

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GARCINOMA IN SITU DE CERVIX, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DESDE SU FUNDACION HASTA JUNIO DE 1977, Y SU SEGUIMIENTO DURANTE CINCO AÑOS.

TESIS:

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por:

José Roberto Batres Galeano

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1,979

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ANTECEDENTES
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS
- IX. GRAFICAS

INTRODUCCION

La lucha del Gineco-Obstetra contra el cáncer del cuello uterino, se ha convertido en una rutina diaria en su consultorio profesional, así como en los Hospitales y sus respectivos servicios de consulta externa, debido a su frecuencia tan elevada y que sin duda alguna es una de las afecciones mas importantes a las que el Ginecólogo debe enfrentarse.

Es por ello que es muy importante saber que en la actualidad se cuenta con métodos diagnósticos seguros para detectar en forma temprana el carcinoma del cuello uterino (In situ), y con la técnica quirúrgica adecuada para dar tratamiento a estos casos en beneficio de la mujer, tanto guatemalteca como del mundo entero.

Es necesario en estas pacientes llevar un cuidadoso seguimiento después del tratamiento, tal como pude apreciar durante mi entrenamiento al pasar por el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, lo cual motivó la realización del presente trabajo, tomando en cuenta que hasta la fecha no habia sido hecho ninguno que tomara en cuenta este aspecto, que me parece importante pues a manera de auditoría, nos da un conocimiento mas exacto del manejo, evolución y pronóstico de las pacientes con Cancer In situ

ses reales de nuestro medio en la lucha contra el cáncer del cuello uterino.

OBJETIVOS:

II.

1. Estudiar a las pacientes a quienes se ha diagnosticado In situ de Cérvix en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, o que sean referidas de otras Instituciones para tratamiento.
2. Determinar los factores que predisponen al padecimiento de dicha entidad en nuestro medio.
3. Determinar la relación existente entre edad, raza, paridad, estado civil, credo religioso, condición social, uso de anticonceptivos y el apareamiento de Cáncer In situ de Cérvix.
4. Determinar que clase de estudios ha realizado el Departamento de Ginecología en este tipo de pacientes.
5. Determinar que tipo de tratamiento se ha utilizado con mayor frecuencia y los resultados obtenidos.
6. Determinar en cuantos casos ha sido posible el control periódico por consulta externa luego de su tratamiento, con seguimiento de caso, número de recidivas, invasión y número de curaciones totales.

III.

ANTECEDENTES:

En el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt es el primer trabajo que se efectúa desde su fundación en 1966 hasta el mes de julio de 1977, sobre Cáncer In Situ de Cérvix, diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante cinco años.

En nuestro medio hay algunos estudios sobre Cáncer de cérvix, en general como los siguientes:

1. "Correlación Cito-Histológica en Carcinoma del Cuello uterino". Estudio hecho en el Hospital General "San Juan de Dios" en 1975, como trabajo de Tesis del Dr. Alvaro Francisco Fernández García.
2. "Cáncer del Cérvix Uterino", estudio hecho en el INCAN durante el año de 1976, como trabajo de tesis del Dr. Juan Joaquín Díaz Reyna.
3. "Conización del Cérvix", estudio hecho en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, como trabajo de tesis del Dr. Pedro Pablo de León Pantoja. 1974.

Con la presente investigación, espero estar contribuyendo para mejorar el conocimiento del Cáncer In Situ en nuestro medio y el manejo que se ha empleado en este tipo de pacientes, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala.

ANATOMIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO:

El cuello uterino 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, esta 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 designan 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. Res-

pecto 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 Aciagos 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 mismo, convergen hacia las partes postero-laterales del cuello y de 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).

HISTOLOGIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO:

El cuello uterino está formado por tres zonas histológicas:

a) Porción vaginal (porción histológica), b) Zona de transición, y c) Endocérvix. 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

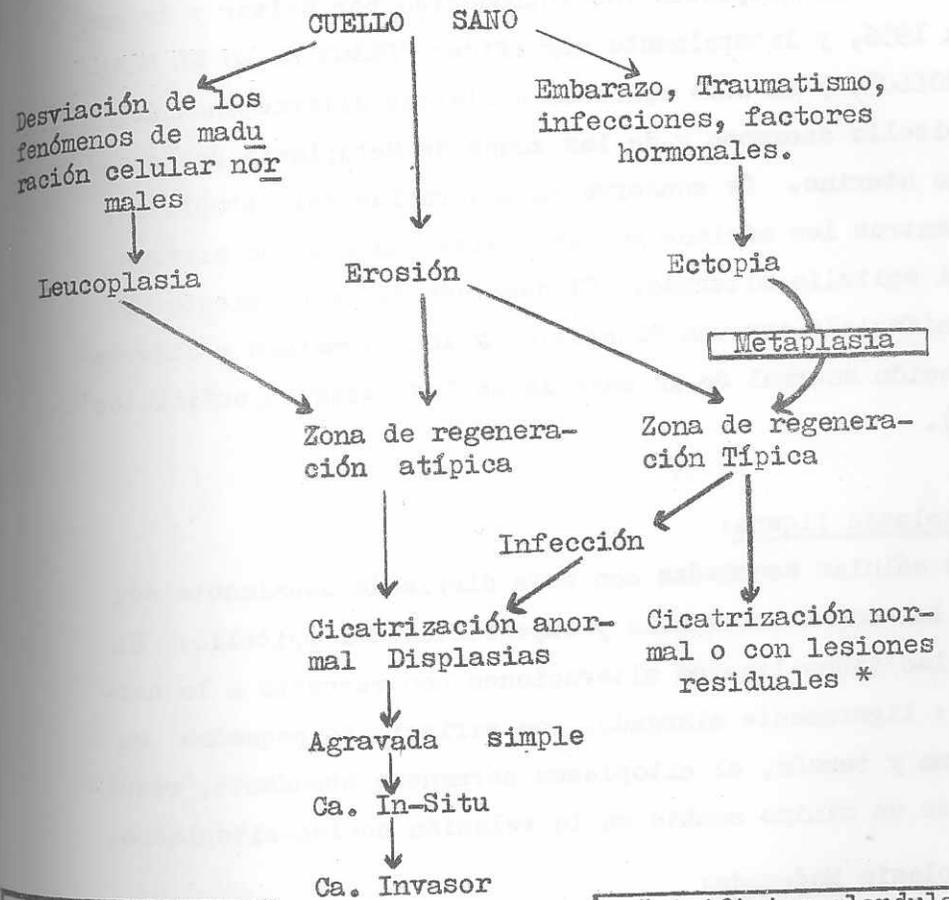
fuera del orificio externo, cuya superficie ve el clínico; incluye no solo el epitelio escamoso y el estroma subepitelial, sino también el epitelio cilíndrico y el estroma glandular. La zona de transición se encuentra entre la porción histológica y el endocérvix, y esta forrada con estroma endocervical con glándulas, cubierta con alguna forma de epitelio escamoso. El endocérvix 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 endocérvix histológico se forma de estroma endocervical conteniendo glándulas, con el epitelio superficial y glandular de células cilíndricas. La relación entre las zonas histológicas y anatómicas varia, depende de la posición del orificio externo con relación a las zonas histológicas en las distintas fases de la vida de la mujer (3), (1); gracias a las contribuciones hechas por K.G.Ober, P. Schneppenheim, H. Hamperl, C. Kaufmann, por las cuales sabemos que el epitelio se desliza desde el interior del canal cervical en la niña. A la superficie del hocico de tenca en la mujer madura sexualmente, para retroceder de nuevo al interior del canal cervical en la anciana (7).

ANATOMIA PATOLOGICA MICROSCOPICA DEL CARCINOMA EPIDERMIOIDE:

Carcinoma Intraepitelial: La histología del 95% de los carcinomas del cuello consisten en Cáncer epidermoide o de células escamosas típicas, que varía en diferenciación y crecimiento.

Se admite que hay una fase de crecimiento intraepitelial y una de crecimiento invasor. En la primera, los procesos ocurren dentro de la cresta epitelial sin traspasar la membrana basal.

En esta fase mediante una diferenciación errónea, las atípicas celulares epiteliales de grados diversos (displasias) pueden ocurrir siendo su grado superior el Carcinoma In-Situ. A continuación en forma gráfica según el Dr. Víctor Benaim Pinto (8), la dinámica de los procesos de regeneración típica y atípica.



* Leucoplasias
 Base-Mosaico
 Erosión
 Ulceración,
 Atípicas Vasculares.

* Orificios glandulares.
 Huevos de Naboth
 Hipertrofia vascular adaptativa.

El término displasia fue introducido por Walter y Reagan en 1956, y literalmente significa: "DESORDEN EN EL DESARROLLO", y ha sido aplicado a ciertas alteraciones del epitelio escamoso y de las zonas de Metaplasia del cuello uterino. Se conserva la maduración del citoplasma, mientras los núcleos son anormales aún a altos niveles del epitelio alterado. El desorden del crecimiento es manifestado por una "Queratinización prematura y diferenciación anormal de la mayoría de las capas superficiales". (7).

Displasia ligera:

Las células asociadas con esta displasia usualmente son de las capas intermedia y superficial del epitelio. El núcleo tiene ligeras alteraciones con respecto a lo normal: ligeramente alargado, con variaciones pequeñas en forma y tamaño, el citoplasma permanece abundante, resultando un mínimo cambio en la relación núcleo-citoplasma.

Displasia Moderada:

Se encuentran mayor número de células anormales (basales, para-basales, intermedias y superficiales). Las células de forma poligonal predominan, el núcleo esta alargado, con variaciones de tamaño y forma, e hiper Cromático. Las células basales y parabasales regularmente tienen forma oval y/o redondeada. La cromatina tiende a agruparse en grumos y la relación núcleo-citoplasma se inclina un po-

co a favor del núcleo.

Displasia Severa:

Es detectable citológicamente porque la mayoría, sino todas, las células anormales tienen forma redondeada u oval. El núcleo es alargado, usualmente hiper Cromático, con evidencia de grumos de cromatina en su interior. La relación núcleo-citoplasma está definitivamente alterada a favor del núcleo, pero el citoplasma usualmente denso y basófilo es considerado mas abundante que el aceptado para células basales y parabasales malignas; las cuales aparecen mas pequeñas que las observadas en las displasias ligera y moderada. En general, el cuadro citológico es un panorama de células anormales.

El siguiente paso dentro de la atipia celular es el CARCINOMA IN-SITU, el cual citológicamente es similar a la displasia severa, predominando de nuevo las células anormales de las capas basal y parabasal, y las células redondas y ovales son mas numerosas que células de cualquier otra forma. Las células representativas del carcinoma son ovales o redondeadas con el núcleo que ocupa casi todo el citoplasma, comúnmente son llamadas "Células del tercer tipo", el citoplasma se observa como un anillo rojizo. Los grumos de cromatina son notables en casi todas las células, y la membrana nuclear la mayoría de las veces es irregular y con indentaciones, se encuentran en gran variedad de formas y tamaños celulares.

El encontrar células de tercer tipo no hace diagnóstico de carcinoma In-Situ, sino que se toma como norma que se tiene que encontrar más de un 15% de células del tercer tipo para hacer diagnóstico. (9, 10, 11).

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 subcilíndrica". Algunos tumores son muy bien diferenciados y producen queratohialina, perlas epiteliales y células espinosas; otras consisten en células escamosas muy indiferenciadas.

El inicio de la segunda fase de crecimiento (invasor) del carcinoma del cuello uterino, es posible que sea en las células sub-cilíndricas del endocérnix, en la zona de transición en donde 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 (microinvasivo) y se desarrolla finalmente hacia un cáncer clínicamente invasor. Puede presentarse una evolución más rápida con lo cual la anaplasia de las células sub-cilín-

dricas 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 las raíces de un árbol al introducirse a la tierra. Las células epiteliales muestran un grado variable de inmadurez, habiendo disparidad del tamaño celular y de los núcleos, hiperchromatosis, mitosis anormales y cariorrexis. (3, 2).

CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICAL: (12)

- Etapa 0 Carcinoma In-Situ, conocido también como pre--invasor, intra-epitelial o similar.
- Etapa I El carcinoma se encuentra estrictamente limitado al cuello, pero actualmente se le divide en tres estados: el estroma únicamente invadido, oculto y el proceso invasivo.
- Etapa Ia. Casos con invasión inicial del estroma, o microinvasor (13).
- Etapa Ib. Hay invasión franca del tejido conjuntivo subyacente, pero en ambos casos el carcinoma está estrictamente limitado al cuello.
- Etapa II. El carcinoma se extiende mas allá del cuello, infiltrando un parametrio o los dos, pero no invade la pared pelviana. El carcinoma infiltra vagina sin alcanzar el tercio inferior.

Etapa IIa. Sin invasión del parametrio.

Etapa IIb. Con invasión del parametrio.

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

Etapa IV. El carcinoma interesa vejiga, recto o ambos, o se ha diseminado a distancia mas allá de los límites descritos.

Se ha propuesto una clasificación adicional para pacientes tratadas primariamente por Cirugía, siendo la siguiente:

Clase O: Carcinoma In-situ, preinvasor, intraepitelial, o microcarcinoma.

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

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

Clase B: El carcinoma se extiende partiendo del cuello para abarcar la 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 mas allá de las regiones paracervical y paravaginal, hay metástasis en ovario y 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.

FACTORES RELACIONADOS CON EL CANCER DE CERVIX. (3, 11).

Se ha demostrado que en pacientes con cáncer del cuello uterino inciden ciertos factores, que no se pueden denominar causales, sin embargo, los analizaremos por creer que tienen relación con el desarrollo del carcinoma cervical.

1. RELACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS:

Constituye un hecho comprobado la mayor frecuencia del carcinoma cervical en grupos con escasas posibilidades económicas. Esto puede deducirse no solamente de la distribución a escala mundial de este carcinoma, sino también en la distribución en el interior de un país determinado (estadística de morbilidad de Dorn y Cutler). En Dinamarca el carcinoma cervical es especialmente frecuente entre las prostitutas. En Iberoamerica la mayor incidencia se encuentra entre los estratos po-

blacionales pobres. No hay duda de que los factores que influyen de una forma significativa sobre el carcinoma cervical, son también los responsables de la incidencia de la enfermedad, dentro de los grupos socioeconómicos.

2. NUMERO DE EMBARAZOS Y PARTOS:

Aunque ningún grupo de edad está libre del cáncer cervical, su mayor incidencia ocurre entre la tercera a la quinta década de la vida, la mayoría de estas pacientes por lo general son multíparas, por lo que se ha dado a la multiparidad una participación en la génesis del carcinoma cervical. Contrario a este concenso general, se ha publicado recientemente un artículo por autores norteamericanos, en el cual indican que: "La multiparidad, la alta frecuencia de coitos y continuas infecciones por gonorrea no son epidemiológicamente significativas en la génesis del Cáncer In-situ, si suceden después de la fase activa de metaplasia que ocurre durante el primer embarazo o durante la adolescencia temprana". (27).

3. REGION Y RAZA:

Se ha comprobado la escasa incidencia del carcinoma cervical entre las mujeres judías. Este hecho constituye uno de los más interesantes puntos de arranque para la búsqueda de factores etiológicos del car-

cinoma cervical. En Israel el índice de mortalidad por carcinoma cervical es solo de 2.2 por 100,000; mientras que para la población Judía en la Ciudad de New York se calcula un índice de 4.5 por 100,000 habitantes. El bajo índice de morbilidad del carcinoma cervical entre las Judías, debe relacionarse con un factor que evidentemente ha de ejercer una importante influencia sobre la génesis de esta entidad (circuncisión, no relaciones pre-maritales).

Por lo que respecta a la raza en los Estados Unidos, resulta sorprendente el índice de morbilidad relativamente elevado para el carcinoma cervical en negras. Sin embargo, ello se atribuye mas bien a diferencias ambientales y socio-económicas, que a cualquier peculiaridad racial.

4. EL COITO COMO CAUSA EVENTUAL:

Mientras que tiempo atrás se veía en el propio coito una importante causa para la génesis del carcinoma cervical, en la actualidad debemos buscar posibles factores etiológicos con el relacionados. Algunos autores atribuyen al semen propiedades carcinógenas. Pratt Thomas y Cols. han demostrado la acción carcinógena del esmegma humano sobre el cuello uterino. Lo que si es cierto es que no se ha conseguido la identificación de la sustancia carcinógena en el esmegma; cabría sospechar que el mycobacterium Smegmatis metaboliza la colessterina existente en el esmegma y la transforma en

en hidratos de carbono aromáticos polinuclares con acción carcinógena, pero podría ocurrir también que algunos de los ácidos grasos de cadena larga del esmegma favoreciese la formación de la neoplasia. (27), (11).

Lo que es un hecho es que el esmegma posee acción carcinógena en el epitelio humano y animal del cuello uterino; el glande está queratinizado, por ello puede ofrecer una relativa resistencia frente al estímulo, por el contrario el epitelio cilíndrico monoestratificado del cérvix no ofrece esta resistencia. Una demostración por exclusión de las circunstancias hasta ahora ponderadas nos lleva a la conclusión de que la falta de higiene del pene podría ser un importante factor en la génesis del carcinoma cervical.

5. ESTADO NUTRICIONAL:

La mayoría de las pacientes con carcinoma cervical pertenecen a estratos socio-económicos bajos, y por lo tanto, la mayoría tienen un estado nutricional deficiente, sin embargo, no se ha encontrado relación entre el estado nutricional y el principio del cáncer. Lo que se ha demostrado en animales de experimentación (ratas) es que una deficiencia de Vitamina "A" produce una hiperqueratosis del epitelio cervical, haciéndolo más sensible a los estímulos carcinógenos.

6. RELACION ENTRE EL VIRUS DEL HERPES Y EL CANCER:

El virus del herpes simple tipo 2 es transmitido por contacto sexual, causando lesiones en los genitales. Este tipo de virus es encontrado en el cérvix y paredes vaginales de las mujeres infectadas, así como en el pene y tracto genital masculino. En el hombre se ha encontrado más o menos en un 15 % en el tracto genital de pacientes mayores de 15 años, sobre todo en la próstata y conductos deferentes, siendo éstos asintomáticos y actuando únicamente como transmisor y portador, mientras que las mujeres presentan cuadros infecciosos agudos. (27).

Un estudio realizado en la Universidad de Chicago por Niza Frenkel, consistió en experimentos de hibridación con DNA procedente de células con carcinoma cervical. Ellos encontraron que cierto DNA del herpes virus tipo 2 se encontraba presente en estas células, un 60 % en forma libre lo que explica necesariamente la reinfección celular, y un 40 % asociado a un DNA normal, lo que es responsable de mantener a la célula en un estado considerado maligno o anormal. Hay muchas cosas que aún no están claras acerca del verdadero papel del virus del herpes, pero se espera esclarecer mejor en un futuro próximo.

7. OTROS FACTORES:

Szell (14) atribuye un papel muy importante como agravante del carcinoma In-situ, ya que en estudios realizados ha descubierto que las neoplasias del cuello se

quintuplican en presencia de tricomoniasis vaginal en relación a los grupos control exentos de ellas.

Con respecto al Asa de Lippes, el concenso general que ha prevalecido es que es causante directo del carcinoma In - Situ, sin embargo, Autores como José Martínez de Venezuela (25) y algunos Mexicanos que han efectuado estudios en series grandes de pacientes han encontrado: "Focos de necrosis superficial y desorganización de la polaridad celular en el sitio donde se asienta el Asa de Lippes, quizá por efecto mecánico, viéndose también COMPRESION del estroma y ATROFIA del epitelio superficial, per SIN CAMBIOS pre-malignos o malignos del cuello y del endometrio. En una serie de 2,000 pacientes solo se obtuvo 8 casos de Ca In-situ por citología y confirmación histopatológica.

Con respecto al uso continuado de los anticonceptivos orales o uso de estrógenos tópicos como en el caso de las pacientes que tienen prolapso genital, priva en la generalidad basados en estudios (26, 31), que los estrógenos sintéticos son responsables de la malignización de procesos cancerosos iniciales, aunque no son concluyentes en cuanto a su acción directa en la génesis del cáncer del cuello uterino.

8. MEDIDAS PROFILACTICAS:

Dentro de las mas importantes para tratar de evitar el carcinoma cervical se encuentran:

- a) práctica general de la circuncisión.
- b) higiene personal y en las relaciones sexuales, evitando la promiscuidad.
- c) controles periódicos con citologías cervico-vaginales.
- d) evitar el uso de estrógenos tópicos en pacientes que tengan citología sospechosa.

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER CERVICAL:

La exploración del cuello uterino ha sido un método fundamental desde que Sims en la segunda mitad del siglo XIX introdujo el espéculo vaginal como un nuevo método de exponerlo a la vista; en 1878 Carl Ruge y Veit introducen el examen microscópico de pequeños fragmentos incididos (biopsia) como la única posibilidad de reconocer precoz y seguramente el cáncer del cuello uterino. Luego de estos grandes aportes, con el comienzo de este siglo es cuando se incrementan posiblemente los exámenes del cuello uterino, y en 1925 Hinselmann crea el colposcopio que permite la observación del cuello uterino y la vagina con un adecuado sistema de aumento óptico (19).

En 1927, Schiller crea la prueba de yodo, cuya simplicidad, pese a su impresión y falta de especificidad, facilitaron su empleo. (15, 16). Papanicolao en 1943 publica su colosal monografía acerca del estudio de la Citología exfoliativa y da al mundo una de las armas más poderosas para el diagnóstico precoz del cáncer, considerándose actualmente con un 93.3 % de sensibilidad según Arne Berget (17).

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

- Citología Exfoliativa (17,18,22).
- Prueba de Schiller (15, 16).
- Colposcopia (19, 7, 24).
- Colpomicroscopia (7).
- Biopsia (7, 19).
- Conización (20, 21, 23).

Acercas del Papanicolao, como se hizo mención, se está empleando cada vez más y como requisito previo a ser efectuado es que no haya cambios citolíticos en el epitelio 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 es-

tos dos factores perturbadores. Si la citología exfoliativa describe una lesión sospechosa se procederá a efectuar una biopsia para la cual se utilizará las pinzas de sacabocados de tipo Gaylord.

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.

La colposcopia en la cual se utiliza un sistema de aumento óptico para observar el cuello, debiendo este ser limpiado antes con una solución de ácido acético al 3 %, a pesar de esto, es difícil muchas veces poder visualizar el epitelio en la unión planocilíndrica, siendo útil en el estudio inicial del cuello y tomando en cuenta que al igual que la citología no son métodos diagnósticos definitivos.

La conización del cuello uterino como método final y más preciso, deberá practicarse después de la valoración cuidadosa del caso y así lograr el diagnóstico definitivo de las lesiones del cérvix. Su valor comparativo con la biopsia es incuestionable, ya que ofrece un estudio histológico más

exacto y más amplio del cuello incluyendo las características del canal cervical y del exocérnix, así como la extensión y la profundidad del proceso.

La conización esta indicada en las siguientes circunstancias: (23).

1. Citología vaginal sospechosa o positiva, por lo menos en dos ocasiones con o sin lesión aparente.
2. Biopsia con resultado de displasia severa o Ca. In-situ.
3. Biopsia con resultado de carcinoma in-situ.
4. Como procedimiento único en pacientes jóvenes con Ca. In-situ que deseen mantener sus funciones reproductivas.

CONOCIMIENTO Y COMPRENSION DE LOS PRIMEROS SINTOMAS:

Flujo sanguinolento, hemorragias atípicas de las clases mas diversas, hemorragias producidas por el coito y hemorragias por roce. Desafortunadamente sucede que las manifestaciones descritas, que tienen que ser estimadas por las propias mujeres y que las deben conducir al Médico, son solo el primer síntoma, pero no un síntoma precoz del cáncer del cuello uterino, es decir, que se pre-

sentan siempre cuando ya existe un amplio defecto tisular. Pero la destrucción de la superficie tiene lugar cuando el cáncer ha proliferado ya más o menos ampliamente en la profundidad.

Las hemorragias son, por tanto (la mayoría de las veces), un síntoma de un cáncer del cuello uterino más o menos avanzado.

El conocimiento precoz del cáncer cervical no es posible conseguirlo por este medio, simplemente por el hecho de que el comienzo de su crecimiento no produce en absoluto ningún síntoma, así como tampoco ninguna hemorragia. Incluso la observación mas concienzuda de los primeros síntomas no conduciría al descubrimiento precoz del cáncer cervical en su iniciación. (12) (29).

El conocimiento de la esencia de este cáncer In-situ y la posibilidad de su descubrimiento mediante el empleo sistemático de los métodos de investigación como la citología y la colposcopia, significan un nuevo momento en la lucha contra el cáncer del cuello uterino. Con estos métodos es ahora posible descubrir el cáncer cervical en su crecimiento todavía no invasor, es decir, establecer un diagnóstico auténticamente precoz.

El cáncer cervical es hoy una enfermedad evitable. La práctica de exploraciones de prueba o profilácticas o preventi-

vas es la misión mas importante en la lucha ginecológica contra el cáncer.

Los esfuerzos para descubrir lo mas precozmente posible el cáncer cervical, han conducido a la creación de dos grandes grupos principales: los casos precoces (cánceres preclínicos) y los cánceres clínicos del cuello uterino.

TRATAMIENTO DEL CANCER IN SITU DE CERVIX:

El carcinoma in situ no es en modo alguno una urgencia terapéutica. No pueden darse reglas rígidas y constantes para la intervención, pero es preciso considerar cuidadosamente y uno por uno los diversos factores. Por ejemplo si el carcinoma se presenta en una paciente joven que desea tener otro hijo, se le tiene que explicar que puede aparecer carcinoma invasor en cualquier momento, y controlada con citología cervico-vaginal cada tres meses. Es mejor al tener un embarazo atérmino resolverlo por cesárea, aprovechando de una vez para efectuar una histerectomía abdominal. Los ovarios se respetan, ya que no existe relación conocida entre el cáncer de las células escamosas y la función ovárica. Después del tratamiento quirúrgico siempre hay que estar controlando a la paciente con citología de la cúpula vaginal cada 6 meses de por vida. (11).

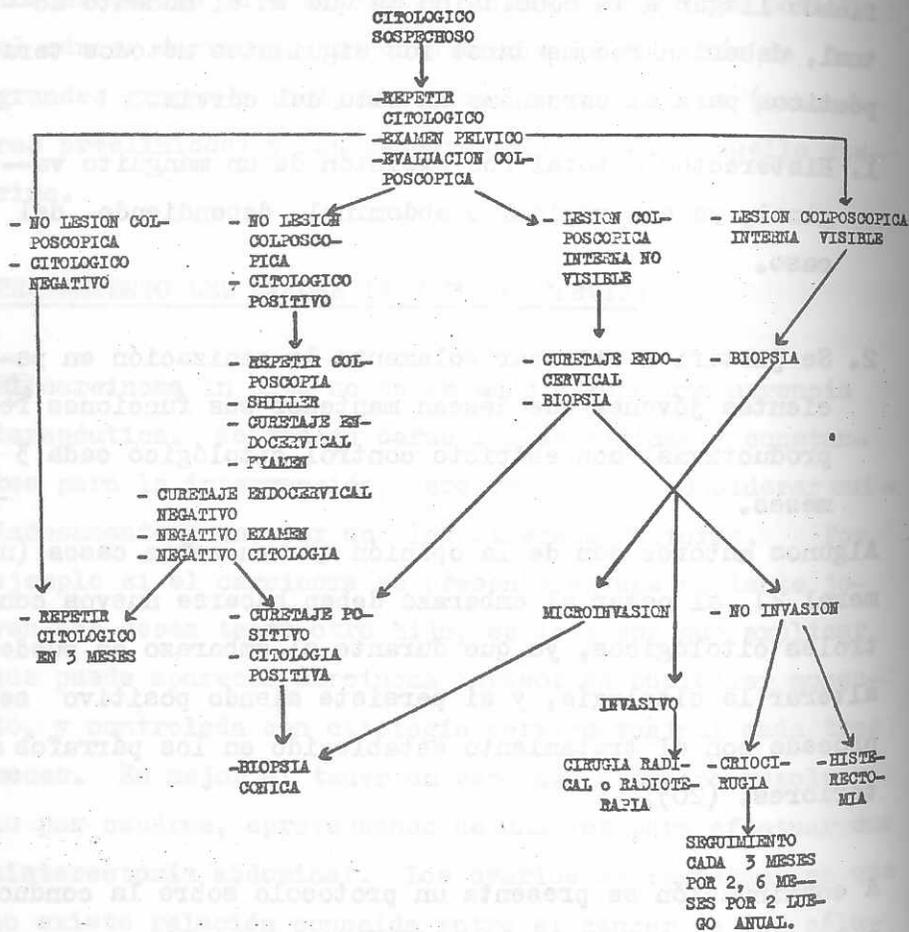
Fundándose en la práctica mas difundida y en los resultados obtenidos favorablemente con el menor número de lesiones en series adecuadas de enfermas, parece justificado llegar a la conclusión de que en el momento actual, deberían recomendarse los siguientes métodos terapéuticos para el carcinoma in situ del cervix.

1. Histerectomía total con excisión de un manguito vaginal, ya sea vaginal o abdominal, dependiendo del caso.
2. Se justifica utilizar solamente la conización en pacientes jóvenes que desean mantener sus funciones reproductivas, con estricto control citológico cada 3 meses.

Algunos autores son de la opinión que en estos casos (numeral 2), al cesar el embarazo deben hacerse nuevos controles citológicos, ya que durante el embarazo se puede alterar la citología, y si persiste siendo positivo se procede con el tratamiento establecido en los párrafos anteriores. (20).

A continuación se presenta un protocolo sobre la conducta a seguir en pacientes con citológicos sospechosos o positivos para Ca. In-situ en la Universidad de Mc.Gill y Clínica colposcópica del Hospital Royal Victoria de Montreal Canadá y posteriormente se presenta el protocolo seguido en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

PROTOCOLO DE UNIVERSIDAD Mc. GILL Y CLINICA COLPOSCOPICA DEL HOSPITAL ROYAL VICTORIA DE MONTREAL CANADA, MARZO 1978 (30).



MANEJO DE LA PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.(20).

1. A toda paciente que consulta se le hace una historia clínica, un examen físico, un examen ginecológico y exámenes de laboratorio de acuerdo a la edad:

Mayores de 40 años:

-Hb,Ht, Recuento y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, heces, orina, VDRL, Grupo sanguíneo, Factor Rh, Rayos X de tórax, Química sanguínea y electrocardiograma.

Menores de 40 años:

- Hb, Ht, Recuento y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, heces, orina, VDRL, Grupo sanguíneo, factor Rh y Rayos X de tórax.

2. Examen de Citología exfoliativa del cérvix uterino:

- si es informado negativo se repite cada año.
- si es informado como sospechoso o positivo se repite al mes, previo tratamiento de infección o parasitosis cervico-vaginal.
- si el examen practicado al mes es informado igual se practica conización.
- si hubiera biopsia negativa practicada fuera del hospital y la citología fuera positiva, se practica conización.

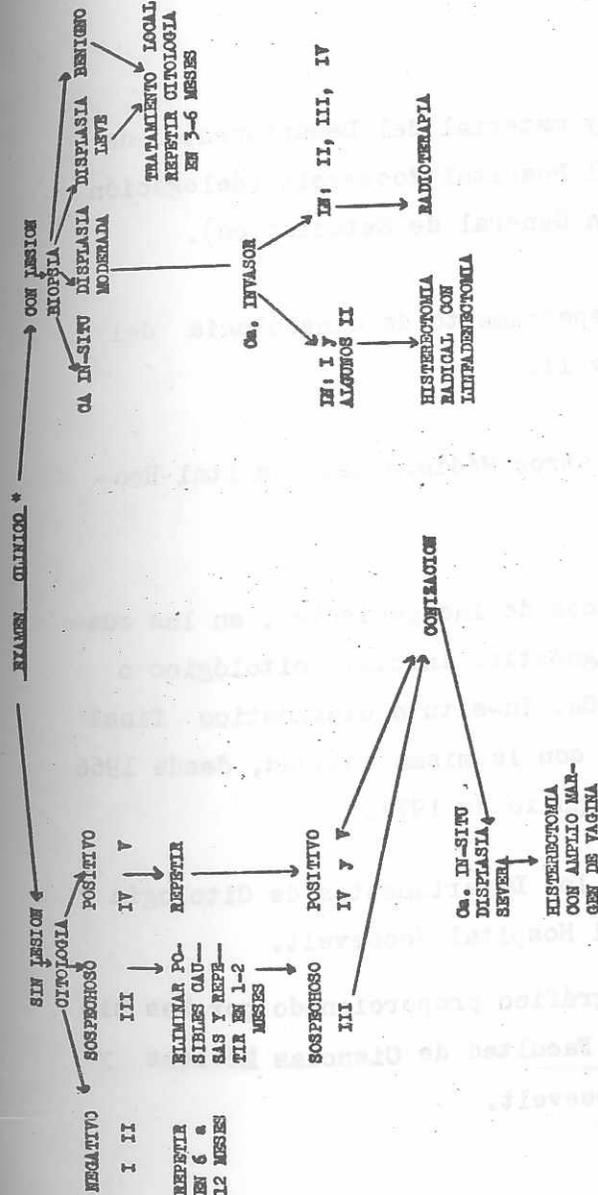
zación.

- A las pacientes que se les ha efectuado conización y esta es positiva para Ca. in-situ, se les efectúa histerectomía total con excisión de un manguito vaginal ya sea vía vaginal o abdominal.

- A las pacientes con quienes se desea mantener una conducta conservadora, se considera la conización como tratamiento, efectuando citologías periódicas y si alguna de estas fuera informada positiva o anormal para microinvasión o invasión se procede a efectuar histerectomía total para el primer caso, en la misma forma que para el Ca. in-situ; pero en el segundo caso se efectúa histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral. Para mejor ilustración ver el cuadro siguiente.

- En algunos casos se ha obviado la conización en pacientes con 3 o más citológicos y biopsias positivas, aunque se reconoce la utilidad y seguridad del cono, en la experiencia y durante la práctica en nuestro medio se ha visto que las pacientes ya no vuelven a las 6 semanas post-conización para histerectomía, perdiéndose los casos, con lo que se prefiere efectuar tratamiento definitivo, especialmente cuando son pacientes añosas y multíparas que no desean mas familia. En esta forma también se ahorra tiempo y recursos hospitalarios que tanta falta hacen en nuestro medio.

PROTOCOLO DEL MANEJO DE LAS CITOLOGIAS ANORMALES, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT



* Proporcionalado por el Dr. Francisco Bauer Pais, Jefe del Departamento de Ginecología, del Hospital Roosevelt de Guatemala.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

1. Instalaciones y material del Departamento de estadística del Hospital Roosevelt (delegación de la Dirección General de Estadística).
2. Archivos del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
3. Archivo de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
4. Registros clínicos de las pacientes, en las cuales aparece diagnóstico inicial citológico o histológico de Ca. In-situ o diagnóstico final histopatológico con la misma entidad, desde 1966 hasta el mes de julio de 1977.
5. Colaboración de los Departamentos de Citología y de Patología del Hospital Roosevelt.
6. Material bibliográfico proporcionado por las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital Roosevelt.

METODOS:

En el Departamento de Ginecología se revisó el archivo que contiene los libros de operaciones efectuadas desde 1966 al mes de julio de 1977, encontrando 320 pacientes a quienes se tenía con diagnóstico previo o histopatológico de Ca. in-situ de Cérvix. Se tomó el número de Registro Clínico y el total de papeletas fueron solicitadas al Departamento de Archivo para su revisión.

Del total de papeletas fueron encontradas solamente 187 que estaban completas. Mas adelante en la presentación de resultados se describe con detalle este hecho.

Los datos que se investigaron fueron: Edad, estado civil, paridad, grupo étnico, ocupación, menarquia, lugar de referencia, motivo de consulta, hallazgos clínicos; citologías previas y número de ellas; exámenes complementarios, tratamiento quirúrgico efectuado, complicaciones, citas control a consulta externa, hallazgos clínicos, citológicos, control, tiempo de seguimiento y destino de las pacientes; número de pacientes que terminaron controles durante 5 años y que fueron dadas de alta; número de pacientes que aún se encuentran en controles y a las que por X razón no acudieron a ningún control post-tratamiento quirúrgico.

Para revisar la bibliografía acerca del cáncer del cuello

uterino se utilizó el Index Medicus de los últimos 5 años, proporcionados por las Bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital Roosevelt, así como también las tesis que se citan en antecedentes.

V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt desde 1966 en que se fundó hasta el mes de julio de 1977, se hicieron 6,062 operaciones totales; de las cuales 587 de Carcinoma de Cérvix que hacen el 9.68 % de incidencia de casos de cáncer de cérvix, operados durante ese período.

Del total de casos de Ca. de Cérvix (587), 320 aparecen como Ca. In-situ, lo que hace un 54.5 % de la incidencia observada.

Los casos de Ca. In-situ operados corresponden a 5.28 % del total de operaciones efectuadas.

Durante la revisión de Registros Clínicos en el Departamento de Archivo se encontró la siguiente información:

- 187 papeletas completas
- 7 papeletas sin citologías ni Anatomía Patológica
- 47 papeletas que no correspondían por ser de otros servicios
- 79 papeletas fueron incineradas según informó el Jefe de Archivo.

320 Total de casos de Ca. In-situ

Entrando al análisis de los 131 casos con Diagnóstico final de Cáncer In-situ, podemos apreciar:

CUADRO # 1

E D A D E S

EDADES	Nó. DE CASOS	%
18-28	21	16.03
29-39	74	56.49
40-50	30	22.90
51-61	4	3.05
62-72	2	1.53
TOTALES	131	100.00

Análisis Cuadro No. 1

La edad de incidencia de Ca. In-situ estuvo comprendida entre los 18 a los 72 años, con predominio de la 2a. a tercera década de la vida, correspondiendo a resultados similares de estudios hechos en nuestro medio (12) y a estudios extranjeros (31,32, 33).

CUADRO # 2

P R O C E D E N C I A

DEPARTAMENTO	NO DE CASOS	%
Guatemala, Ciudad	45	34.36
Sacatepéquez	9	6.87
Escuintla	6	4.58
Santa Rosa	18	13.74
El Progreso	3	2.29
Chiquimula	7	5.34
Jalapa	6	4.58
Jutiapa	2	1.53
Zacapa	7	5.34
Baja Verapaz	3	2.29
Retalhuleu	4	3.05
Mazatenango	10	7.63
San Marcos	3	2.29
Huehuetenango	5	3.82
Izabal	1	0.76
Otro País	2	1.53
TOTALES	131	100.00

Análisis de Cuadro No. 2

Se aprecia que hay predominio de pacientes que vienen de los Departamentos de la República, con respecto a las de la Capital. Resultados similares a los obtenidos en estudios hechos en el INCAN (12). Los Departamentos que predominan como se aprecia son: Santa Rosa, Mazatenango, Sacatepéquez, Chiquimula y Zacapa.

Habiendo 2 casos (1.53 %) de otros países (origen Japones. 1 caso y otro de origen salvadoreño). La razón principal a que obedece esta mayor afluencia Departamental, es que la atención especializada está concentrada en la Capital, en los Hospitales grandes.

CUADRO No. 3

RELIGION

Católica	122	93.13 %
Evangélica	9	6.87
TOTAL	131	100.00 %

Análisis del Cuadro No. 3.

Hay predominio de Cáncer In-situ, en mujeres católicas, como lo demuestran las 122 (93.13 %).

CUADRO No. 4

MENARQUIA.

9-11	8	6.11 %
12-14	83	63.36 %
15-17	37	28.24 %
18 y más	3	2.29
TOTALES	131	100.00 %

ANALISIS DEL CUADRO No. 4.

Vemos que la menarquia se presentó en el grupo estudiado, dentro de los grupos etarios que se consideran normales en nuestro medio (20), y en el extranjero (3).

CUADRO No. 5

PARIDAD

PRIMIPARA	1	0.76 %
SECUNDIPARA	8	6.11 %
PEQUEÑA MULTIPARA (3 a 5 Partos).	53	40.46 %
GRAN MULTIPARA (6 y más)	69	52.67 %
TOTALES	131	100.00 %

ANALISIS DEL CUADRO No. 5.

Hay predominio de Cáncer In-situ de Cérvix, en pacientes grandes multíparas y pequeñas multíparas (20, 29, 3, 31).

CUADRO No. 6

ESTADO CIVIL

UNIDA	71	54.20 %
CASADA	48	36.64 %
SOLTERA (POR DIVORCIO)	12	9.16
TOTALES	131	100.00 %

ANALISIS CUADRO No. 6.

Hubo predominio de Ca. In-situ en las pacientes que solamente tenían unión de hecho. En segundo lugar las pacientes casadas y por último las pacientes solteras por divorcio.

CUADRO No. 7

GRUPO ETNICO

LADINO	126	96.18 %
INDIGENA	4	3.06 %
OTRO *	1	0.76 %
TOTALES	131	100.00 %

* Origen Japonés.

Los datos obtenidos en el cuadro No. 7 no son concluyentes de que la paciente ladina padezca más Ca. In-situ de Cérvix, ya que la realidad es que la paciente indígena tiene menos acceso y oportunidad a los controles citológicos más frecuentes, sumado a la ignorancia que en este grupo pr va al respecto, por lo que casi nunca se diagnostica. Otra razón es que cuando la paciente indígena ingresa al Hospital, si ya no viste traje típico se le tabula como ladina.

CUADRO No. 8

OCUPACION

Ocupación	No. de Casos	%
Ama de Casa	122	93.13
Empleado público	2	1.53
Otro	3	2.29
Ignorado	4	3.05
TOTALES	131	100.00

La ocupación mas frecuente encontrada fue la de Oficios Domésticos en su casa (20).

CUADRO No. 9

SINTOMAS QUE MOTIVARON LA CONSULTA

SINTOMA	No. de Casos	%
ASINTOMATICA	77	58.78
HEMORRAGIA VAGINAL	19	14.50
FLUJO	5	3.82
DISPAREUNIA	5	3.82
PROLAPSO UTERINO	5	3.82
HEMORRAGIA POST-COITO	4	3.05
OTRO *	16	12.21
TOTALES	131	100.00

* Se refiere a dolor abdominal inespecífico, como en hipocondrios y fosas ilíacas.

En el cuadro anterior podemos ver que la mayor parte de las pacientes eran completamente asintomáticas (3, 31, 33), habiendo sido únicamente hallazgo citológico. De los síntomas más frecuentes fueron: la hemorragia vaginal y dolor abdominal inespecíficos, seguidos por flujo, dispareunia, hemorragia post-coito (3, 29) y prolapso Uterino, aunque la literatura actual indica que la presencia de Ca. In-situ en prolapso uterino es sumamente baja. (3).

CUADRO No. 10

ANTICONCEPTIVOS Y TIEMPO DE USO:

TIPO USADO	No. CASOS	%	1 año	%	1-3 a.	%	4-7 a.	%	IGNORA	%
NUNCA USO	78	59.54								
ORAL	23	17.56	3	2.2	6	4.5	10	7.6	4	3.0
DIU	26	19.85	5	3.8	6	4.5	3	2.2	12	9.1
DEPOPROVERA	2	1.53			1	0.7	1	0.7		
ORAL Y DIU	1	0.76			1	0.7				
DIAFRAGMA	1	0.76					1	0.7		
TOTALES	131	100.00	8		14		14		16	

Un poco mas de la mitad de las pacientes nunca utilizaron ningún tipo de anticonceptivo (59.54 %), pero el resto sí lo habían hecho, y de las que usaron la píldora lo habían hecho por un tiempo promedio de 6 años. Las que utilizaron DIU y sabían el tiempo de uso, el tiempo promedio fué de 4.5 años.

En base a los datos obtenidos en el Cuadro No. 10 en donde practicamente casi la mitad de pacientes usaron anticonceptivos, y la mitad restante nunca los había usado, y teniendo en cuenta que aún en la actualidad no se tiene bien claro el rol de los anticonceptivos como agentes directos responsables de la génesis del Cáncer de Cérvix, con este tipo de pacientes creemos recomendable llevar a cabo un control mas cuidadoso y citologías frecuentes por el riesgo que siempre representa.

LUGAR DE REFERENCIA A LA GINECOLOGIA Y ESTUDIOS REALIZADOS.

Referidas de servicios Intra Hospital	Pruebas Efectuadas	Total Casos	%	Número Citológicos Positivos			
				1	2	3	4
	Citológicos	9	6.86	4	3.05	5	3.81
	Biopsia	1	0.77				
Referidas de APROFAM y DIMIF.	Citológicos	91	69.46	60	45.80	21	16.02
	Biopsia	4	3.05	2	0.77	2	0.77
	Biopsia negativa	1	0.77	1	0.77		
	2 Biopsias positivas	1	0.77			1	0.77
Sub-Totales		107	81.68	67	51.14	29	22.13
Consulta personal		24	18.32	8	6.11	2	1.53
Totales		131	100.00				

ANALISIS DEL CUADRO No. 11

Se observa que predomina el número de pacientes referidas de APROFAM y DIMIF, con un 73.95 %, ya que son instituciones que efectúan citologías Cervico-Vaginales en forma rutinaria como método mas barato y efectivo en el control de sus programas de anticoncepción. En esta forma indirectamente ayudan a diagnosticar en forma temprana el cáncer del cérvix y en proporción mayor dado que el número de pacientes que manejan es sumamente alto.

Es importante tambien ver que el 7.63 % de las pacientes fueron referidas de otros servicios dentro del Hospital, con lo cual se aprecia lo valioso que sería hacer citologías Cervico-vaginales en forma rutinaria a toda paciente hospitalizada, para ayudar a aumentar el diagnóstico temprano del Ca. de Cérvix.

El 18.32 % de pacientes consultaron personalmente por sintomatología ginecológica.

CUADRO No. 12

hallazgos al examen ginecológico

CERVIX	Número Casos	%	NL %	EL %	DU %	MAN. P.		
						I2Q	UT	FL
Apariencia Normal	75	57.3				2	1	1
Consistencia			59 45.0	18 13.7	54 41.2			
IA solamente	13	9.9						
IP solamente	15	11.5						
IA + Flujo	3	2.3						
IA + Sangra al tacto	1	0.8	35.1 %					
IP + Rasgaduras	7	5.4						
IP + rasgaduras + Sangra fácil al tacto	6	4.6						
Ambos labios + Aum. de Vascularidad + Sangra fácil al tacto	1	0.8						
IA solamente	2	1.5						
IP solamente	1	0.8						
IA + Sangra fácil al tacto	1	0.8	3.8 %					
IP + rasgaduras + leucoplasia	1	0.8						
Leucoplasia + lesión pro- liferativa del cérvix	1	0.8						
Solo Leucoplasia	1	0.8	3.8 %					
Solo lesión proliferativa de cérvix	1	0.8						
Pólipo cervical + sangra fácil al tacto	2	1.53						
TOTAL	131	100.00 %						

CUADRO GUIA

M. An. Isq. = Masa anexial izquierda	NL = Normal
F. UT. = Fibromatosis uterina	EL = Blando
FL = Flujo	DU = Duro
IA = Labio Anterior	IP = Labio Posterior

Análisis del Cuadro No. 12.

Al examen ginecológico efectuado en el servicio se encontró que más de la mitad de las pacientes tenían cuello de apariencia normal (57.3 %).

La consistencia del cuello en 45.04 % era normal y en 41.22 % endurecido, para un 13.74 % blando.

Las erosiones encontradas fueron más frecuentes en labio posterior del cérvix, ya sea solas o asociadas a rasgaduras o a fácil sangrado al tacto.

Las ulceraciones se encontraron tanto en labio anterior como posterior del cérvix.

Las pacientes con prolapso genital tenían asociado leucoplasia, lesiones proliferativas o pólipos con fácil sangrado al tacto.

CUADRO No. 13

ESTUDIOS HECHOS EN GINECOLOGIA PARA CONFIRMAR Dx. DE CANCER IN-SITU DE CERVIX.

	No. Casos	%	Citológicos positivos			
			1 Cit. %	2-3 Cit. %		
Solo citológicos	43	32.8	22 16.8	21 16.0		
Biopsia (-)	9	6.9	2 1.5	7 5.3		
Biopsia (+)	20	15.3	9 6.9	11 8.4		
Biopsia + Schiller + Cono + Legrado(-)	9	6.9	2 1.5	7 5.4		
Biopsia(-) Schiller + Cono + Legrado(-)	5	3.8	2 1.5	3 2.3		
Schiller + Cono + Legrado(-)	15	1.5	11 8.4	4 3.1		
Ningún estudio por venir, hecho del lugar de referen- cia.	30	22.9				
TOTALES	131	100.00	48	53		

Análisis del Cuadro No. 13.

Hubo pacientes a quienes solo se efectuó Citológico, para confirmar Dx. de referencia de las cuales a la mitad se hizo 1 citológico y al resto 2-3, siendo en todos positivos.

Se efectuaron 43 biopsias, de las cuales 29 fueron positivas (67.5 %) y 14 negativas (32.5 %). De las 14 biopsias negativas a 2 casos se había efectuado citológico, el cual era positivo para Ca. In-situ; a 9 se les había efectuado 2-3 citológicos positivos para Ca. In-situ.

A 5 casos se hizo conización, la cual confirmó Dx. de Ca. In-situ.

Los datos anteriores demuestran que en 32.5% hubo biopsias falsas negativas, con pruebas citológicas previas positivas por lo que no es recomendable manejar estos casos basados únicamente en la biopsia a mordiscos así fuese bajo control colposcópico, es inadecuado y sumamente peligroso, ya que según un estudio de O. Flores (31) le adjudica un 40.7 % de falsos negativos.

Se efectuaron 29 conizaciones, las cuales en 9 casos tenían citologías, biopsia positiva, y lesiones en Cérvix, 5 casos con citológicos positivos, biopsia negativa y 15 con citológicos positivos solamente, mas lesiones de Cérvix. En el cuadro vemos a 30 pacientes que no se les efectuó ningún estudio complementario por traerlos hechos del lugar de referencia.

CUADRO No. 14

COMPLICACIONES	No. CASOS	%
Hemorragia aguda Post-cono	1	3.45
Hemorragia tardía Post-cono	1	3.45
T O T A L E S	2	6.90

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 14:

De las 29 conizaciones hechas, solamente el 6.90 % tuvo hemorragia post-conización; Dr. Hernández Román (34) indica tener el 9 %.

La hemorragia se presentó en un caso en forma temprana en las primeras 24 horas post-cono, por lo que hubo que suturar vasos sangrantes y transfundir a la paciente. En el otro caso se presentó tardíamente a (los 16 días) por lo que únicamente se hizo taponamiento.

CUADRO No. 15

TRATAMIENTO EFECTUADO EN EL DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL
ROOSEVELT

TRATAMIENTO	No. Casos	%	N.º. Asist. p/histerec	%	queria tener mas hijos	%
Conización solamente	3	1.60	1	0.54	2	1.06
Histerectomía vaginal con resección de 1/3 superior de vagina	163	87.16				
Histerectomía vaginal con anexectomía izquierda	2	1.06				
Histerectomía abdominal con apendicectomía profiláctica	6	3.20				
Histerectomía abdominal anexectomía bilateral con apendicectomía profiláctica	1	0.53				
Histerectomía abdominal apendicectomía profiláctica, anexectomía izquierda, resección de quiste izquierdo y vaginectomía en 1/3 superior	1	0.53				
Histerectomía abdominal radical	1	0.53				
Operación Schauta Clásica	8	4.27				
Schauta modificada	2	1.06				
T O T A L E S	187	100.00				

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 15

El análisis debe hacerse conjuntamente con el cuadro comparativo entre Dx. inicial y Dx. final (Pág. 24).

Vemos que las 3 pacientes a quienes solamente se efectuó conización y no se hizo histerectomía, tenían Dx. inicial Ca. In-situ, una por deserción y 2 por querer tener más hijos.

La histerectomía vaginal fue el procedimiento quirúrgico más frecuente, 88.22 % con resección de 1/3 superior de vagina. Se les practico:

- A las 3 pacientes con Dx. inicial de displasia ligera obteniéndose como Dx. histopatológico 1 Ca. In-situ, 1 invasivo y 1 cervicitis crónica.
- También se hizo a las tres pacientes con Dx. inicial displasia moderada, siendo Dx. final 2 Ca. In-situ y una cervicitis crónica.
- A 157 pacientes con Dx. inicial Ca. In-situ comprobándose 109 de ellos (59.27 %), descubriéndose que había Ca. microinvasivo en 17 (9.09 %), 2 displasias ligeras (1.07 %) 10 displasias moderadas (5.35 %), 10 cervicitis crónicas (5.36 %) y 5 que no tenían evidencia de carcinoma.

La histerectomía abdominal se efectuó:

- En 9 casos (4.79 %); de las simples, se hicieron 4 a pacientes con Dx. Inicial de Ca. In-situ y a 2 con Ca. invasivo dudoso, de los cuales el Dx. final fueron 6

Ca. In-situ de los cuales 4 se comprobó el Dx. inicial (2.14 %).

- b) La histerectomía abdominal con resección de anexo izquierdo, quiste, mas vaginectomia 1/3, se hizo a 1 caso con Dx. inicial, Ca. Micro invasivo que resultó ser Ca. In-situ.
- c) La histectomía abdominal con anexectomía bilateral se efectuó a paciente con Dx. inicial Ca. invasivo sospechoso, resultando Ca. in-situ como Dx. final.
- d) La histerectomía radical abdominal se efectuó a pacientes con Dx. inicial invasivo, siendo Ca. In-situ el Dx. final.

La operación de Schauta clásica se hizo en 8 casos (4.27 %) y la modificada en 2 (1.06%).

Se hizo a pacientes con Dx. inicial Ca. in-situ y Ca. invasivo fuertemente sospechoso por citología y por sintomatología sugestiva, además de ser pacientes comprendidas entre los 26 a 70 años y con cuello erosionado y endurecido.

A las más jóvenes se les hizo Schauta modificada para conservar sus anexos y a las mayores la Schauta clásica que hace resección amplia de parametrios laterales, posteriores y anexectomía bilateral.

Los Dx. finales fueron 9 casos de Ca. In-situ y de Ca. invasivo a uno de los que se les hizo Schauta clásica.

Resumiendo los hallazgos post-operatorios como se aprecia en el cuadro de comparación entre Dx. inicial y final (pág. 24).

De los 187 casos:

- a) Se encontraron 131 casos de Ca. In-situ (70.04 %), o sea un (16.59 %), menos que los que figuraban con Dx. inicial por citología.
- b) Cuatro carcinomas invasivo (2.13 %), que considero bastante bajo, sin embargo es necesario hacer notar que no es recomendable confiar en la Citología ni en las biopsias para manejar estos casos. En estas pacientes no se efectuó conización por las razones ya conocidas; pero habría sido de mucha utilidad para descubrir la invasión en estos casos y no haber efectuado solo histerectomía vaginal como se hizo.
- c) 18 carcinomas microinvasivos (9.62%) de los cuales 17 tenían Dx. inicial in-situ y 1 invasivo. El comentario anterior también es válido para éstos casos.
- d) Displasia ligera 2 casos (1.07) con Dx. inicial citológico in-situ.
- e) Displasia moderada 10 casos (5.35 %) también con Dx. inicial in-situ.
- f) Cervicitis crónica en 12 casos (6.44 %) de los cuales 10 tenían Dx. inicial Ca. in-situ, 1 displasia modera-

da y 1 displasia ligera.

g) No evidencia de carcinoma en 5 casos con Dx. inicial Ca. In-situ y 1 de microinvasivo.

Si analizamos los incisos d,e,f, y g, de la comparación que nos ocupa, vemos que suma 30 casos en los cuales es palpable que no hay que confiar solo en la citología ni en la biopsia a Mordisco, porque éstos son los resultados: en 18 casos fue error diagnóstico (9.64 %) y en los 12 restantes (6.42 %) eran displasias 2 ligeras y 10 moderadas. Hay que hacer notar que a éstas 30 pacientes en la Ginecología ya no se les hizo ningún estudio Dx. (ver cuadro No. 13), por venir hechos del lugar de referencia (ver cuadro No. 11) de la siguiente manera:

DIAGNOSTICO FINAL	No. CASOS	ESTUDIOS HECHOS	LUGAR REFERIDAS
10 displasias moderadas	1	Biopsia positiva	Intra Hospital APROFAM APROFAM
	5	Biopsia positiva y Citológicos positivos	
	4	3-4 citológicos positivos cada paciente	
2 Displasia ligeras	2	2 citológicos positivos cada paciente	Intra Hospital
	3	2 Citológicos positivos cada paciente	
12 cervicitis crónica	6	3 citológicos positivos cada paciente	APROFAM
	3	2 citológicos positivos cada paciente	
6 No. Ca. evidente	6	2 citológicos positivos c/paciente	APROFAM
TOTAL	30		APROFAM

Este grupo de pacientes eran añosas, pequeñas y grandes multíparas que estaban llevando control natal supervisadas por APROFAM y ante la sospecha citológica que a pesar de ser repetida se confirmaba inclusive al efectuar biopsia aún sabiendo su inexactitud se optó por efectuar histerectomía con lo que se efectuó doble beneficio para las pacientes especialmente a las que tenían displasias, esterilizándolas totalmente y evitando que éstas con el tiempo pudieran transformarse en Ca. In-situ e inclusive invasor, y a las que fue error Dx. solamente se les evitó el problema de estar utilizando anticonceptivos que tienen efectos secundarios para la salud en general, y se les evitó del alto riesgo que tenían de padecer de Ca. del Cérvix, por encontrarse dentro del grupo como ya vimos en que es más frecuente encontrar la Noxa.

CUADRO No. 16

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	No. de Casos	%
GRANULOMA DE CUPULA	9	6.87
ABCESO DE CUPULA	2	1.53
HERNIA DE CUPULA	1	0.76
T O T A L E S	12	9.16

ANALISIS DEL CUADRO No. 16.

Las complicaciones post-operatorias fueron de 9.16 % realmente cifras mínimas.

La más importante fue el granuloma de cúpula vaginal a los cuales se les tomó biopsia siendo informadas todas negativas para Ca. residual, y se hizo controles citológicos cada 3 meses.

Hubo 2 abscesos de cúpula, los cuales fueron drenados y se les dió tratamiento antibiótico.

Hubo una hernia de cúpula, la cual se hizo hernio plástica. Ninguna de éstas tuvo recidiva.

CUADRO No. 17

NUMERO DE CITAS CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

No. CITAS	No. CASOS	%
1-3	74	56.49
4-6	31	23.66
7-9	14	10.69
10 y más	3	2.29
no acudió a ninguna	9	6.87
T O T A L E S	131	100.00

ANALISIS DEL CUADRO No. 17

El seguimiento ideal para las pacientes post-histerectomizadas se tenía programado para acudir a la primera cita control a las 6 semanas post-histerectomía, a los 3 meses y luego cada 6 meses por 5 años.

En el presente estudio, si vemos el cuadro anterior podemos apreciar que el 56.49 % de pacientes solo acudió de 1 a 3 citas, notándose claramente la relación inversamente proporcional de pacientes, disminuyendo conforme aumenta el No. de citas control necesarias. Solamente el 2.29 % acudió a 10 ó más citas y un 6.87 % que nunca acudió para controles.

Esta falta de asistencia es justificable si tomamos en cuenta que el 65.64 % de pacientes no son de la capital (cuadro No. 2) sino de los Departamento de la República.

CUADRO No. 18EXAMEN CLINICO

	No. Casos	%
NORMALES	110	83.97
ANORMALES POR COMPLICACIONES	12	9.16
NINGUN EXAMEN POR NO ACUDIR	9	6.87
T O T A L E S	131	100.00

CUADRO No. 19CONTROLES CITOLOGICOS POR CONSULTA EXTERNA POST-OPERATORIA

CITOLOGICOS	No. CASOS	%
1 - 3	70	53.43
4 - 6	14	10.68
7 - 9	14	10.68
10 y más	3	2.29
No aparece en ficha clínica	21	16.03
Nunca acudió a control	9	6.87
T O T A L E S	131	100.00

ANALISIS DEL CUADRO No. 19.

Se aprecia comparando con cuadro No. 17, que a cada paciente se efectuó citológicos control en la mayor parte de casos, durante cada cita a consulta externa, excepto 21 casos (16.03), los cuales no se pueden comprobar por no aparecer los resultados de citologías en la ficha clínica.

CUADRO No. 20

TIEMPO DE SEGUIMIENTO

TIEMPO	No. CASOS	%
1 - 3 meses	39	29.77
4 - 6 meses	4	3.05
7 - 9 meses	12	9.16
10 -12 meses	5	3.82
1 - 2 años	26	19.85
3 - 4 años	25	19.08
5 y más	11	8.40
Nunca iniciaron control	9	6.87
T O T A L E S	131	100 .00

Análisis del Cuadro No. 20.

Respecto al tiempo total de seguimiento, podemos apreciar que 45.8 % fueron controladas por menos de un año, del resto de pacientes es importante notar que de 3 a 5 años y más hubo un 27.48 % (36 casos), las cuales si bien solamente 11 (8.40 %), llegaron a término de seguimiento; 25 de ellas tuvieron controles por un tiempo prudencial como para asegurar la curación completa. Es necesario hacer notar que estas pacientes eran las procedentes de ésta capital (ver cuadro No. 2) y por consiguiente es obvia la causa del ausentismo existente en las pacientes de los Departamentos.

CUADRO No. 21

QUE FUE DE LAS PACIENTES

	No. de Casos	%
Se ausentaron sin terminar control	66	50.38
Pendientes de cita continúan en control	34	25.96
Se dió de alta	22	16.79
Nunca iniciaron controles	9	6.87
T O T A L E S	131	100.00

Análisis del Cuadro No. 21

La mitad de las pacientes se ausentaron sin terminar controles (50.38) por las razones anteriormente expuestas; se dió alta al 16.79 % (22 casos), de las que tenían seguimiento de 3 a más de 5 años con controles citológicos y exámenes clínicos negativos, por lo que se consideraron curadas totalmente.

Hasta el momento de efectuar esta investigación, habían 34 pacientes (25.96 %) que seguían en controles, encontrándose en buenas condiciones y sin recidiva.

Si sumamos el % de los casos dados de alta más los casos que actualmente continúan en control, hace el 42.75 % del total de casos que realmente han tenido seguimiento

y en los cuales no ha habido ninguna recidiva de Ca. In-situ.

Sabemos el Ca. In-situ tratado en forma temprana tiene el 100 % de curación (1,2,29,31), y en nuestra casuística creemos firmemente estar cerca de éstos valores como lo demuestra la no recidiva, hasta el momento del 42.75 % que fueron las 56 pacientes, parte de las cuales asistieron y otras que aun lo hacen para control y seguimiento por consulta externa de Ginecología, luego de haberse efectuado tratamiento quirúrgico para Ca. In-situ de Cérvix.

Que pasó con el resto de pacientes que no tenían Ca. In-situ?

Viendo el cuadro comparativo entre diagnóstico inicial y diagnóstico final. (pág. 24).

* De los 4 casos de carcinoma invasivo.

a) Una paciente era Epiléptica tipo gran mal y esquizofrénica que ya no acudió para histerectomía. Se localizó en su domicilio, pero los familiares se negaron rotundamente a que se efectuaran nuevos controles, ya que actualmente la paciente se encontraba un poco mejorada y no deseaban una nueva recidiva puesto que ya había tenido 6 ingresos al Hospital Neuropsiquiátrico.

b) De los 3 casos restantes, a dos se les efectuó histerectomía simple y a la otra una operación de Schauta clásica. Se localizaron en sus domicilios citándolas a la consulta externa para re-evaluación. todas acudieron efectuándoseles examen clínico e interrogatorio a lo cual referían sentirse bien y estar asintomáticas. El examen ginecológico fue normal con pelvis negativa. Se les hizo citológico control de cúpula vaginal y el Departamento de Citología los informo NEGATIVOS para Ca. residual.

Se consultó al Departamento de Patología en donde el Dr. Jorge E. Rosal informó que a cada caso en la pieza operatoria, habían efectuado más de 20 cortes histológicos, los cuales sostenían el Dx. de Ca. invasivo.

* De los 18 microinvasivos.

Un caso no regresó para histerectomía. Los 1 restantes que fueron hallazgo post-operatorio después de haber sido tratados en igual forma que los casos de Ca. in-situ: Un caso se ausentó totalmente y 16 llevaron controles por consulta externa, acudiendo de 4 a 10 y más citas el 80 %; con control citológico en cada ocasión, los cuales fueron reportados negativos. Han sido dadas de alta 23.5 % con seguimiento de 5 y más años y citológicos negativos. El 60 % continúa en control y en buenas condiciones, y el 16.5 % se ausentó luego

de haber iniciado su seguimiento, o sea que el 83.5 % que ha tenido control, no ha habido recidiva en ningún caso.

* De las 12 pacientes que tuvieron displasias, ninguna ha tenido recidiva hasta el momento de efectuarse el último control.

CONCLUSIONES

VI.

1. Del total de casos de Ca. de Cérvix operados en el Departamento de Ginecología, durante el período estudiado (587), el 54.5 % correspondieron a Ca. In situ de Cérvix.
2. La edad más afectada por carcinoma in-situ fue la comprendida entre la segunda y tercera década de la vida.
3. La procedencia mas frecuente fue de los Departamentos de la República.
4. La religión predominante fue la católica, aunque se hace la observación de que al ingreso de las pacientes casi nunca se les pregunta, anotando la mas aceptada por la generalidad, por no considerarla de importancia.
5. La menarquia se presentó en el grupo comprendido entre los 12 a 14 años.
6. Hubo predominio del Ca. in-situ en pacientes multíparas, no encontrándose en pacientes nulíparas.
7. En las pacientes con unión de hecho predominó el Ca. In-situ, más que en las casadas, probablemente porque las primeras tenían mayor promiscuidad sexual.
8. El grupo étnico predominante fue el ladino, aunque en la admisión del Hospital muchas veces se tabula como tal a pacientes indígenas que ya no visten sus trajes típicos.

9. Del grupo de pacientes estudiado, casi la totalidad se dedicaba a oficios domésticos en su casa.
10. La mayor parte de pacientes (58.78 %) eran completamente asintomáticas; y entre las que si presentaban sintomatología se encontró mas frecuentemente: la hemorragia vaginal, el dolor abdominal y en fosas ilíacas inespecífico, así como prolapso uterino, dispareunia, flujo y hemorragia post-coito.
11. El 59.54 % de las pacientes nunca había utilizado anticonceptivos.
El 40.46 % si lo habían hecho, y referían dispositivo intrauterino (Asa de Lippes) en primer lugar con promedio de 4.5 años, y en segundo lugar la pildora con promedio de 6 años.
12. El 73.95 % de las pacientes fueron referidas de APROFAM y DIMIF, con citologías positivas o sospechosas. Un 7.63 % de otros servicios dentro del Hospital y un 18.32 % que habían acudido personalmente por sintomatología ginecológica.
13. Al examen Ginecológico, el 57.3 % presentaban cervix de apariencia normal; el 42.7 % restante con lesiones, de las cuales el 35.1 % eran erosiones, en 3.8 % ulceraciones, principalmente del labio anterior y el 3.8 % con pólipos cervicales y lesiones

proliferativas.

14. De los estudios complementarios hechos en el Departamento de Ginecología, figuran en primer lugar la Citología cervico-vaginal con 32.8%. La biopsia se hizo en 43 casos, siendo 14 de ellas negativas, por lo que se desaconseja el manejo de pacientes basados solamente en ellas, como lo demuestra el 32.5% de falsas negativas en este trabajo. Se efectuaron 29 conizaciones, de las cuales 23 pacientes con citológicos positivos para Ca. in-situ y lesiones de cervix, y 6 a pacientes con citológicos positivos para Ca. invasivo.
De las primeras 23 confirmaron Ca. in-situ y 3 pacientes ya no acudieron para histerectomía. En las segundas los 6 casos eran Ca. in-situ.
- 15 De las complicaciones post-conización, se tuvo la hemorragia en 6.9 % (2 casos), una temprana y otra tardía. El primero se trato con sutura de vasos sangrantes y el segundo con taponamientos.
- 16 El procedimiento quirúrgico más frecuente utilizado fue la histerectomía vaginal con resección de 1/3 superior de vagina en el 88.22 %. La histerectomía abdominal se hizo en el 4.79 %, de las cuales 1 caso de radical 0.53 %. La operación de Schauta Clásica se hizo en

casos (4.27 %) y la modificada en 2 casos (1.06 %).

17. Las complicaciones post-operatorias fueron de 9.16%, lo cual es sumamente bajo y poco significativo.

Entre ellas: Granuloma de Cúpula Vaginal en 6.87 %, Abceso de cúpula vaginal en 1.53 % y Hernia de cúpula en 0.76% .

18. Del total de casos estudiados, 187: se encontraron 131 (70.04%) de Ca. In-situ; 4 invasivos (2.13 %), lo cual consideramos sumamente bajo; 18 microinvasivos (9.62 %), 2 displasias ligeras (1.07 %); 10 displasias moderadas (5.35 %); 12 cervicitis crónicas (6.44 %), no evidencia de carcinoma en 6 (3.20%).

19. Hubo error diagnóstico en 18 casos (9.64 %), por haber confiado únicamente al resultado de citologías y Biopsias a mordisco. De éstos: 12 fueron cervicitis crónica y 6 que no evidenciaban carcinoma.

20. En el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en algunos casos se ha obviado la conización en pacientes con 3 o más citológicos y biopsias positivas, aunque se reconoce la utilidad y seguridad del cono, en la experiencia y durante la práctica en nuestro medio se ha visto que las pacientes ya no vuelven a las 6 semanas post-conización para histerectomía, perdiéndose los casos, con lo

que se prefiere brindar tratamiento definitivo de una vez, especialmente cuando son pacientes añosas y múltiples que ya no desean familia. En esta forma también se ahorra tiempo y recursos hospitalarios que tanta falta nos hacen.

21. El 56.49 % de pacientes solo acudió a control por consulta externa de 1 a 3 citas, y el 6.87 % nunca lo hizo. La causa más importante se puede apreciar en que 65.64% de las pacientes eran de los Departamentos de la República.

El 36.64 % acudieron de 4 a 10 citas. A cada paciente se le efectuaba examen clínico y citológico cervico-vaginal.

En 83.97 % el examen clínico fue normal.

En 9.16 % se encontraron complicaciones post-operatorias ya mencionadas.

En 6.87 % nunca se efectuó porque nunca acudió.

En las citologías efectuadas, nunca mostró recidiva de Ca. in-situ.

22. Hubo 36 pacientes que llevaron control de 3 a 5 años (27.48 %), de los cuales a 22 se dió alta (16.79%), y el restante 25.96 % aún continúan en control sin recidiva. Por los datos anteriores, creemos que el seguimiento efectuado a estas pacientes, ha cumplido sus objetivos en el 42.75 % del total de casos, y demostrado que el tratamiento que se efectuó a las pacientes fue sumamente efectivo

para la curación del Ca. In-situ de Cérvix.

23. De los 4 casos de Ca. invasivo (2.13 %) una paciente epiléptica y esquirolfrénica con múltiples ingresos al Hospital Neuropsiquiátrico, por lo que los familiares se negaron rotundamente a que se le efectuaran nuevos controles, aunque referían que físicamente no aparentaba estar enferma.

Las 3 pacientes restantes, a los 5 años de post operadas, se les encontró clínicamente bien, examen ginecológico con pelvis negativa y citológicos de Cúpula vaginal normales.

VII. RECOMENDACIONES

1. Hacer examen genital a toda paciente que acude a consulta externa, efectuando a la vez citología cervico-vaginal sin tener en cuenta edad, paridad, embarazo; mereciendo mas atención las múltiparas.
2. Tomar citología cervico-vaginal a toda paciente hospitalizada en cualquier servicio, en forma rutinaria por los Médicos Residentes, para ayudar a mejorar la detección temprana del Ca. de Cérvix, tal como se demuestra en el presente trabajo.
3. Sería conveniente incluir dentro de la ficha ginecológica, datos como: edad del primer coito, frecuencia y si existe o no promiscuidad en el mismo; varon circuncidado o no; para poder a posteriori efectuar estudios con mayor información acerca de estos factores que se consideran bastante relacionados con la existencia de Ca. de Cérvix.
4. Informar a las pacientes que el Ca. In-situ es una entidad que cura en el 100 % de los casos, cuando se trata temprana y adecuadamente, y que la palabra Cáncer In-situ que se le asigna, no tiene el significado que generalmente se le atribuye. Al mismo tiempo incitarlas para que acudan a control ginecológico y Citológico por lo menos una vez al año.

5. A cada paciente que se efectúe tratamiento, hacerle conciencia de lo importante que es el seguimiento clínico y citológico, por lo menos durante 5 años para mayor seguridad de la total erradicación de la noxa, con lo cual se incrementará en forma voluntaria, el número de pacientes que acudan a control sin necesidad de utilizar ayuda de servicio social que en nuestro medio es tan escasa y a la fecha realmente está en sus inicios.

6. Se recomienda al Departamento de Archivo velar por la conservación adecuado de los Registros Médicos, ya que son la base para futuras investigaciones como ésta de tipo retrospectivo, ya que de la entidad aquí tratada, un buen número de papeletas habían sido incineradas, limitando de esta manera la información.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Arthur W. Ham., "Tratado de Histología", Cap. 29. Sistema Reprodutor Femenino. 6ta. Ed. Ed. Interamericana México Pp. 910-12, 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. Clasificación of Cérvix Cáncer 1974.
5. Sabinston, Tratado de Patología Quirúrgica. Cap. 45. Ginecología, Utero, Ovarios y Vagina. 10ma. ed. Ed. Interamericana México pp. 1427-1431. 1972.
6. Testut y A. Latar jet. 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. Praktishe Gynakdogie Fur Studierende and Arzte. Dr. Med. y Fil. W. Pschyrembel. Ed. al español 1969.
8. Pedro A. Guzmán. Ca. In-situ de Cérvix. Ginecología y Obstetricia de Venezuela. Vol. XXIX No. 2. 1969.
9. Kaufman Raymond. K.: Displasia and Carcinoma in-situ of the Cérvix. Clin. Obst. and Ginec. 10 (4) 745-860. December 1967.
10. Sedlis, A.: Cohen, A y Sall. S: "Pate or Cervical Dysplasia". Am. J. Obstet. And Ginec. 107: 1065, 1970.
11. Dr. Alvaro Francisco Fernández García. "Correlación cito-histológica en Carcinoma del cuello uterino", Tesis hecha en el Hospital General San Juan de Dios. Abril de 1975.
12. Dr. Juan Joaquin Diaz Reyna. "Cáncer del Cérvix Uterino". Tesis hecha en el INCAN. Abril de 1977.
13. 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.

- pp. 87. 1976.
14. Szell, I: "Die rolle der trichomoniasis in der Entstehung der Prabalstomatosen der portio uteri. Zbl. Gynak 89: 312, 1967.
 15. Evaluación del Test de Schiller. Ginecol. y Obstet. de Venezuela Vol. XXX No. 3 pp. 409, 1970.
 16. Rubio And Thomossen. "A Critical Evaluation of the Schiller test in patients before conization". American Journal of Obst. and Ginec. published by THE C.V. Mosby company. St. Louis, Missouri. May. V-127. No. 1, pp. 96. 1976.
 17. Arne Berget, Jeus Olsen and Paul Poll. " Cervical cancer Screening". Dan Med. Bull 24 (1): 26-29 Feb. 1977.
 18. Brown Jd. (letter) "Cervical cancer Screening Programs". Can Med. Assoc. J. 115 (11): 1078, 4 Dec. 1976.
 19. Dr. Luis Alfonso Alvarez Alvarez. "Estado actual de Procedimientos quirúrgicos en cáncer de cérvix". Tesis hecha en el INCAN. Oct. 1977.

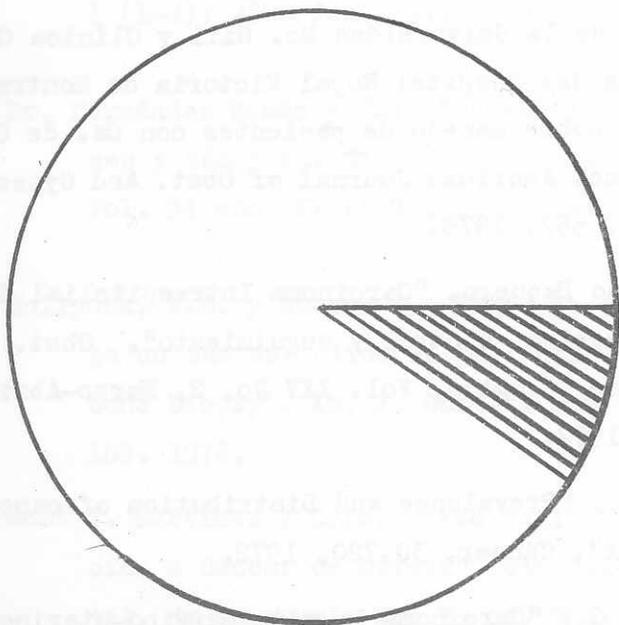
20. Dr. Pedro Pablo de León Pantoja. "Conización del Cérvix". Tesis hecha en el Hospital Roosevelt. julio de 1974.
21. Harold M. M. Tovell. "Cone Biopsy of the Cérvix". MD (Clinical Obstet. and Gynecol). Vol. 19, No. 1 March. 1976.
22. Cervical Cancer Screening, "Precis and Critique Of a recent Canadian Report. Mes. J. Aust. 1 (1-2): 23-8 Jan. 1977.
23. Dr. Hernández Román y Col: "Conización, indicaciones y técnica". Ginec. y Obstet. de México. Vol. 34 año XXVIII No. 202 Agosto 1973.
24. Hollyock, V.E. y Chanen W.: "The use of Colposcope un the selection of patients for cervical cone biopsy". Am. J. Obstet. and Gynec. 114: 185. 1972.
25. José T. Martínez y Cols.: "Asa de lippes en relación a Cáncer de Cérvix". Ginecología y Obstet. de Venezuela No. 2. pp. 333. 1972.
26. Vaginal and Cervical Cancer and other abnormalities Associated with exposure in utero to diethylstilbestrol and related syntetic hormones. J. Fla. Med. Assoc. 64(2): 96-8. Feb. 1977.

27. Cáncer of the Cérvix. "A sexually transmitted disease". American J. Obstet. and Ginec. July 15. pp. 20. 1978.
28. Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. American J. Obstet. and Gynec. March 1. pp. 551. 1978.
29. Dr. Martínez Alcala y Cols. "Correlación Clínica, Citológica e Histopatológica en cáncer cervico-uterino. Ginec. y Obstet. de México. Vol. 42. Año XXXII. No. 249. Julio 1977.
30. Protocolo de la Universidad Mc. Gill y Clínica Colposcópica del Hospital Royal Victoria de Montreal Canadá, sobre manejo de pacientes con Ca. de Cuello Uterino. American Journal of Obst. And Gynec. March 1. pp. 552. 1978.
31. Dr. Eduardo Baquero. "Carcinoma Intraepitelial del cuello uterino. Control y seguimiento". Obst. y Ginecol. de Colombia, Vol. XXV No. 2, Marzo-Abril. pp. 115. 1972.
32. Whaht P.N.: "Prevalence and Distribution of cancer of the cérvix". Cáncer. 30.720, 1972.
33. Rodríguez C.: "Carcinoma In-situ cervico-uterino". Tribuna Médica de México, 18: 11. 1971.

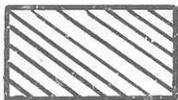
IX. GRAFICAS.

TOTAL DE OPERACIONES EFECTUADAS EN EL DEPARTA-

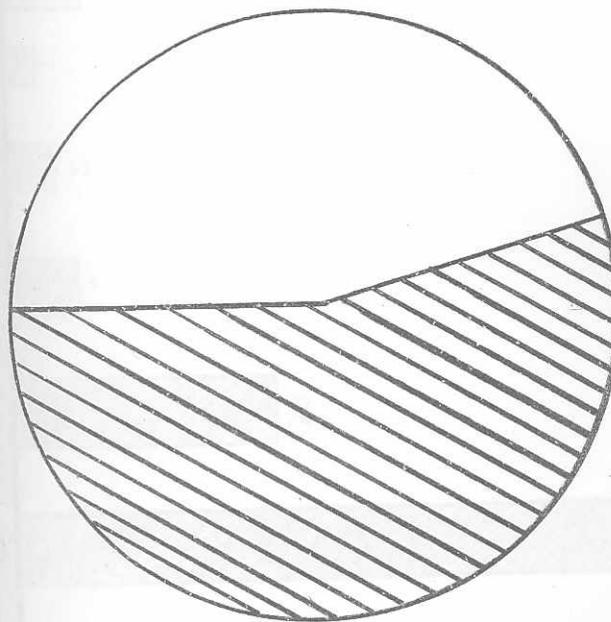
MENTO DE GINECOLOGIA, 6,062.



Cáncer del
Cérvix
9.68 %



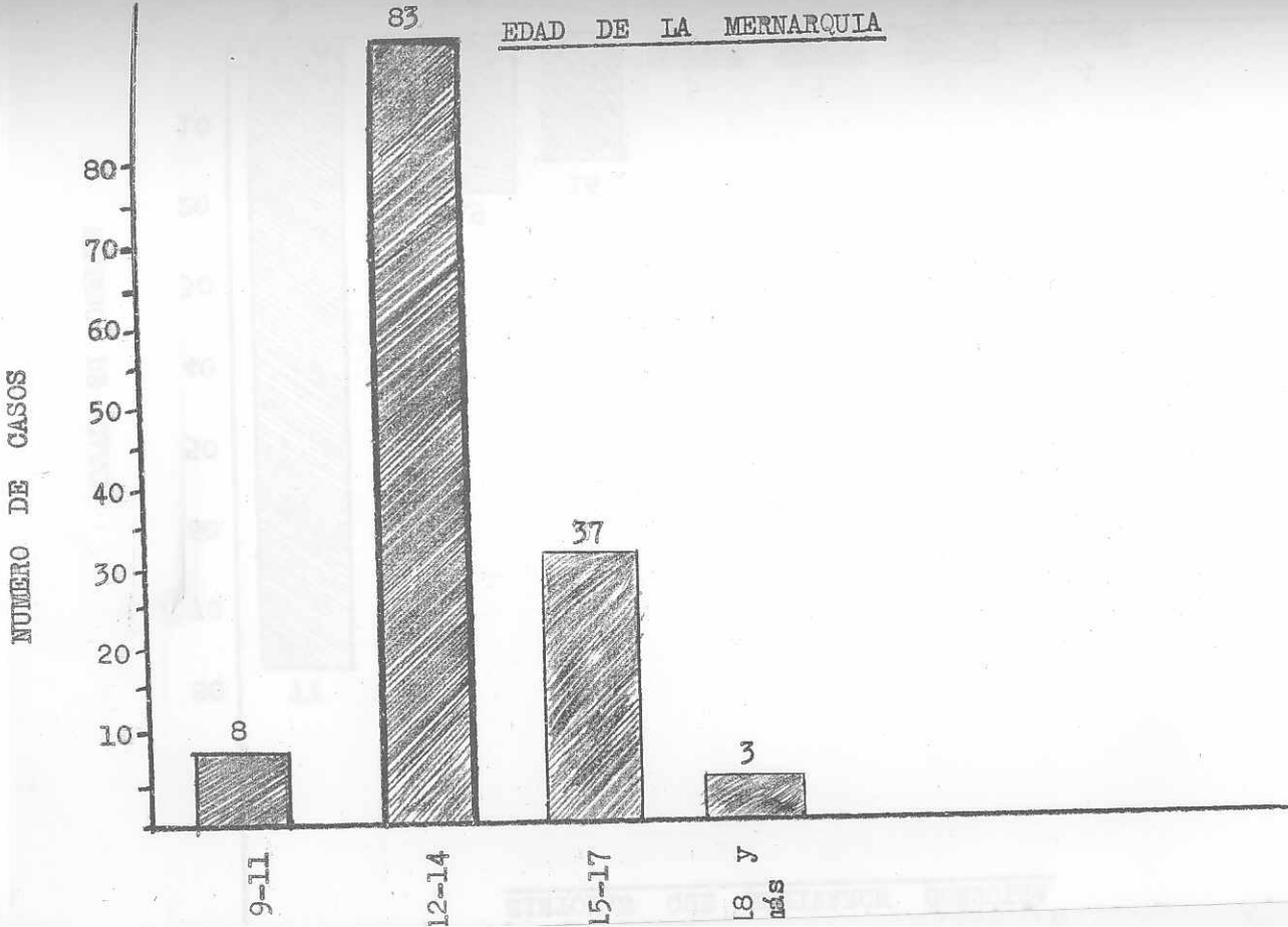
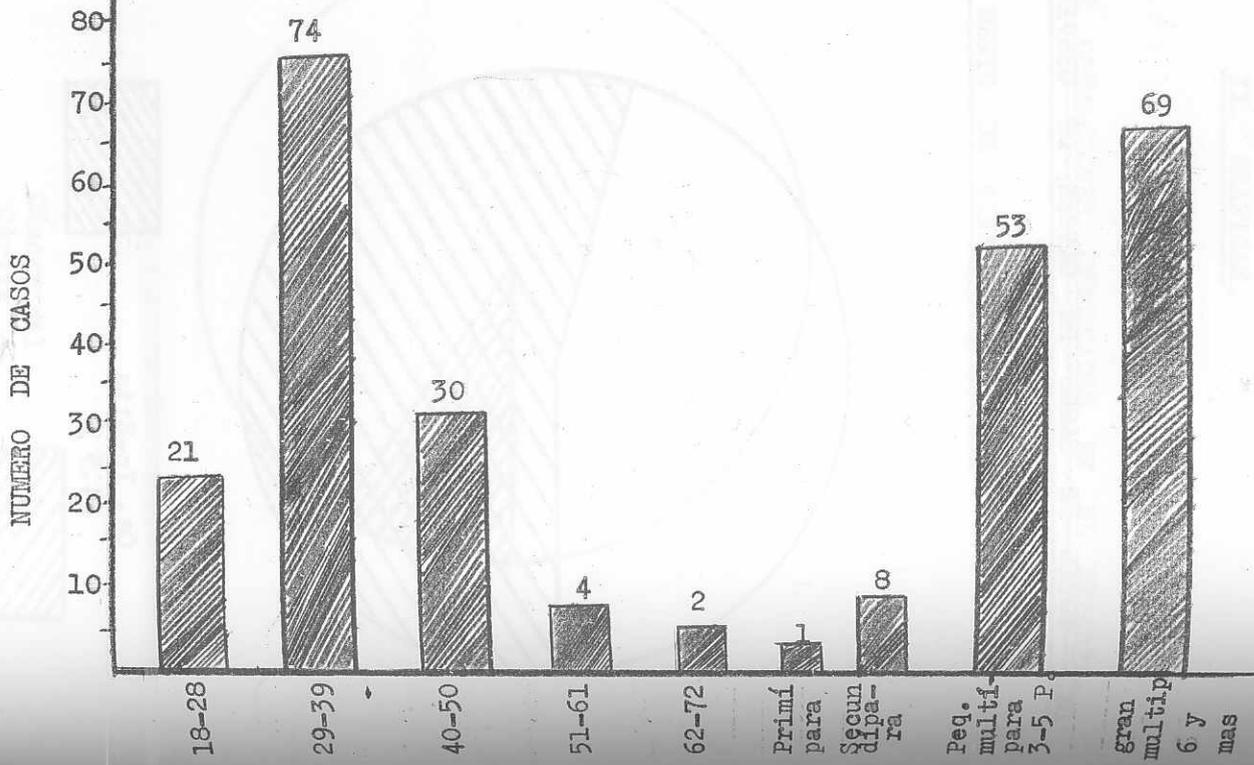
DEL TOTAL DE CASOS DE CANCER DE CERVIX



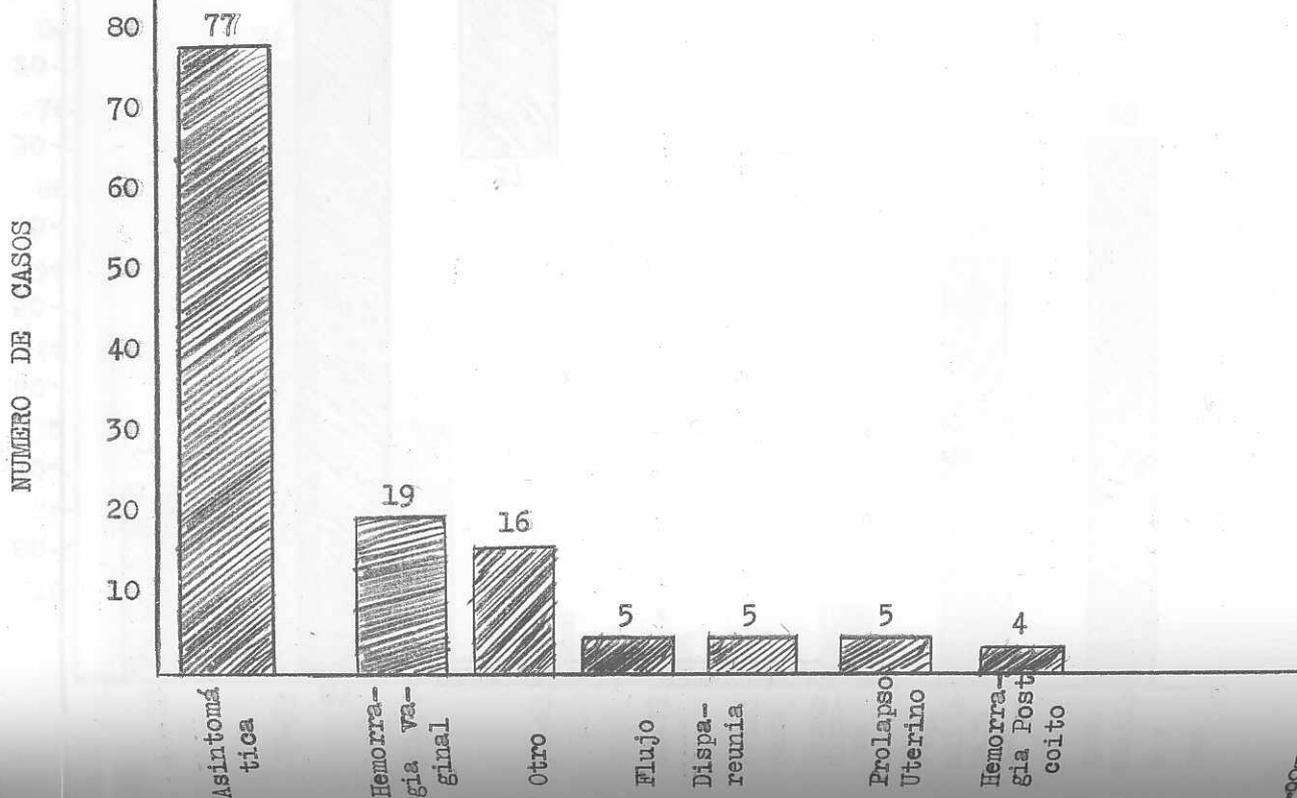
Ca. In-Situ
54.5 %



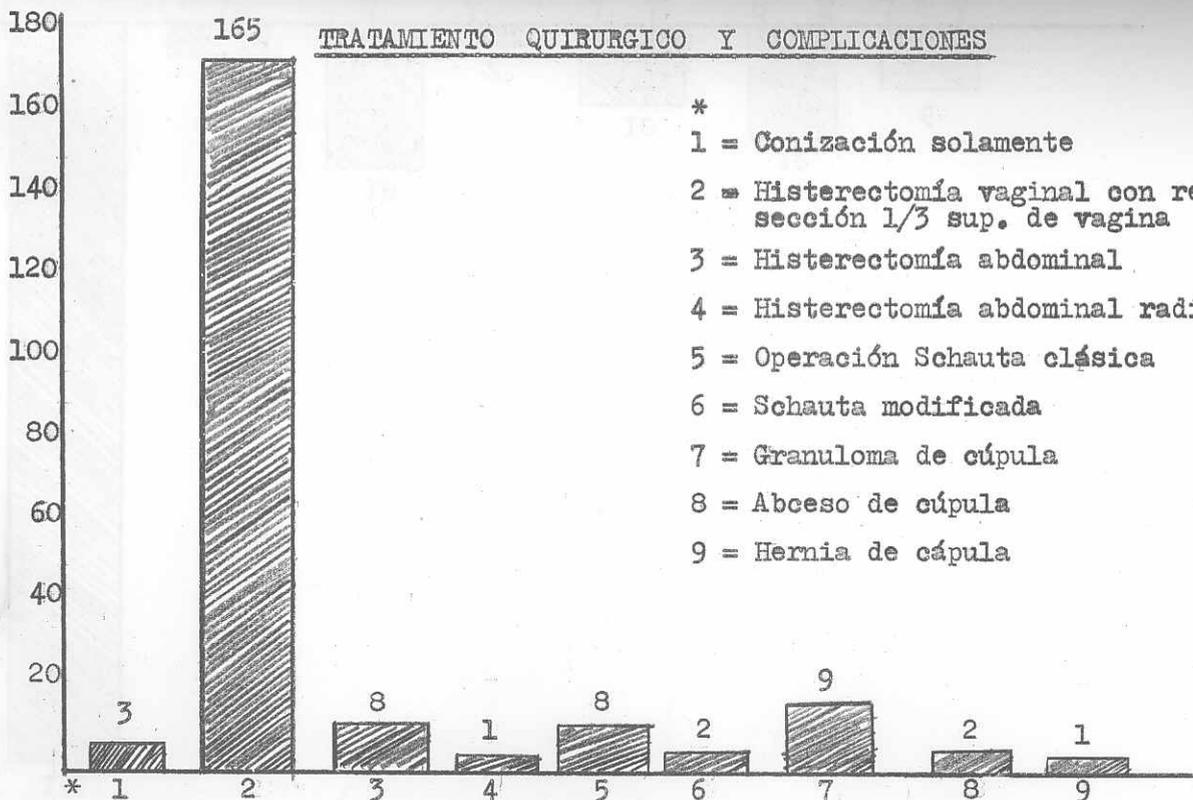
INCIDENCIA DE CANCER IN-SITU POR EDADES Y PARIDAD



SINTOMAS QUE MOTIVARON CONSULTA



-96-

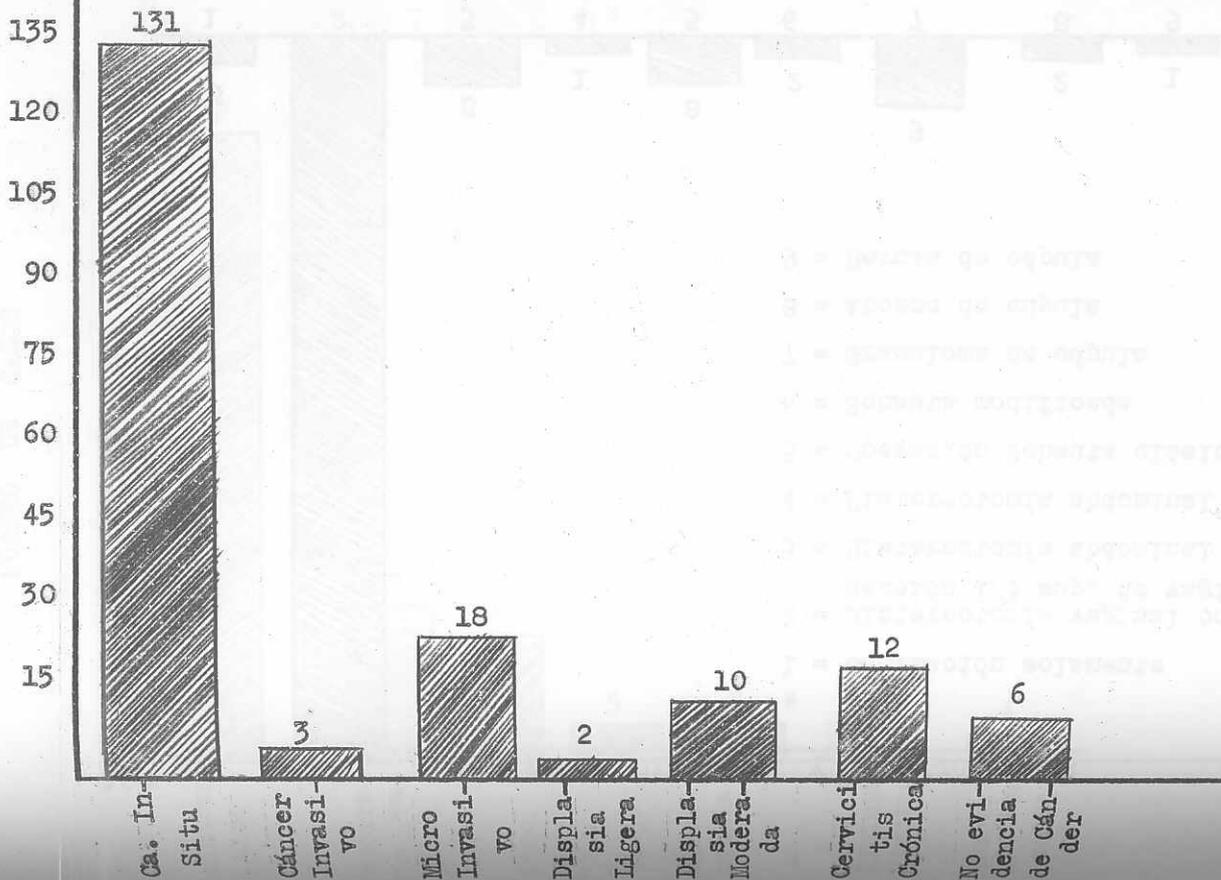


TRATAMIENTO QUIRURGICO Y COMPLICACIONES

- * 1 = Conización solamente
- 2 = Histerectomía vaginal con resección 1/3 sup. de vagina
- 3 = Histerectomía abdominal
- 4 = Histerectomía abdominal radical
- 5 = Operación Schauta clásica
- 6 = Schauta modificada
- 7 = Granuloma de cúpula
- 8 = Absceso de cúpula
- 9 = Hernia de cúpula

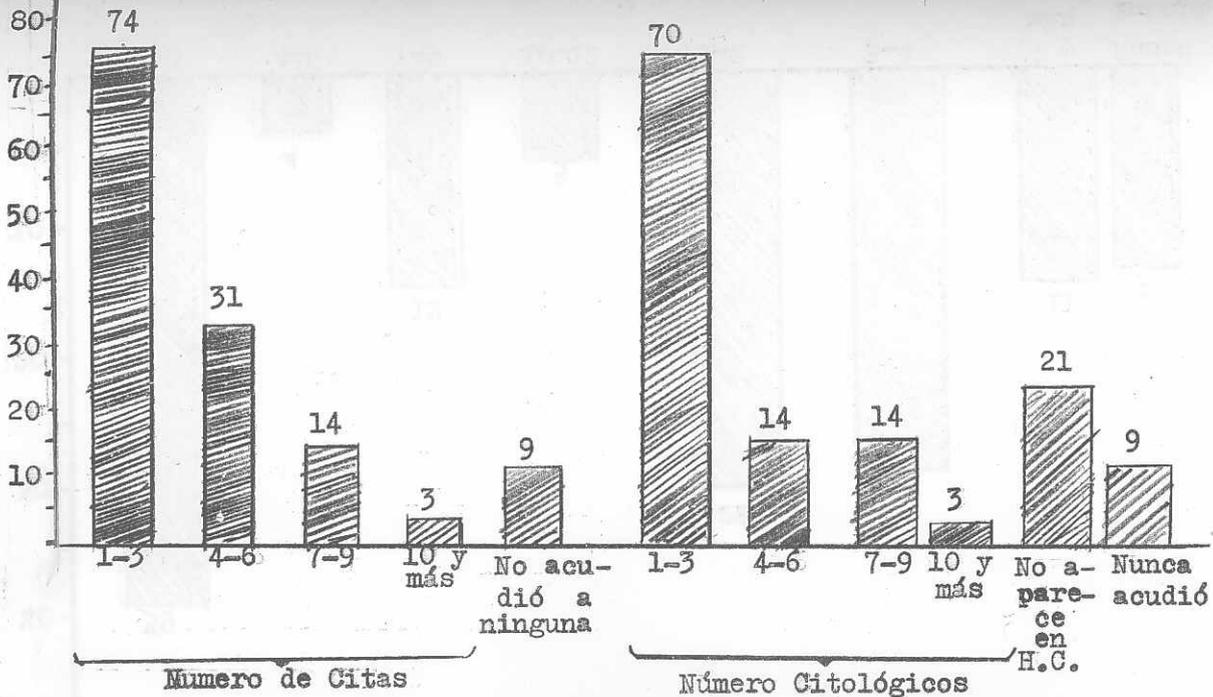
-87-

TOTAL DE DIAGNOSTICOS FINALES



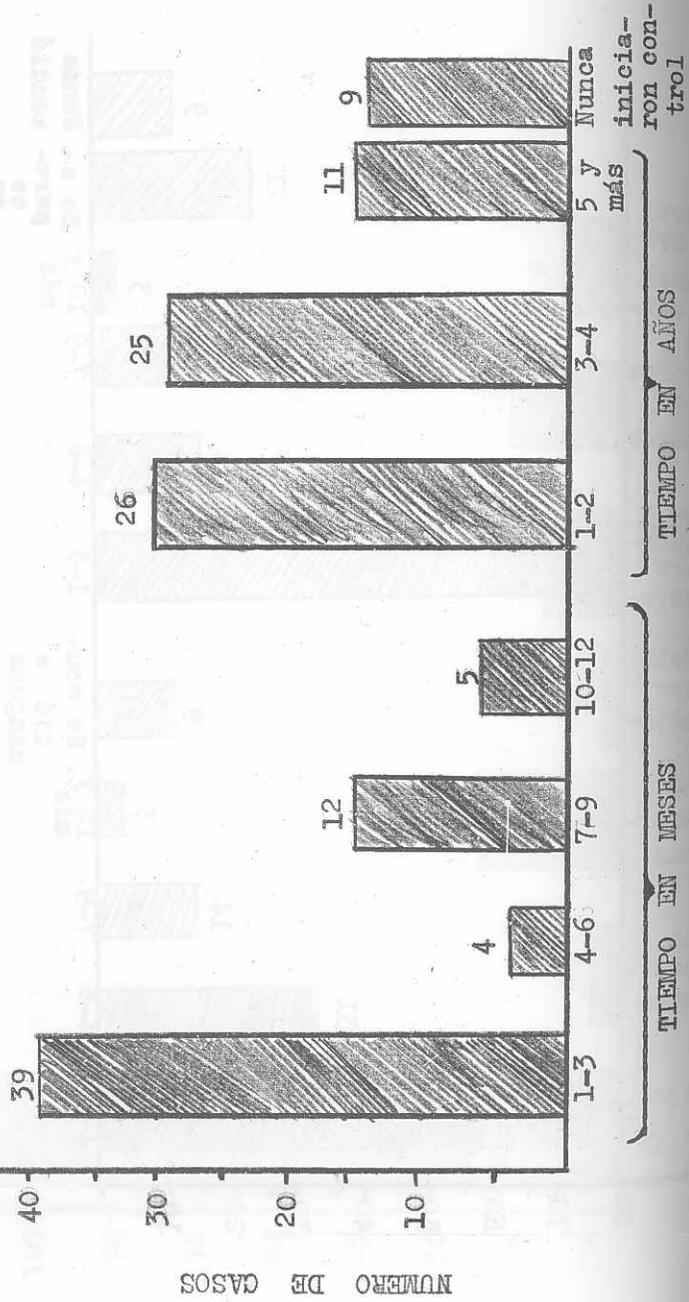
88

CITAS Y CITOLOGICOS POST-TRATAMIENTO



89

TIEMPO TOTAL DE SEGUIMIENTO



VH Gales
 Br. JOSE ROBERTO BATRES GALEANO.

Julian Montenegro
 Asesor

DR. JULIAN MONTENEGRO

Francisco Bauer Paiz
 Revisor

DR. FRANCISCO BAUER PAIZ

Julio de Leon M.
 Director de Fase III

DR. JULIO DE LEON M.

Baul A. Castillo R.
 Secretario General

DR. BAUL A. CASTILLO R.

Vo. Bo.

[Signature]

Decano