

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" CA DE CERVIX "

" ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE
HUEHUETENANGO DURANTE LOS AÑOS DE
1968 A 1979 "

JORGE ALFREDO MOLINA GALINDO

GUATEMALA, MARZO DE 1980

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Justificación
- IV. Definición del Problema
- V. Alcances y Límites
- VI. Hipótesis
- VII. Material y Métodos
- VIII. Antecedentes
- IX. Revisión Bibliográfica
- X. Análisis Estadístico
- XI. Gráficas
- XII. Conclusiones
- XIII. Recomendaciones
- XIV. Bibliografía

INTRODUCCION

El trabajo de investigación que a continuación se presenta y entra a analizar, como lo es el Ca cervix, es un tema considerado en los últimos tiempos al igual que muchas neoplasias malignas, como de las más frecuentes en nuestra época, llegando en la mayoría de los casos, al decenlace que indudablemente llegan, por la falta de conocimiento sobre la etiología del mismo, y que de ser al contrario, nos llevaría a la erradicación de tan temida neoplasia.

El trabajo fué realizado mediante la investigación retrospectiva de 12 años sobre Ca de cervix, en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital Nacional de Huehuetenango, durante los años de 1968-1979, contando para lograr el desarrollo del mismo con la colaboración de los registros médicos y la revisión de un total de 112 papeletas, de las cuales se escogió específicamente los casos con diagnóstico de dicha neoplasia, descartándose las papeletas que tenían diagnósticos de Ca uterino, ca Anexos, etc. quedando un total de 49 casos, los cuales se tomaron como muestra para la elaboración de este trabajo.

Por lo tanto el siguiente estudio, tiene como fin llegar a conocer las cifras representativas de pacientes que fueron diagnosticados y que recibieron distintos tipos de tratamiento por Ca de cervix, esperando que esta revisión pueda contribuir en el futuro como base para estudios posteriores.

Por lo antes expuesto y consciente del problema, se analizará el mismo por medio de una secuencia de patrones estadísticos, fruto de incentivos motivadores que tuve por tan inquietante tema, como lo es el Ca de Cervix.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Conocer cuál es la incidencia real de casos de Ca cervix Dx y tratados en la población normal que asistió al Hospital Nacional de Huehuetenango durante el período de tiempo comprendido entre 1968-1979.
2. Conocer hasta qué punto se aprovechan los recursos con que cuentan nuestras instituciones asistenciales para el Diagnóstico y tratamiento adecuado de tan delicada y compleja patología.
3. Evaluar hasta qué punto se han llenado los objetivos deseados y se han alcanzado las metas fijadas en el Dx y Tx de dicha neoplasia.
4. Contribuir a las estadísticas de nuestro hospital y pueblo en general.
5. Conocer cuáles son los mayores problemas y obstáculos que encuentra el Médico en la práctica de su profesión al tratar de combatir la patología del ca de cervix en nuestro medio.
6. Darnos cuenta cuáles han sido las causas que impiden hacer un Diagnóstico precoz de este tipo de neoplasia.
7. Estimar cuáles son los alcances y límites que tiene un Médico en nuestro país en el manejo de este tipo de tumoración maligna.

8. Comprovar o descartar la hipótesis planteada.
9. Conocer cual es el medio Dx. más importante con que cuentan nuestros hospitales para poder prestar la ayuda necesaria a los pacientes que en ellos se atiende.
10. Conocer cual es el Tratamiento que se da en nuestros hospitales a este tipo de neoplasia y además comprobar si es el adecuado según revisión de estadísticas y bibliografía sobre dicha patología.
11. Tener conciencia del problema y tratar de coadyuvar sino a su solución, si al mejor manejo de los pacientes que presentan este tipo de patología.
12. Que el presente trabajo, pueda servir en el futuro como guía para la realización de estudios posteriores que traten sobre dicha tema.

ESPECIFICOS:

1. Determinar cuáles son las causas que predisponen a desarollar Ca de cervix y las indicaciones de su Tx.
2. Conocer la edad más frecuentemente afectada por este tipo de patología.
3. Conocer el lugar de procedencia más común.
4. Conocer cual fué el motivo de consulta más frecuente.
5. Conocer la ocupación u oficio más frecuente.

6. Saber qué raza fué la más afectada.
7. Conocer cuál fué el estado civil más frecuente y la relación con esta patología.
8. Saber cuál fué la posición económica más frecuentemente vista en pacientes afectados por este tipo de patología.
9. Conocer la paridad más frecuentemente vista en el número de pacientes afectados y la relación existente.
10. Conocer el estadio del ca de cervix más frecuentemente Diagnosticado
11. Conocer el promedio estancia de hospitalización de los casos.
12. Conocer qué tipo de tratamiento fué el más usado.
13. Conocer el número de referencias efectuadas a otros centros asistenciales.
14. Conocer qué tipo de religión fué la más frecuente.
15. Conocer la mortalidad observada en dicho número de casos.
16. Conocer el No. y % y tipos de Dx. asociados al cuadro.
17. Conocer qué tipo de exámenes de laboratorio fueron efectuados y cuáles fueron positivos.
18. Conocer el índice y % de papanicolaus positivos.

19. Conocer el número y % de Legrados Uterinos Instrumentales anteriores y la relación con el cuadro.
20. Conocer el No. de Abortos en general previo al motivo de consulta.
21. Conocer el No. y % y tipo de anticonceptivos usados por los pacientes y la relación existentes.
22. Conocer el tiempo de evolución promedio de los pacientes que consultaron al hospital entre primeros síntomas y consulta.
23. Conocer los procedimientos quirúrgicos efectuados y sus indicaciones.
24. Conocer las complicaciones Post-operatorias más frecuentes.

JUSTIFICACION

He llevado a cabo el presente trabajo, por desconocer las cifras estadísticas representativas de nuestra población afectada por el Ca de Cervix y que fueron Dx y Tx en el Hospital Nacional de Huehuetenango, durante los años de 1968-1979.

Además la necesidad de contar con datos objetivos y conocer la patología del Ca de cervix y el tipo de Tx empleado según estadio clínico, me ha impulsado a llevar a cabo este trabajo de investigación, con el fin que en los próximos años Guatemala cuente con sus propias estadísticas, sin necesidad de recurrir a estudios y literatura de otros grupos sociales, que tienen diferentes estructuras político-sociales y socio-económicas, ambientales, etc.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Ca de Cervix:

Proceso neoplásico maligno que ataca al sexo femenino especialmente a partir de la tercera década de la vida y que en la mayoría de los casos causa la muerte. (Ver Bibliografía)

Problema:

Estudio retrospectivo sobre 49 casos de ca cervix vistos en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango, durante los años 1968-1979.

ALCANCES Y LIMITES

Alcances:

1. Llegar a la comprobación o anulación de la hipótesis planteada, mediante el empleo de diversos procedimientos y técnicas llevadas a cabo durante el desarrollo de presete trabajo.
2. Que esta investigación pueda servir como medio de consulta para la realización de estudios posteriores sobre dicho tema en el Hospital Nacional de Huehuetenango.
3. Conocer el universo real de pacientes diagnosticados y tratados en dicho hospital durante el período de tiempo ya mencionado.

Límites:

1. Esta investigación se limita a la sala de gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Huehuetenango.
2. A sí mismo se limita al período de tiempo entre los años 1968-1979.

HIPOTESIS

" LA MAXIMA INCIDENCIA DE CA DE CERVIX VISTA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO DURANTE EL PERIODO 1968-1979 FUERON CA DE CERVIX LN II, SIENDO SU MAXIMA FRECUENCIA EN MUJERES QUE SE ENCONTRARON EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA "

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

1. Número de Pacientes durante 1968-1979 que presentaron - Ca de Cervix.
2. Universo real de pacientes Dx y Tx
3. Bibliografía y libros de texto.

METODOS:

1. Retrospectivo
2. Inductivo-Deductivo
3. Analítico-Sintético
4. Estadístico

PROCEDIMIENTO:

1. Escogencia y revisión del tema
2. Revisión Archivos Gineco-obstetricia Depto. Reg. Médicos
3. Determinación de variables
4. Revisión de papeletas
5. Determinación Universo de trabajo
6. Recopilación de Datos
7. Recuento
8. Tabulación
9. Gráficas
10. Presentación de Datos
11. Análisis de Resultados
12. Conclusiones

ANTECEDENTES

En el hospital Nacional Huehuetenango: Ninguno

- 1.- Evolución de Radioterapia en Tx Ca cervix, en el Hospital General. 1971
- 2.- Conización cérvix, Hospital Roosevelt Depto. Gineco-Obstetricia. 1974
Dr. Pedro Pablo Díaz
- 3.- Correlación Cito-patológica en Ca Cervix, Hosp. Gral. 1975
Dr. Alvaro Fernández García
- 4.- Ca Cervix, Incan 1976
Dr. Juan Díaz Reyna
- 5.- Estado Actual de Procedimientos Quirúrgicas en Ca cervix 1977
Dr. Luis Alfonso Alvarez
- 6.- Ca in Situ Cervix Dx y Tx Hosp. Gral. 1979
Dr. José R. Batres
- 7.- Ca Cervix-Embarazo, IGSS, 1979
Dr. César A. Cifuentes
- 8.- Ca de Cervix y Embarazo, Hosp. Gral. 1978
Dr. Erasmo Rolando Escobar
- 9.- Ca de cervix de Células Claras. 1978
Dra. Soledad Valdez Gutiérrez

Estos antecedentes aportan las experiencias vividas en la mayoría de todos en Hospitales grandes, no encontrando otra tesis con experiencias departamentales, por lo que con este trabajo podría efectuarse un estudio comparativo y ver si hay relación entre la patología-ambientes, etc.

REVISION BIBLIOGRAFICA

GENERALIDADES:

El Ca de cervix es considerado como uno de las neoplasias malignas más frecuentes en las mujeres, 30% de los que afectan a la población guatemalteca (2).

Con la introducción de la citología exfoliativa por el método de papanicolau el Dx es más temprano (3).

ANATOMIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO:

El cuello uterino tiene la forma de un cilindro, la vagina se inserta en el contorno del cuello y lo divide en: Segmento supravaginal, segmento vaginal y segmento infravaginal llamado también hocico de tenca. Este segmento tiene la forma de un cono cuyo certice está truncado y redondeado circunscrito en su base por un fondo del saco circular, más profundo por detrás que por delante, que corresponde a los fondos de saco anterior y posterior y laterales de la vagina. Su vertice tiene un orificio inferior que conduce a la cavidad uterina, el mismo tiende a deformarse durante la gestación (5).

El cuello del útero se encuentra limitado en su parte más inferior por el orificio externo, el extremo superior del cuello, - que constituye al mismo tiempo el límite inferior del cuerpo uterino, es el orificio interno anatómico. Unos milímetros por debajo de este se encuentra el orificio interno histológico. El istmo se extiende entre ambos orificios internos (anatómico e histológico) y mide más o menos 1 Cm. de longitud (6).

Con respecto a la vascularización, podemos decir que las colaterales uterinas originan los ramos del cuello, que son largos y nacen a varios centímetros del borde lateral del órgano. El ramo cervical irriga el segmento intravaginal y es dado por la arteria Acigos de la vagina. En el interior del cuello las arterias se anastomosan de un lado a otro, formando un strato vascular, en que las arterias se expansionan y ramifican antes de dar ramos terminales superficiales y profundos. (5)

HISTOLOGIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO

El cuello está formado por tres Zonas histológicas:

- a. Porción vaginal (exocervix)
- b. Zona de transición
- c. Endocervix

La primera se define como "estroma cervical sin glándulas, cubierta por epitelio plano" por lo tanto el epitelio de la portio es el epitelio escamoso de la portio histológica.

La portio anatómica es la parte del cuello situado por fuera del orificio externo, cuya superficie ve el clínico, incluye no solo el epitelio escamoso y el estroma sub-epitelial, sino también el epitelio cilíndrico y el estroma glandular.

La zona de transición se encuentra entre la porción histológica y el endocervix, y esta forrada con estroma endocervical, con glándulas cubierta con alguna forma de Epitelio escamoso.

El endocervix es la parte del cuello que no puede ver el clínico, situada arriba del orificio externo y abajo del orificio

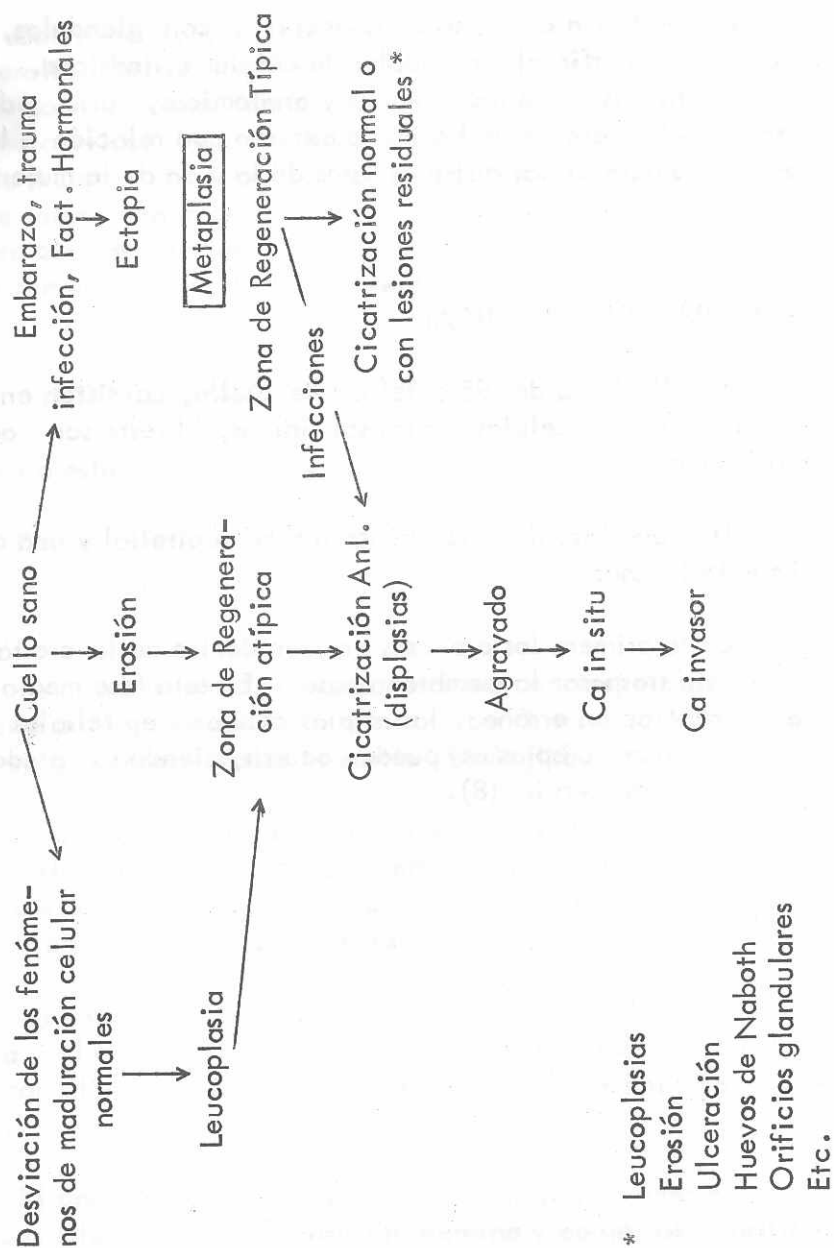
interno. Se forma de estroma endocervical con glándulas, con el epitelio superficial y glandular de células cilíndricas. La relación entre las zonas histológicas y anatómicas, varía, dependiendo de la posición del orificio externo con relación a las zonas histológicas en las distintas fases de la vida de la mujer. (4), (7).

ANATOMIA PATOLOGICA:

La histología del 95% del Ca de cuello, consisten en Ca Epidermoide o de células escamosas típicas, el resto son adenocarcinomas.

Hay una fase de crecimiento integra-epitelial 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 atipias celulares epiteliales de grados diversos (Displasias) pueden ocurrir, siendo su grado ulterior el Ca de cervix (8).



Displasia ligera:

Las células son de las capas intermedias y superficial de l epitelio, el núcleo es alargado, el citoplasma abundante.

Displasia Moderada:

Hay mayor Número de células anormales (Basales, para-basales, intermedias y superficiales), las células son en forma Poligonal, el núcleo es alargado e hiper cromático. Las células basales y parabasales tienen forma oval. La cromatina se agrupa en grumos y la relación núcleo-citoplasma es más a favor del núcleo.

Displasia Severa:

Se detecta citológicamente células ovales y redondeadas, núcleo alargado e hiper cromático, grumos de cromatina en el interior. El citoplasma es basófilo. El Ca in situ es similar citológicamente a la displasia severa, predominando las células anormales de las capas basal y parabasal, las células redondas son más numerosas, el núcleo ocupa todo el citoplasma. Son llamadas Células del Tercer Tipo. En el citoplasma se observa como anillo rojizo, los grumos de cromatina son notables y la membrana es irregular y con indentaciones. Se toma como base o norma encontrar más del 15% de células del Tercer Tipo, para hacer el diagnóstico de Ca in situ (10), (11), (12).

Uno de los hallazgos microscópicos es la constancia de su origen a nivel de la unión plano-cilíndrica. El inicio de la segunda fase de crecimiento (invasor) del Ca de cervix, es posible que sea en las células sub-cilíndricas del endocervix. Proliferando para formar células sub-cilíndricas anaplásticas.

En el Ca invasor la membrana basal se destruye, el epitelio se introduce en el estroma, en un principio, a manera de pequeños botones, más tarde en forma de columnas. Las células Epiteliales son Inmaduras las mitosis son anormales y existe cariorrexis (4), (13).

CLASIFICACION CLINICA DEL CA CERVICAL: (1), (9)

LN 0- : Ca in situ, pre-invasor e intraepitelial

LN I- : Ca limitado al cuello

LN Ia : Ca micro-invasor con invasión inicial del estroma

LN Ib : Hay invasión franca del tejido conjuntivo sub-yacente pero en ambos casos el Ca está estrictamente limitado al cervix.

LN II : El ca infiltra el parámetro de un solo lado o de los dos pero no invade la pared pelviana. El ca infiltra vagina sin alcanzar el 1/3 inferior.

LN IIa: Sin invasión a parametrios

LN IIb: Con invasión a parametrios

LN III: El Ca ha alcanzado la pared pelviana e interesa el 1/3 inferior de la vagina.

LN IV: El Ca afecta a: recto, vejiga, ambos, hay metastasis a ganglios y a distancia: pulmones, hígado (más frecuente) y cerebro.

Las vías principales de expansión metastática del Ca cervical son las vías linfáticas.

PERIODO I : Hay nódulos linfáticos cancerosos en el 10 a 30% de los casos

PERIODO II : Hay nódulos linfáticos cancerosos en el 30 a 50% de los casos

PERIODO III : Hay nódulos linfáticos cancerosos en el 50 a 70% de los casos

PERIODO IV : Hay nódulos linfáticos cancerosos en el 70 a 90%

FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE CA DE CERVIX (4), (12)

1. Relaciones sociales y económicas:

Se ha encontrado que la mayor frecuencia de esta patología se ve en grupos sociales con estado socio-económico bajo. En Dinamarca es frecuente el ca en prostitutas. En Latinoamérica hay mayor incidencia en pobres.

2. Número de Embarazos y Partos:

La mayor incidencia del Ca ocurre entre 3a. y 5a. década de la vida, la mayoría son multíparas.

3. Religión y Raza:

Se ha observado disminución de la frecuencia de Ca en mujeres judías, siendo el índice en Israel de mortalidad por

El papanicolau cada vez se usa más. Teniendo como requisito previo a ser efectuado que no halla presencia de hemorragia o cambios citolíticos en el epitelio debidos a colonización excesiva de Bacilos de Doderlein u otros fenómenos inflamatorios de la vagina.

Si la citología es sospechosa se procederá a efectuar biopsia con pinzas en sacabocado de tipo Gaylord.

La prueba de Schiller se basa en que el epitelio canceroso no tiene glucogeno y por lo tanto no capta el yodo, al contrario del epitelio normal rico en glucogeno, entonces al aplicar solución yodada, el Epitelio normal toma una coloración caoba, mientras las células cancerosas quedan sin teñir.

La colposcopia utiliza un sistema de aumento óptico, para observar el cuello, limpiando este previamente con Acido acetico al 3%. Muchas veces es difícil visualizar el epitelio en la unión plano-cilíndrica. La conización en comparación con la biopsia, ofrece un estudio histológico más exacto, incluyendo las características del canal del cervix, exocervix así como la extensión y profundidad del proceso.

Indicaciones de conización:

1. Citología Sospechosa o positiva
2. Biopsia con resultado de displasia severa o ca In-situ
3. Como procedimiento único en pacientes jóvenes con Ca in-situ que deseen mantener funciones reproductivas.

PRIMEROS SINTOMAS Y SIGNOS:

Por lo regular la mayoría de síntomas y signos se presentan

desafortunadamente hasta que ya existe un amplio defecto tisular. Siendo: Flujo sanguíneo, hemorragias atípicas, hemorragias producidas por el coito o por roce. Que por lo tanto indica que al principio de su crecimiento, no produce en absoluto ningún síntoma. (16)

ESQUEMA DE TRATAMIENTO (1), (9), (2)

PERIODO I: Cirugía: histerectomía radical (según Schauta -Stoeckel ó Wertheim)

Rx: Eventualmente en el post-operatorio

PERIODO II: Cirugía: Histerectomía radical

Rx: Radiación primaria

PERIODO III: Solo Radiación, combinación de Radium-Böntgen alto voltaje.

PERIODO IV: Idem.

TRATAMIENTO OPERATORIO:

Como norma en cualquier caso operatorio, debe extirparse con seguridad el tejido canceroso que por continuidad ha proliferado fuera de su origen. Hay dos clases de operaciones:

a. Vía abdominal: Operación de Wertheim

b. Vía Vaginal: Operación de Schauta-Stoeckel

a. Es eliminado Utero, anexos, tejido conjuntivo paramétrico, ganglios linfáticos, 1/3 superior de vagina y arteria U

terina en la proximidad de la hipogástrica.

- b. En esta operación se efectúa eliminación simple del útero. Algunas veces anexos. Aquí se renuncia a extirpación de ganglios afectados.

RADIACION: condiciones:

El tumor tiene que absorber el máximo de radiación aplicada y el tejido vecino sano protegerse lo más posible. La radioterapia del Ca cervical se efectúa en forma de tratamiento combinado de Radium-Tóntgen.

Se inicia con Radiumterapia y para alcanzar las células Ca del parametrio se práctica terapéutica profunda percutánea (Röntgenterapia). Se usa terapeutica de alto voltaje. Telecobalto 15 a 45 MeV (millones de Electron voltio).

ANALISIS ESTADISTICO

El número de casos vistos durante el período 1968-1979 estuvo distribuido de la siguiente manera:

Año:	No. Casos
1968 -----	10
1969 -----	10
1970 -----	5
1971 -----	2
1972 -----	5
1973 -----	4
1974 -----	3
1975 -----	2
1976 -----	2
1977 -----	1
1978 -----	4
1979 -----	1
Total:	49

Con respecto a la edad de las pacientes:

Se tiene que el promedio de la suma de todas las Edades fué de: 44.6 años. Siendo las décadas de la vida en que se presentó esta patología así:

2a. -----	3a.	:	2	pacientes	4.08%
3a. -----	4a.	:	21	"	42.85%
4a. -----	5a.	:	11	"	22.44%
5a. -----	6a.	:	10	"	20.40%
6a. -----	7a.	:	5	"	10.20%
	Total:		49		100.00%

Límites: la paciente con más edad presentó: 70 años
la paciente con menos edad presentó: 27 años

ANALISIS

Se observa una disminución en la incidencia de casos en los últimos años, debido a que muchos casos fueron vistos en consulta Externa de Gineco-Obstetricia, con procesos malignos avanzados, y fueron referidos directamente a otros centros como por ejemplo: Incan, sin ingresar estos al hospital.

Como vemos en este estudio se encontró la máxima incidencia de Ca. entre la tercer - cuarta década de la vida. Lo cual no varió según datos obtenidos de la bibliografía revisada.

Es de notar los 2 casos por abajo de la 3a. década de la vida, lo cual pone de manifiesto que las neoplasias, en estos últimos tiempos no se limitan únicamente a la vejez.

La procedencia de los pacientes con Ca de Cervix estuvo así:

Lugar:	Casos:	Porcentaje:
Chiantla	7	14.28%
Cabecera Departamental	6	12.24%
Aguacatán	6	12.24%
Quiché	5	10.20%
Ixtahuacán	3	6.12%
La Democracia	3	6.12%
México	2	4.08%
La Libertad	2	4.08%
Cuילו	2	4.08%
San Antonio Huista	2	4.08%
San Pedro Necta	1	2.04%
Cobán	1	2.04%
Totonicapán	1	2.04%
Santa Rosa	1	2.04%
Todos Santos	1	2.04%
La Mesilla	1	2.04%
Santa Cruz Barillas	1	2.04%
El Salvador	1	2.04%
Malacatancito	1	2.04%
Soloma	1	2.04%
San Martín Cuchumatán	1	2.04%
Total:	49	100.00%

Con respecto a la Religión: se encontró así:

Católica:	47	-----	95.91%
Evangélica:	1	-----	2.04%
Otra:	1	-----	2.04%
Total	49		100.00%

ANÁLISIS:

Vemos que la procedencia se limita a los municipios cercanos a la cabecera departamental, donde vemos la máxima incidencia, estos pueden ser un índice que existe más Ca. cerca de los lugares más poblados y con más contaminación, siendo los lugares de procedencia más alejados los que tuvieron menos incidencia.

Llama la atención que la religión más frecuentemente observada fué la católica, que puede ser en relación por sus costumbres y credos que ellos tienen, y que por ejemplo no es como la evangélica donde aparentemente tienen más prohibiciones en lo que se relaciona a relaciones prematrimoniales, etc.

Con respecto a la ocupación ú oficio el resultado fue así:

Oficios Domésticos:	48	Ptes.	-----	97.95%
Comerciante :	1			2.04%
Total:	49			100.00%

Respecto al estado civil se encontró lo siguiente:

Estado Civil:	No. casos	%
Casada	15	30.61%
Unida	24	48.97%
Divorciada	1	2.04%
Viuda	4	8.16%
Soltera	5	10.20%
Total:	49	100.00%

Con respecto a la raza los resultados fueron los siguientes:

Ladinos:	45	-----	91.83%
Indígenas:	4	-----	8.16%
Total:	49		100.00%

Con respecto a la posición socio-económica:

Alta	0	000 %
Media	8	16.32%
Baja	41	83.67%
Total	49	100.00%

Con respecto a los datos de Hx clínica el motivo de consulta fué así:

Motivo consulta:	Casos:	Porcentaje:
Hemorragia vaginal	42	85.71%
Pérdida de peso	4	8.16%
Masa de hipogastrio	1	2.04%
Dolor abdominal difuso	2	4.08%
Total	49	100.00%

ANÁLISIS:

Vemos que el estado civil más frecuente fue el de Unida, lo que puede indicar o tener relación con mayores experiencias Sexuales como causa predisponente a esta neoplasia.

Vemos el máximo índice de Ca. en los ladinos, lo cual nos indica que posiblemente este grupo étnico por estar viviendo en diferente medio-ambiente están más expuesta a estímulos predisponentes a esta neoplasia.

Con respecto a la posición económica. No se encontró variación con respecto a la bibliografía revisada.

Al igual con el motivo de consulta no se encontró variación.

Tenemos con respecto al antecedente de Paridad:

el 81.63% ----- 40 casos corresponde a multíparas
el 18.36% ----- 9 casos corresponde a pacientes con 2 y 3 gestas.

Dentro de los antecedentes de Abortos:

el 24.48% ----- 12 casos tuvieron por lo menos un Ab. previo
el 75.51% ----- 37 casos no tuvieron ningún antecedente de Aborto

Dentro los antecedentes de paridad la paciente con más gestas fué de 11 y la de menos de 2.

La paciente con más abortos previos fué de 4 y la de menos 1.

Según el Estadío de Cervix más frecuentemente diagnosticado fué:

<u>Estadio</u>	<u>Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
LN 0	3	6.12%
LN I	8	16.32%
LN II	11	22.44%
LN III	15	30.61%
LN IV	5	10.20%
Sin Clasificación	7	14.28%
Total:	49	100.00%

El promedio de estancia de hospitalización en los 49 casos investidos fué de: 11.48 días

El que estuvo mayor días: 60 días

El de menor estancia fué: 1 día.

Con respecto al Tipo de tratamiento:

13 de los casos -- 26.53% No recibieron Tx médico, ni Quirúrgico
 15 de los casos -- 30.61% recibieron Tx Quirúrgico
 21 de los casos -- 42.85% recibieron Tx con radiación

Se refirieron pacientes a distintos lugares asistenciales especializados en un número de : 21 que hacen el 42.85% de los casos.

ANALISIS:

La paridad también no varió, ya que según bibliografía es más frecuente encontrar Ca de Cervix en múltiparas.

Según el estadio mas frecuente como fué el de LN III, es tos nos indica que la mayoría de pacientes consultó hasta que se vio realmente enferma, y que por lo tanto no se pudo ofrecer mayor cosa.

Es de aclarar que las 7 pacientes que no tenían clasificación, fue porque no se encontró dicho dato en la historia clínica.

La Mortalidad fué la siguiente:

47 Casos	-----	95.91%	Egresaron vivos
2 Casos	-----	4.08%	Fallecieron Intra-hospitalariamente
49		100.00%	

Los diagnósticos asociados al cuadro de Ca de Cervix fueron los siguientes:

<u>Dx.</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Parasitismo Intestinal	7	14.28%
Anemia	17	34.69%
Tb. Pulmonar	1	2.04%
DCA	2	4.08%
Infección Urinaria	1	2.04%
Hernia femoral Derecha	1	2.04%
Sin Dx. Asociado	20	40.81%
Total:	49	100.00%

Laboratorios Efectuados en los Dx. Asociados (solo positivos)

Heces:	Uncinarias:	4
	Ascaris :	3
	Trichuris :	3
	Amebiasis :	3
		13

Orina: 1 (positivo para infección urinaria)

Hematología: El promedio de todos los casos según Hg y Ht fué el siguiente: Hemoglobina: 7.8 gr.
 Hematocrito : 24.1%

Z. Nielsen: 1 positivo.

ANALISIS:

Se observa que la mortalidad, relativamente es baja, ya que si tomamos en cuenta, hay 21 referencias, y el resto egresaron vivas, no sabiendo la evolución de las mismas, ya que no se encontró seguimiento de los pacientes post-hospitalariamente en ninguna Historia clínica.

Como vemos el Diagnóstico más frecuentemente asociado al cuadro, fué el de Anemia, el cual indudablemente fué secundario a la hemorragia presentada en la mayoría de las pacientes, por dicha patología.

De los laboratorios positivos, es de aclarar que de los 7 pacientes que presentaron parasitismo intestinal, hubo algunos casos que presentaron 3 diferentes tipos de esta enfermedad en el mismo examen de heces.

Dentro de los pacientes estudiados se encontró que:

Fueron efectuados únicamente 4 papanicolaus que corresponde al: 8.16% de los pacientes.

Y se encontró que solo 6 pacientes tenían resultado de Anatomía patológica positivo para Ca o sea el: 40% de todos los pacientes quirúrgicos.

Dentro de los antecedentes: se encontró: que únicamente una paciente el 2.04%, había usado anticonceptivos, tipo deprovera por un año.

Se encontró un número promedio de Legrados Uterinos Instrumentales previos de: 1.4

El promedio de tiempo de evolución en todas las pacientes entre 1er. síntoma y 1a. consulta fué de: 20 meses.

Los procedimientos quirúrgicos efectuados durante el período 68-1979 fueron los siguientes:

Años	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	Totales.
Biopsia cuello								1					1
Conizaciones		1									2		3
Histerectomía Abd.													
Radical	4	1		1		1		1					8
Histerectomía Vaginal					1								1
Apendicectomía Prof.	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{2}$			T	T	T	T	T		2		$\frac{2}{15}$

COMPLICACIONES:

Infección Herida Operat.

1

1

Biopsia: su indicación fue Ca Cervix LN II (sospecha)

Conizaciones: Fueron efectuadas por Ca LN 0

Histerectomía Abdominal Radical:

7 por Ca LN I

1 por Ca LN 0

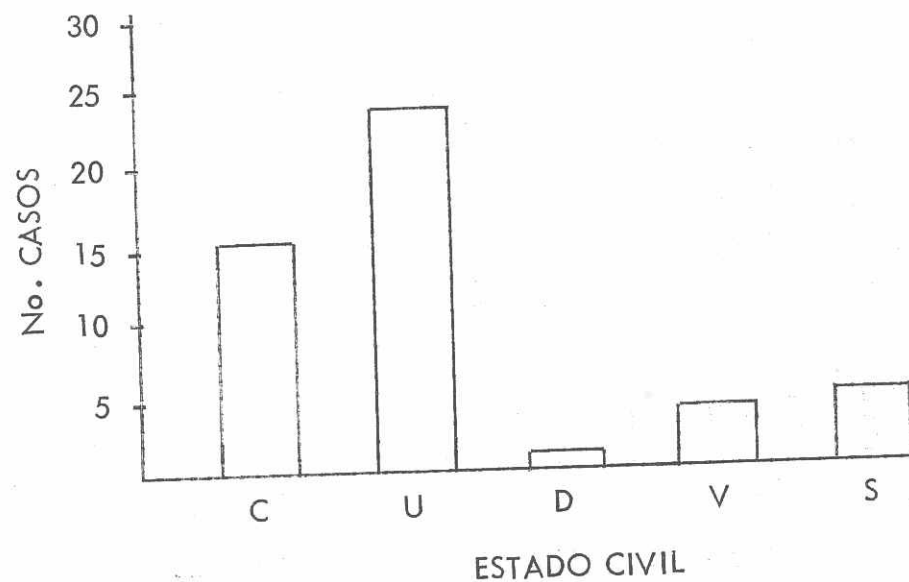
Histerectomía Vaginal: por Ca LN 0

ANALISIS:

Se efectuaron únicamente, 4 papanicolaus, debido a que el Hospital Nacional de Huehuetenango, contó con citotecnólogo y laboratorio para citología exfoliativa, a partir del 1ro. de Marzo de 1978.

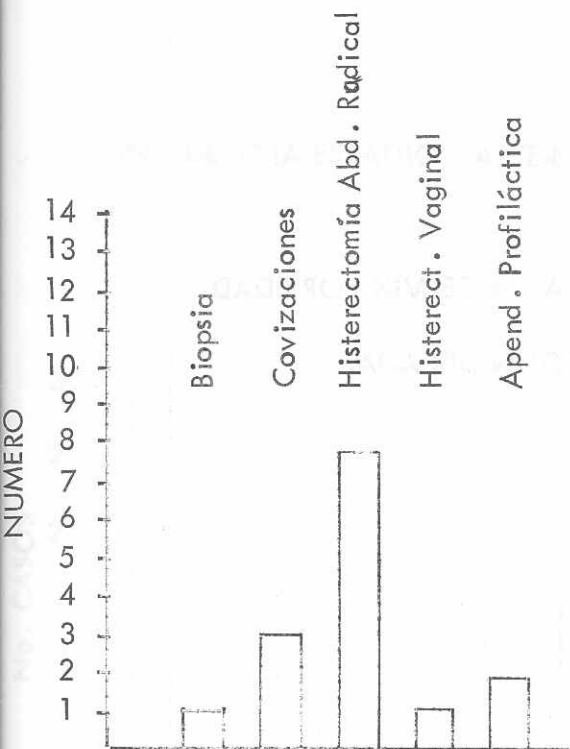
Actualmente se lleva un control más adecuado de las pacientes sospechosas.

INCIDENCIA ESTADO CIVIL

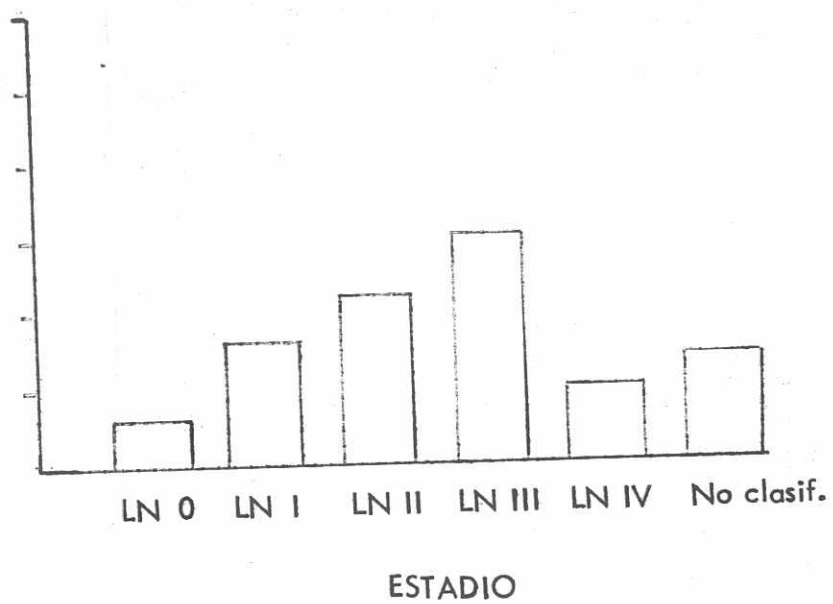


PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

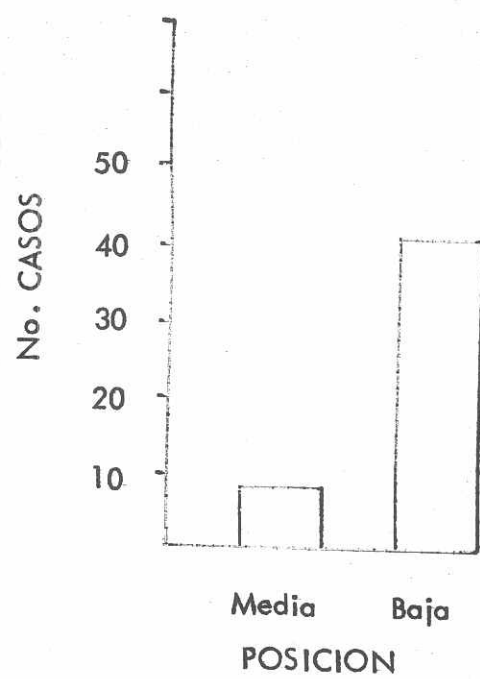
1968 - 1979



INCIDENCIA ESTADIO CA CERVIX OBSERVADO



POSICION SOCIO - ECONOMICO



- Se descarta o anula la hipótesis planteada, ya que la máxima incidencia de Ca de cervix diagnosticados, durante el período 1968-1979, en el Hospital Nacional de Huehuetenango, fueron LN III que corresponde al 30.61%, siendo su máxima frecuencia en mujeres que se encontraron entre la tercera y cuarta década de la vida y corresponden al 42.85%.
2. El número total de pacientes con Ca de cervix fué de 49.
 3. Los años en que hubo mayor incidencia de pacientes fueron: 1968 y 1969 con 10 casos c/u.
 4. El año que hubo menos incidencia fué 1977 y 1979 con 1 caso c/u.
 5. El promedio de Edad en el número total de pacientes fué de: 44.6 años. Siendo entre 3-4 década de la vida, la máxima frecuencia de casos (21) que corresponde al 42.85%.
 6. La década donde hubo menor frecuencia de casos fué entre la segunda y tercera con el número de 2 casos que corresponden al 4.08%.
 7. Los extremos de edades fueron 27 y 70 años, con 1 caso.
 8. La procedencia más comunmente observada y encontrada - fué del municipio de Chiantla, con un Número de 7 casos que hacen el 14.28% de los casos. Siguiéndole la cabecera departamental y Aguacatán con 6 casos c/u que hacen el 12.24% individualmente.

9. La religión más frecuentemente afecta fue la Católica con 47 casos que hacen el 95.91%.
10. La ocupación ú oficio más frecuente fué el de: Oficios Domésticos, 48 casos que corresponde al 97.95%.
11. El estado civil más afectado fué el de Unida con 24 casos que hacen el 48.97%, siguiéndole el de Casada con 15 casos que hacen el 30.61%.
12. La raza más afectada fué la ladina, 45 casos que hacen el 91.83%, el resto fué indígenas con el 8.16%.
13. La posición económica más afectada fué la Baja: con 41 casos que hacen el 83.67%.
14. El motivo de consulta más frecuente según Historia clínica fué: Hemorragia Vaginal, 42 casos que hacen el 85.71%, siguiéndole, Perdida de peso con 4 casos que hacen el 8.16%.
15. Tenemos que el 81.63% (40 casos) afectados, eran Multiparas.
16. El 75.51% (37 Casos) afectados, no tuvieron ningún Aborto previo.
17. El estado de cervix que tuvo mayor incidencia fue LN III (15 casos) que hace el 30.61%, siendo el de menor incidencia el LN 0 (3 casos) que hacen el 6.12%, quedando sin clasificar 7 casos que hacen el 14.28%.
18. El promedio de Estancia hospitalaria en los 49 casos fué de: 11.48 días.

19. El 30.61% (15 casos) recibieron tratamiento quirúrgico.
20. El 42.85% (21 casos) fueron referidos a otros centros asistenciales especializados, para radiación.
21. El 26.53% de los casos, no recibieron ningún tipo de Tx.
22. La mortalidad intrahospitalaria observada fue de 2 casos que hacen el 4.08%, el resto egresaron vivos.
23. El Diagnóstico asociado al cuadro de Ca cervix más frecuente fué el de anemia (17 casos) que corresponden al 34.69%, siguiendo parasitismo intestinal (7 casos) que hacen el 14.28%.
24. El promedio Hemoglobina Hematocrito de las anemias mencionadas fue de 7.8gr. y 24.1% respectivamente.
25. De los casos vistos únicamente se efectuaron 4 papanicolaus (8.16%) los cuales fueron positivos.
26. Se encontró que de los pacientes quirúrgicos solo 6 tenían resultado de anatomía patológica, que corresponde al 40%.
27. Dentro de los pacientes se encontró que únicamente 1 caso (2.04%) había usado anticonceptivos, siendo este tipo de provera con la de Evolución.
28. El promedio de Legrados Uterinos Instrumentales previos, en todos los pacientes fué de 1.4.
29. El promedio de Tiempo de Evolución en los pacientes, entre primeros síntomas y primera consulta fué de 20 meses.

30. Durante el período 1968-1979 se efectuaron un total de 8 Histerectomías abdominales radicales. 7 por Ca LN 1. 1 por Ca LN 0.
31. Se efectuaron 2 apendicectomías Profilácticas
32. Se efectuó 1 Histerectomía Vaginal por Ca LN 0.
33. Se efectuó 3 conizaciones por Ca LN 0.
34. Se efectuó 1 biopsia por sospecha de Ca LN II.
35. El año que hubo mayor incidencia de procedimientos quirúrgicos fue el de 1969 con 6, seguido del 70 y 78 con 2 casos.
36. La única complicación post-operatoria fué Infección de Herida Operatoria 1 caso.

RECOMENDACIONES

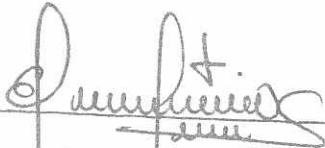
1. Efectuar examen genital a toda paciente que acude a Consulta Externa.
2. Efectuar Citología Exfoliativa cada año.
3. Que se efectúe Historias clínicas de ingreso completas, por parte de los Dres. para que el manejo del paciente sea más adecuado y para tener información completa sobre los antecedentes del caso.
4. Promover campañas de concientización para que los pacientes afectados acudan lo más tempranamente posible al iniciar los primeros síntomas logrando con esto que el diagnóstico sea precoz y así el tratamiento pueda ser eficiente.
5. Insistir en exigir los resultados de anatomía patológica para confirmar definitivamente el Dx. y para que el estudio del paciente sea completo.
6. Usar las técnicas Diagnósticas que se tengan a mano para hacer un manejo adecuado del paciente.
7. Se recomienda la observación periódica de los pacientes en post-operatorio, durante determinado período de tiempo o por cualquier complicación.
8. Se recomienda efectuar circuncisión en todos los Recién nacidos.
9. Orientar a las mujeres sobre los problemas de las relaciones sexuales tempranas y excesivas.

10. Que el manejo de los pacientes se haga en la forma científica más posible.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Alvarez Luis Alfonso. Estado actual de Procedimientos Quirúrgicos de Ca de Cervix. Tesis Médico- Cirujano , 1977.
2. Dr. De León Pantoja Pedro Pablo. Conización Cervix, revisión y análisis de los casos observados en el Depto. de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt, tesis Médico- Cirujano USAC, 1974.
3. Dr. García Escobar Eduardo. Evaluación de Radioterapia- en Tratamiento de Ca de Cervix, en Hospital General San Juan de Dios, Tesis Médico-cirujano, USAC, 1971.
4. Novak, Jones, Jones. Tratado de Ginecología. Cap. 12 Ca del Cuello. 8a. Edición. Editorial Interamericana, México pp. 243-284.
5. Testut y A. Latar jet. Tratado de Anatomía Humana. Cap. III, Organos Genitales de la Mujer, Artículo III, Utero, Editorial Salvat S. A. Tomo IV, pp 1199-1264, 1971.
6. Schwarcs, Sala. Duverges. Tratado Obstetricia. Cap. I, Anatomía Aparato Genital Femenino. 1a. Edición, Editorial El Ateneo, pp 6-7, 1977.
7. Dr. Arthur W. Ham, Tratado de Histología, Cap. 29, Sistema Reproductor Femenino, 6a. Edición, Editorial Interamericana, México. pp 910-912, 1970.
8. Dr. Pedro A. Guzmán, Ca In Situ de Cervix, Ginecología y Obstetricia, Vol. XXIX No. 2, 1969.

9. Dr. Batres Galeano Jose, Ca in Situ Cervix, Dx y Tx. Hospital Roosevelt tesis médico-cirujano, 1979.
10. Kaufman Raymond K. Displasia and Carcinoma Cervix, - Clin. Obst. and Ginec. 10(4) 745-860. December, 1967
11. Sedlis A., Cohen, A y Sall, Fate or Cervical Dysplasia. A.M.J. Obstet. and Ginec. 107: 1065, 1970.
12. Dr. Alvaro Fco. García, Correlación Cito-Histológica en Ca del Cuello Uterino, Tesis Hospital General San Juan de Dios, Abril 1975.
13. Robbins, Tratado de Patología, Cap. 27 Aparato Genital Femenino 3a. Edición, Editorial Interamericana, México, pp. 1017-1021, 1968.
14. Sabinston, Tratado de Patología Quirúrgica, Cap. 45 Ginecología, Utero, Ovarios y Vagina. 10a. Edición, Editorial Interamericana, México, pp. 1427-1431, 1972.
15. Arne Berget, Jeusolsen and Paul Poll. Cervical Cancer Screening, Dan Med. Bull. 24(1): 26-29 Feb. 1977.
16. Dr. Juan Joaquín Díaz Reyna, Ca Cervix Uterino, Tesis Incan, abril 1977.

Br. 
Jorge Alfredo Molina Galindo



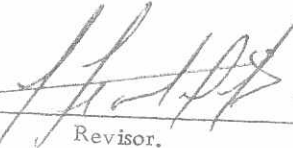
Asesor.

cap E. Garcia Aguirre




Director de Fase III

tor A. Nuila

Dr. 
Revisor.
Carlos L. Diaz Castañeda

Dr. 
Secretario
Raul Castillo R.


Dr.
Decano.
Rolando Castillo Montalvo