco o ningún cambio celular posterior a la radiación.

10. También coinciden en los siguientes aspectos clínicos: evolución acelerada con sobrevida corta, crecimiento generalmente proliferante del cuello uterino, resistencia a la radiación, alta mortalidad.

II. RECOMENDACIONES

1. Efectuar estudios desde el punto de vista histopatológico, para establecer un criterio unánime, al respecto de determinar a qué tipo histológico corresponde el carcinoma de células claras.
2. Efectuar estudios estadísticos posteriores, para conocer la incidencia de carcinoma de células claras del cérvix en la república, tomando en cuenta su alta malignidad, y, como referencia, a los Departamentos de Patología de los Hospitales Roosevelt, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social é Instituto Nacional de Cancerología.
3. Es imperativo iniciar a nivel nacional una campaña de detección de lesiones cervicales y específicamente cancerosas, por medio del frote citológico, Papanicolau, para disminuir la incidencia de estadíos avanzados, pudiendo lograrse de esta manera la identificación de mujeres de alto riesgo y el manejo temprano y adecuado de cambios epiteliales precancerosos.

12.

BIBLIOGRAFIA

1. BURGHARDT, ERICH. Diagnóstico Histológico Precoz del Carcinoma del cuello uterino. Versión Española Rev. por Dres. Carrera Maciá y Fernández-Cid. la. Ed. en Español. Editores Salvat, S.A. Barcelona, 1973.
2. CASTRO FEDERICO. Oncología Clínica para Estudiantes de Medicina y Médicos en General. Estudio Multidisciplinario Médico-Quirúrgico. Hospital General San Juan de Dios. Guatemala, C.A. 1976.
3. DIAZ REYNA, JUAN JOAQUIN. Cáncer del Cérvix Uterino. Tesis de Grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1977.
4. FEHR, PETER; PREM, KONALD. Malignancy of the uterine corpus following irradiation therapy for squamous cell carcinoma of the cervix. Am J. Obstet. Gynecol. 119:685-92. Lo. Jul 74.
5. HELMUT, HERMAN(+), de WYLD MYRIAM. Una nueva variedad de Carcinoma Epidermoide del Cuello Uterino, Revista del Colegio Médico. Marzo 1973. pp.4-15. Guatemala.
6. JUNQUEIRA L.C. y CARNEIRO J. Histología Básica. Versión Española por Dres. Porturas F. y Puig J. Primera Ed. 2a. Reimpresión. Editores Salvat, S.A. Barcelona, 1974.
7. LITTMAN, P. et al. Glassy Cell carcinoma of the cervix. Cáncer. 37(5): 2238-46. Mayo 76.

8. MACGREGOR, J.E. TEPER S. Uterine cervical cytology and young women. Lancet. 1(8072):1029-31. My 13, 78.
9. MARCIAL, VICTOR A. Carcinoma of the cervix: Present status and future. Cancer 39(2 Suppl):945-58, feb 77.
10. MOORE, CONDUCT. Sinopsis de Cancerología Clínica. Editorial El Ateneo. Argentina, 1973.
11. NOLLER, K.L. et al. Mesonephric (Clear Cell) Carcinoma of the vagina and the cervix. A retrospective analysis. Obstet. Gynecol. 43:640-4. My. 74.
12. NOVAK, EDMUND. JONES G. JONES H. Tratado de Ginecología. Traducido por Dr. Folch A. 8a. Edición. Cap. 12. pp 243-284. Editorial Interamericana México, 1971.
13. O.M.S. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Histológica Internacional de Tumores. Citología del Aparato Genital Femenino. Rotton, G. y Christopherson, W. Ginebra 1973.
14. PORTER, J.C. et al. New tissue culture cell lines derived from human squamous cell carcinoma of the cervix and vagina. Am. J. Obstet. Gynecol. 130 (4):487-96. Feb. 15, 78.
15. Registro Nacional de Cáncer. Liga Nacional contra el cáncer. Instituto de Cancerología. Guatemala, 1975-76.
16. TERRIS, M. et al. Relation of circumcision to cancer of the cervix. Am. J. Obstet. Gynecol. 117:1056-66

Dec. 73

- TESTUT y A. LатарJET. Tratado de Anatomía Humana. Cap. III. Organos Genitales de la Mujer. Artículos III. Utero. Editorial Salvat, S.A. Tomo IV. pp 1199-1264. 1971.
- ULFEDER, H. The stil-adenosis-carcinoma syndrome. *Cáncer* 38(1 suppl):426-31. Jul. 76
- YULE, R. Mortality from carcinoma of the cervix. *Lancet* 1(8072):1031-2. My 13, 78.
- ANGEL H.W. und WITTING H. Zur Frage der prognostischen Bedeutung der "Cellules Claires" beim Plattenepithelkarzinom des Colum uteri. *Geburtsh Gynak.* 142:7, 1954.
- ESCOBAR, C.A. y de WYLD M. Algunos aspectos del cáncer del cuello en Guatemala. *Revista del Colegio Médico.* Marzo 1973, pp35-52. Guatemala.

Salvarez G
B. Sociedad de Los Angeles Valdez Gutiérrez.

Salvarez G
Asesor
Salvador López Mendoza

E. Duarte M.

Revisor
Dr. Enrique Duarte Monroy

René Moreno
Director de Fase III, a l.
Dr. René Moreno Cámara

R. A. Castillo Rodas
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.

Rolando Castillo Montalvo
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo