

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) MATERIAL Y METODOS
- IV) ASPECTOS GENERALES
 - a) Adenocarcinoma del *cérnix*
 - b) Factores Etiológicos
 - c) Aspectos Clínicos
 - 1) hemorragia vaginal
 - 2) dolor
 - 3) leucorrea
 - 4) problemas urológicos
 - 5) causas de muerte
 - d) Manejo
 - e) Clasificación Clínica
- V) TIPOS ANATOMOPATOLOGICOS
- VI) DIAGNOSTICO
 - a) Citología exfoliativa
 - b) Legrado diagnóstico
 - c) Prueba de Schiller
 - d) Colposcopia
 - e) Colpomicroscopia
 - f) Biopsia
 - g) Conización Cervical
- VII) TRATAMIENTO
 - a) Del Cáncer Intraepitelial
 - b) Del Cáncer Clínico
 - 1) Irradiación

- 2) Cirugía
- 3) Cirugía más radioterapia
- 4) Quimioterapia
- c) Pronóstico

VIII) PRESENTACION DE RESULTADOS

IX) DISCUSION

X) CONCLUSIONES

XI) RECOMENDACIONES

XII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

De todos los tumores malignos del cervix, el Adenocarcinoma constituye menos del 50/o. Es una entidad poco frecuente e investigaciones que se hayan dedicado completamente al estudio de éste, han sido poco reportados en nuestro medio.

El presente trabajo resume los casos de Adenocarcinoma reportados en el Hospital General San Juan de Dios, en los años de 1969 a 1979 —según Archivo de Anatomía Patológica—. Se toma especial interés en los parámetros de Edad, Motivo de Consulta, Paridad, Diagnóstico y tratamiento.

Como la incidencia de este tumor es poco conocida en el Hospital mencionado, el presente trabajo se realizó con el interés de conocer en qué forma se ve afectada nuestra población.

Los datos bibliográficos que se resumen, toman aspectos generales y particulares sobre este tumor que en su extensión va ligado al Carcinoma Epidermoide; los que espero sirvan de ayuda para poderlo diagnosticar en forma temprana y como consecuencia lógica el pronóstico de los pacientes afectados sea mejor.

No está de más hacer notar que todos los Adenocarcinomas aquí reportados son enteramente primarios del cervix y cuando hubo duda al respecto del origen del tumor, el caso se descartó.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Cumplir con los requisitos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Conocer aspectos estadísticos relacionados con la investigación.
- Ayudar al mejor conocimiento del Cáncer cervical.
- Ayudar al conocimiento de aspectos bibliográficos sobre Carcinoma del cervix, al médico general.

ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia de Adenocarcinoma del cervix en el hospital San Juan de Dios, en un período de diez años.
- Conocer aspectos Estadísticos sobre Adenocarcinoma del Cérvix en el Hospital San Juan de Dios.
- Dar a conocer bibliografía sobre el tema.
- Conocer aspectos sobre al manejo, diagnóstico y tratamiento del Adenocarcinoma del Cervix, en un período de diez años, en el Hospital San Juan de Dios.
- Estimular al Médico General al mejor estudio de las pacientes que presenten cuadros compatibles con Carcinoma del cuello uterino, como los mencionados en el trabajo.
- Orientar hacia el mejoramiento del pronóstico de las pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo fue necesario revisar los archivos de Anatomía Patológica en donde consta el número total de tumores de cuello uterino reportados durante los años de 1969 a 1979, y donde fue necesario escoger los informes relacionados con Adenocarcinoma.

Seguidamente fue necesario revisar las fichas clínicas correspondientes a los informes anatomopatológicos; dedicándose a la revisión de los datos siguientes: paridad, edad, motivo de consulta, Diagnóstico, tanto histológico como citológico y tratamiento. Todo lo anterior efectuado en los departamentos del Hospital San Juan de Dios.

Se contó con la colaboración del personal de Anatomía Patológica, Archivo, Kardex.

Los datos se procesaron de acuerdo a su mayor porcentaje hasta el menor o de acuerdo a su utilización cuando se trató de un procedimiento.

ASPECTOS GENERALES

ADENOCARCINOMA DEL CERVIX

Los tumores del cuello uterino se dividen en dos grandes grupos: El Carcinoma de Células escamosas, que comprende un 95o/o, y el Adenocarcinoma que comprende el 5o/o restante(7-8).

Este se origina del epitelio Mucocolumnar (cilíndrico) y Glandular del canal endocervical. Algunos le atribuyen origen de los vestigios mesonéfricos Pseudoglandulares o Paramesonéfricos, especialmente a la variedad de células claras(7-9-10). Además de originarse en el endocervix, la lesión primaria puede asentarse en el orificio externo o próximo a él. Reportes recientes le atribuyen un aumento de la incidencia de 6 a 12o/o; en el estudio de Hurt(7) fue de 3o/o. Cuando el Carcinoma del cervix aparece en mujeres jóvenes (menores de 20 años), casi siempre es Adenocarcinoma. Microscópicamente se caracteriza por la disposición glandular atípica (Adenocarcinoma mucinoso asociado con glándulas neoplásicas y papilares)(8).

El Adenocarcinoma es de aproximadamente igual comportamiento clínico y pronóstico que el carcinoma de células escamosas; con la salvedad de que puede tener una incidencia más elevada de radioresistencia y por lo tanto la cirugía puede estar más indicada(7-14). En el presente trabajo se verá especialmente en lo que respecta a manejo, relacionado con este tumor.

FACTORES ETIOLOGICOS

Un gran número de factores han sido considerados como etiológicos del Adenocarcinoma, pero han quedado relegados o generalmente debatidos. En realidad poco se sabe en relación a su origen. Entre estos factores se mencionan:

El Coito Temprano como factor común. La Promiscuidad Sexual, tomando en cuenta el número de coitos; El Carcinoma cervical fue 4 veces más frecuente en mujeres prisioneras. Iguales resultados se han obtenido en asociación con enfermedades venéreas (sífilis, gonorrea), y en infecciones con *Trichomona Vaginalis*. El Esmegma; Existen algunas evidencias que le atribuyen un rol Carcinogénico. Relacionándolo con la poca incidencia del tumor en mujeres judías, en los cuales la circuncisión se efectúa en los hombres a temprana edad. El Estatus Social, relacionado más que todo a la falta de Higiene, promiscuidad, escasa ayuda económica, raza, etc. Ha vuelto a relucir nuevamente la participación del herpes simple tipo 2 como factor carcinogénico, por la alta frecuencia de anticuerpos a este virus encontrados en suero de las pacientes que han padecido la enfermedad. En época reciente se ha sugerido que la estimulación hormonal de las glándulas cervicales pudiera participar en el desarrollo del tumor; especialmente en el Adenocarcinoma de Células Claras que se ha descubierto en pacientes jóvenes, cuyas madres durante los primeros meses del embarazo recibieron Dietilestilbestrol (DES) en algún tratamiento (amenaza de Aborto, Vaginitis senil, supresión de la lactancia, etc.(10-9-7). Por último se ha mencionado que el Adenocarcinoma del cervix es más frecuente durante el embarazo.

ASPECTOS CLINICOS

LA EDAD PROMEDIO de las pacientes con Adenocarcinoma del cervix es de 38 años, aunque puede variar según cada estudio. Básicamente asintomáticas, aunque en los estadios finales puede aparecer dolor en la parte baja del abdomen. En las etapas intermedias las pacientes pueden presentar cualquiera de los síntomas siguientes:(7-6)

HEMORRAGIA VAGINAL: Puede ser el síntoma principal y suele ser leve o hemorragia franca. Es ligera si la paciente se encuentra aún en período reproductor y dicha sangría adopta la forma típica de variedad intermenstrual. Puede producirse después del coito, esfuerzos violentos o después de una defecación dificultosa. Es característica

sobre todo, la "Hemorragia por Contacto" que sigue siempre al coito o a un simple examen pélvico. Por desgracia, en muchos casos la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está bien arraigada y se ha extendido a los linfáticos; o porque la lesión se halla más protegida dentro del endocervix. El sangramiento es debido a que la lesión es muy friable.

DOLOR: No constituye un síntoma del carcinoma cervical hasta en las últimas fases de la enfermedad. El dolor gravatativo, penoso constituye por lo general un síntoma destacado, que puede hacerse severo a medida que avanza la infección. El dolor persistente en la región lumbosacra, en especial cuando se acompaña de infedema de la pierna, es un signo de muy mal pronóstico.

LEUCORREA

A veces puede notarse un flujo anormal, por lo general acuoso, aún antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en caso de Adenocarcinoma. Sin embargo, tarde o temprano el flujo aparece teñido de sangre. A medida que progresa la enfermedad, tanto la hemorragia como el flujo se hacen más persistentes y profusos, al propio tiempo que la ulceración, cada vez mayor, y la infección secundaria van confiriendo al producto de secreción un olor más y más desagradable.

PROBLEMAS UROLOGICOS

Pueden presentarse otros síntomas, como Irritabilidad Vesical, debido a que el proceso va tomando el tabique vesicovaginal, con la correspondiente "sensación de molestia rectal", que se extiende a la parte posterior.

CAUSAS DE MUERTE

Las causas de muerte por cáncer cervical son: Uremia, Infección, o Hemorragia. La Uremia es causada por compresión del

ureter por el cáncer y tejido fibroso, con producción secundaria de Hidronefrosis y Pielonefritis. Esta es la causa más común de muerte, no solamente en pacientes no tratados por cáncer cervical (60o/o) como en los que han sido tratados (50o/o), según B.C. J. de WHURST.

Las mismas causas son reportadas por HURT, et al., Infección, la segunda causa de muerte más común, puede ser por un absceso local pélvico o puede extenderse al peritoneo o por diseminación sanguínea causar la muerte por shock a endotoxinas. La infección es responsable de aproximadamente 40o/o de muertes. La Hemorragia incontrolable causa la muerte a aproximadamente 2 a 7o/o de pacientes.(6-7-8)

El Carcinoma Intraepitelial Básicamente es asintomático.(10) Por ejemplo, Younge, Hertig, y Amstrong señalaron que el 46o/o de 135 pacientes no tenían síntomas en absoluto. Hurt et al. de 53 casos de Adenocarcinoma encontraron sólo 4 pacientes asintomáticos, (1977).(7) Whurst (1976), encontró 61o/o de pacientes Asintomáticas completamente, con Ca. in Situ.

MANEJO DE LA PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DEL CERVIX.

Cuando clínicamente se ha hecho un diagnóstico presunto o definitivo de Ca. de Cervix, el siguiente paso es su confirmación por examen histológico. Además una evaluación total de la extensión de la lesión y del estado general de la paciente debe hacerse antes de decidir el método de tratamiento a efectuar. A su ingreso al Hospital, la paciente debe hacerse los siguientes exámenes de Rutina: Hematología. QQ. SS. (que darán información de la función Renal) Electrolitos del suero, Pruebas de funcionamiento Hepático, análisis de orina, Bacteriología de orina y secreción vaginal; Radiografía del tórax y de todos aquellos sitios probables de metástasis como huesos largos, columna, etc.; Pielograma I.V. que dará informe de anomalías ureterales, especialmente de obstrucción (por extensión al parametrio del crecimiento que puede envolver la parte inferior del ureter) con Hidronefrosis resultante y que influenciará en su manejo; Linfagiógrafía. Para la clasificación oportuna

de las lesiones se debe practicar un examen vaginal y rectal bajo anestesia general la que servirá también para determinar cualquier agrandamiento uterino (piometra o fibrosis) o inflamación anexial, la naturaleza del tumor (Endofítico o Exofítico); estado de los ureteres; El examen rectal permite la palpación de los ligamentos en toda su extensión y grosor, también la detección de ganglios metastásicos distantes. Un método frecuentemente usado es el examen rectal y vaginal simultáneo con el dedo índice en la Vagina y el medio en el Recto. Además se debe practicar Legrado escalonado, biopsia de cuello, Cistoscopia y proctoscopia. La anestesia aunque significa un riesgo menor, es esencial para hacer el examen pélvico.(13-21-11-12)

CLASIFICACION CLINICA POR ETAPAS DEL CARCINOMA DEL CUELLO POSTULADO POR LA F.I.G.O.

Carcinoma Pre-invasivo

Etapa 0: Carcinoma in Situ. Carcinoma intraepitelial.

Carcinoma Invasivo

Etapa I: Carcinoma estrictamente confinado al cuello, (cualquier propagación al cuerpo pasa inadvertida ya que no es identificable clínicamente).

Etapa Ia: Carcinoma Microinvasor (invasión temprana del Estroma). No se diagnostica por examen Clínico.

Etapa Ib: Todo los demás casos de Etapa I. El cáncer oculto debe ser marcado ocasional.

Etapa II: El carcinoma se extiende más allá del cuello pero no alcanza la pared pélvica. El Ca. implica la vagina pero no su tercio inferior.

Etapa IIa: No existe afección Parametrial.

Etapa IIb: Existe afección parametrial

Etapa III: El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. Por examen rectal no se aprecia espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. El Ca. afecta el tercio más inferior de la vagina. Presencia de hidronefrosis o de un riñón no funcional.

Etapa IIIa: No extensión adicional a la pared pélvica.

Etapa IIIb: Extensión adicional a la pared pélvica. Hidronefrosis o riñón no funcional o ambos.

Etapa IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga o recto. Un edema ampolloso no autoriza a incluir un caso en etapa IV.

Copleson (1976) ha revisado recientemente la extensa literatura relativa a la microinvación del cuello, y ha concluido que es frecuente el tratamiento excesivo y que tan solo una minoría requiere tratamiento radical. Boronow (1977) ha informado la utilización que tiene el descubrimiento de ganglios positivos para diferenciar el Ca. microinvasor (frecuencia de 0) del Ca. Oculto (20.7o/o)(12)

TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE ADENOCARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

Se divide en cinco grandes grupos que son los siguientes:

Adenocarcinoma (Endocervical)

Endometrioide

De Células Claras

Coloide o Gelatinoso

Adenoide Quístico

ADENOCARCINOMA DE CELULAS CERVICALES

Estos tumores son compuestos predominantemente de glándulas de tamaño y forma variables, cubiertas por células; las cuales al menos focalmente, se parecen a las glándulas cervicales que secretan mucina. El diagnóstico se hace en base a la irregularidad de las glándulas y su carácter invasivo.

Puede dividirse en 3 clases:

- A.- Pobremente Diferenciado: Aquellos tumores que nacen de un patrón glandular puro, con células glandulares individuales. Muy parecidas a las normales.(*)
- B.- Moderadamente Diferenciado: Son en su mayoría Glandulares y ocasionalmente en parte son tumores PAPILARES compuestos de múltiples capas de células, usualmente con considerable

(*) Muchos de los tumores Grado I son aquellos identificados con Mínima Desviación a Adenocarcinoma (adenoma Maligno). Los otros casos incluyen aquellos tumores que se desarrollan de un patrón puramente glandular en los cuales las células glandulares individuales unicelulares si bien desarrollan una Citología claramente con evidencia de Malignidad, no presentan el Pleomorfismo de las lesiones de Grado Extremo.

pleomorfismo nuclear y mínima secreción de mucina. Incluye también aquellos casos en los cuales se muestra una clara mezcla de glándulas bien diferenciadas y láminas de células compactas o infiltrada de células "en anillo de Sello".

- C.- Bien Diferenciado: Que originan predominantemente en uno de estos modelos, con sólo pequeños focos de formación glandular.

ENDOMETRIOIDE

Que se puede dividir en:

- a.- ADENOACANTOMA. Adenocarcinoma con metaplasia escamosa.
- b.- CARCINOMA ADENOESCAMOSO MIXTO

El primero consiste de epitelio glandular maligno de aspecto a menudo estratificado y que muestra poca producción de moco si es que la tiene.

El segundo es un tumor semejante al Carcinoma Endometrial y es más localizado que el Carcinoma Endocervical. Para que el diagnóstico de Carcinoma Endometrioide del cervix se acepte, el origen en la superficie endocervical o el epitelio glandular deben ser demostrados. También debe probarse que el endometrio mismo es negativo.

ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS:

El adenocarcinoma de cuello y vagina en mujeres jóvenes ha venido ocurriendo más frecuentemente en años recientes y está asociado a la exposición de estrógenos no esteroideos, administrados a mujeres durante los primeros meses de la gestación, (como por ejemplo Dietilelbestrol). El origen de este tumor parece ser mesonéfrico por su localización más frecuente en cara anterior y posterior

del tercio superior de la vagina por posible persistencia de restos de estos tejidos por debajo de la mucosa vaginal. Hill piensa que el tumor sea de origen paramesonéfrico (Mülleriano), por el hecho de haberse observado frecuentemente asociado a una Adenosis vaginal(10) o también descrito en ovario, endometrio; siendo su apariencia y ultraestructura idénticos. Su denominación de "Células Claras" obedece histológicamente a la aparición de citoplasma abundante y vacuolado claro o Células en Cesta.

CARCINOMA COLOIDE O GELATINOSO:

En su patrón histológico, el tumor de células bien diferenciadas, se encuentran flotando sueltas en un gran charco de mucina extracelular, la cual forma más del 50o/o de este tumor. Las células desarrollan individualmente, en nidos compactos pequeños, y pueden también contener variables cantidades de mucina intracelular.

CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

El patrón histológico es caracterizado por un patrón Cribiforme de glándulas "dorso a dorso", forrados por células pequeñas idénticas y entrelazadas con Cilindros Hialinos. Se ha visto también en glándulas salivales, bronquios y mama pero recientemente se ha reportado un aumento como tumor primario del cervix.

DIAGNOSTICO

Los métodos de diagnóstico que a continuación se describen han sido considerados en forma unilateral para tratar de dar una mejor referencia de los mismos; pero en la práctica, deben combinarse según criterio del médico para una mejor evaluación, tratamiento y pronóstico de las pacientes afectadas por el Carcinoma del Cervix.

Es importante recordar y educar a las pacientes en relación a las anormalidades de la hemorragia uterina no cíclica, incluyendo la hemorragia post-coital, hemorragia intermenstrual y post menopáusica porque este fenómeno puede indicar ulceración cervical(8) y ser indicador para iniciar el Estudio de la paciente afecta.

Particularmente en la Fase Pre-invasiva del Ca. intraepitelial (in Situ), donde éste puede aparecer sano al simple examen con un espéculo o puede presentarse como una inocente apariencia de Erosión o Ectoprión; debe iniciarse un estudio más detallado(8-6-7).

El primer procedimiento a efectuar es el siguiente:

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Sirve para detectar lesiones importantes en pacientes que son asintomáticas y en quienes cambios significantes no son detectados al ser examinados. Puede ser realmente el responsable fundamental en el control del carcinoma cervical.(8) Si no puede hacerse un frote en forma sistémica en todas las pacientes en edad reproductiva, ciertamente debe llevarse a cabo en mujeres de más de 30 años que han tenido hijos.(6) Que tengan relaciones sexuales activas.

Razones de su valor:

- 1.- Es un test clínico simple. La muestra es obtenida fácilmente por el médico y libera de inconformidad a la paciente.

- 2.- Es aplicable a mujeres asintomáticas, como medida desmenuadora, no por ser necesaria la presencia de la lesión. La muestra es generalmente de epitelio intrauterino y se toma en un solo sentido.
- 3.- Estimula hacia la biopsia, para tener una mejor información tisular del desarrollo primitivo de carcinoma cervical.
- 4.- Su eficiente detección de 90o/o o más permite el tratamiento en una etapa en que la curación es casi completa. Muchas mujeres deben su vida a este método.

La toma de la muestra de la secreción uterina es directa y requiere de severas precauciones. Debe obtenerse antes del examen vaginal bimanual o de introducción de jaleas lubricantes de las cuales distorsionan la morfología de la tinción. Las muestras se tomarán de la portio o del cervix, en la unión escamulocilíndrica o de la zona de transformación, y del canal endocervical.

Clasificación de Papanicolau según los hallazgos Celulares

CLASE	DESCRIPCION	SIGNIFICADO
I	Ausencia de células anormales o malignas.	Negativo
II	Células atípicas presentes pero Benignas.	Negativo
III	Células atípicas con displasia o sospechosas de malignidad	Sospechoso
IV	Células Patognomónicas de Malignidad	Positivo
V	Gran número de células malignas	Positivo

Es de menor ayuda en la detección de Adenocarcinoma que de Carcinoma de células escamosas.(7) Se han observado casos de citología NEGATIVA FALSA(6) lo que no significa que la citología exfoliativa no sea de procedimiento de valor, sino que siempre se debe de tener en cuenta esta posibilidad al emplear el procedimiento. El problema de las negativas falsas es una de las principales razones para realizar el estudio anualmente en las pacientes en edad reproductiva.

LEGRADO DIAGNOSTICO

Reagan and Ng. comentan frecuentemente sobre el uso rutinario de aspiración endocervical en unión con la citología exfoliativa en el diagnóstico de Ca. in situ y más que todo del Adenocarcinoma.(7) Además el legrado escalonado con biopsia del cervix puede ayudar a determinar si el Adenocarcinoma es primario de cervix o endometrio.

PRUEBA DE SCHILLER

Es la aplicación de una solución hecha a base de yodo, de la manera siguiente: 1 gr. de yodo, 2 grs. de yodo potásico, y 300 mls. de agua, que se aplica al epitelio cervical. Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y por lo tanto las células no toman el yodo (no se tiñen) como lo hacen las células del epitelio normal del cuello o vagina que son ricas en glucógeno (se tiñen de café). Por desgracia tampoco lo hacen el tejido de las úlceras del prolapso, erosiones y atrofia, lo mismo que el epitelio endocervical(6-8) lo que disminuye su utilidad en el diagnóstico del Adenocarcinoma. Sin embargo, tiene gran valor cuando los frotis son positivos y las biopsias son dudosas(6) particularmente en Carcinoma inicial o pre-invasivo. Cerca del 10o/o-15o/o de los cuellos dan esta prueba positiva falsa.

COLPOSCOPIO

El colposcopio permite definir fácilmente el tamaño y el tipo de las etapas pre-clínicas del cáncer cervical, así como la obtención de muestras de biopsia. Ayuda también al esclarecimiento de los procesos en el cuello clínicamente insospechados como se menciona antes y lo más importante, es que propicia un enfoque más objetivo y conservador para el tratamiento de estas lesiones. Recientemente ha sido posible reducir el número de conizaciones diagnósticas, que tiene una inmediata y mediata morbilidad, (12) en más del 90% en casos de citología anormal, y los cuales se han logrado por colposcopia (8-12).

El uso de colposcopia y citología proporcionan al ginecólogo mayor exactitud en la identificación de la enfermedad pre maligna. La técnica del examen es rápida, prácticamente el mismo tiempo que se usa en la inspección del cuello. Antes de introducir el colposcopio en la vagina, el epitelio vaginal y cervical debe ser manchado con una solución de Acido Acético al 30%.

Indicaciones:

- a.- El grado de las lesiones colposcópicas atípicas sirve de guía para el pronóstico.
- b.- En la selección del sitio, tamaño y tipo de la biopsia, especialmente aplicable al embarazo.
- c.- Para establecer el diagnóstico cuando un frote es positivo o dudoso.
- d.- Seleccionar los casos de Ca. in Situ, determinándolo con seguridad para manejo conservador.
- e.- Para decidir en cuanto a la necesidad para removerlos por vía vaginal en cirugía definitiva.

f.- Para seguimiento de los casos tratados como Ca. in Situ.

g.- Como instrumento de investigación.

En el colposcopio se reconocen ciertos hallazgos básicos del cervix que deben mencionarse:

1.- Epitelio escamoso original:

Epitelio liso rosado pálido que se tiñe de café con la prueba de Schiller y es fácilmente reconocible a simple vista.

2.- Epitelio Cilíndrico Original:

Es visto por el clínico como una erosión por el colposcopista como una eversión. Es mejor visualizado cuando se aplica ácido acético al 30% que remueve el moco, mostrando una estructura típica semejante a uvas.

3.- Zona Típica de Transformación:

Es un área de epitelio cilíndrico original el cual sufre metaplasia escamosa de una manera típica o fisiológica. Es la superficie entre epitelio escamoso original y epitelio cilíndrico original.

4.- Zona Atípica de Transformación:

Las formas atípicas que el colposcopista busca son: Un epitelio blanco que muestra una o cualquiera de las siguientes apariencias. El mismo **epitelio blanco** se puede observar como un blanco opaco en relación al del epitelio escamoso de la zona de transformación. **Puntilleo:** está presente como puntos rojos sobre un fondo blanco o amarillento. Los puntos son finos capilares proyectados sobre el epitelio papilar. **Vasos Sanguíneos Anormales:** La apariencia de los puntos, los más significantes estarán fijos y los extremos son vistos cuando los vasos terminales tienen una apariencia de

tirabuzón. Mosaico: Muestra partes blancas separadas por líneas rojas representados por vasos sanguíneos. **Leucoplaquia:** Es queratina, usualmente cubriendo la estructura superficial o mosaico y fina u ordinaria estructura de los vasos sanguíneos.

Utilizando la citología y colposcopia la precisión diagnóstica mejora. El principal inconveniente de la colposcopia es que sólo permite examinar la parte visible del cuello y entonces su uso en el diagnóstico de Adenocarcinoma estaría limitado.

COLPOMICROSCOPIA

Es un desarrollo de la colposcopia. Puede dar un aumento de 200 diámetros y el epitelio cervical teñido con hematoxilina puede entonces ser examinado. Requiere tiempo y experiencia(8) y no es de uso general.(6-8)

BIOPSIA

Cuando el tratamiento no puede ser instituido en base al frote cervical, al informe de éste debe seguir una biopsia cervical. Idealmente la biopsia debe tomarse cuando hay sospecha de malignidad y debe comprender partes iguales de tejido sano y maligno. Cuando no se dispone de un colposcopista se adopta ampliamente la técnica de biopsia múltiple en su variedad de cuatro cuadrantes. Pero si se dispone de colposcopio la elección es una biopsia dirigida, aunque un 15o/o(6) de las lesiones se encuentran en el canal endocervical. Es un método exacto e inócuo para definir el estado histológico de epitelio pre-maligno(12) y no es una alternativa de la citología.(8) La biopsia de cuatro cuadrantes deja escapar a la observación 10 a 35o/o de las lesiones pre malignas existentes. Con la prueba de Schiller aumenta la exactitud de la biopsia dirigida.

La hemorragia en el sitio de biopsia puede ser controlada por sutura, electrocoagulación o empaque vaginal.

CONIZACION CERVICAL

La conización cervical junto con la citología, la colposcopia y la biopsia dirigida forman parte importante de la pesquisa y diagnóstico del Ca. Cervical.(11-24) La conización permite al ginecólogo interpretar con certeza las alteraciones anatomopatológicas del cuello uterino en una extensión que va desde la superficie del exocervix hasta la región ístmica. Es mandatorio para el reconocimiento del carcinoma pre-invasivo y para excluir la lesión invasiva quedando establecido el valor de la conización en el diagnóstico de la displasia y neoplasia incipiente del cervix.

Es una operación sencilla y no está exenta de complicaciones post operatorias inmediatas y tardías que pueden ser: hemorragia inmediata y tardía, infección, estenosis cervical y subsecuentemente incompetencia cervical e infertilidad.(11-24)

TRATAMIENTO

El tratamiento del carcinoma cervical puede dividirse en dos grupos; dependiendo si se trata de Carcinoma intraepitelial o invasivo.

A continuación se describirá el tratamiento para el cáncer intraepitelial.

TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICAL INTRAEPITELIAL

Representa por virtud de nombre y definición cambios celulares malignos que han permanecido localizados al cuello.(8-12) El tratamiento debe ser quirúrgico más que por irradiación; aunque la irradiación es capaz de curar todos los casos, excepto en el escaso número de los radioresistentes, pero tiene las desventajas de inducir la menopausia en mujeres jóvenes y en quienes la conservación de por lo menos un ovario no tiene peligro apreciable. Además no permite la evaluación histológica post irradiación para descartar carcinoma persistente.(6)

El tratamiento común para la displasia cervical y el Ca. in Situ incluyen: Criocirugía, electrocoagulación, Diatermia, Conización, Rayos Lasser de Dióxido de Carbón y la Histerectomía.(8) El mínimo tratamiento quirúrgico aceptable debe ser la histerectomía total que incluya un segmento adecuado de la túnica vaginal(6-11) conservando uno o ambos ovarios.(6) Obviamente cura todos los precursores de carcinoma pero es insatisfactoria para aquellas mujeres que desean un futuro parto; además existen riesgos de anestesia y operación, aunque se hace en la mayoría de los casos.(20) La histerectomía puede hacerse vaginal o abdominal.

CONIZACION

La conización como tratamiento se ha empleado más que los otros métodos simples y fue usada primero en lugar de histerecto-

mía para preservar la fertilidad. Está asociada con considerable morbilidad post operatoria aunque puede ser el tratamiento exclusivo en pacientes de edad avanzada o de alto riesgo quirúrgico y que desean tener hijos; aunque está asociada con fertilidad; el embarazo puede terminar en aborto o en parto prematuro. La conización por sí misma puede ser terapéutica porque frecuentemente remueven la lesión.(11-12-20-25) Cuando el histológico de la pieza se muestra un carcinoma invasivo, se hará una histerectomía, Nagell hace una revisión al respecto tomando en cuenta el tiempo en que la histerectomía debe de hacerse después de la conización.(11)

La CRIOCIRUGIA tiene muchos defensores en su eficacia para tratar las neoplasias cervicales. Efectivamente destruye la neoplasia localizada y es el método "ideal" de tratamiento en la displasia cervical y el Ca. in Situ en mujeres que desean tener hijos. Puede usarse también en el control de la hemorragia o para disminuir el tamaño del tumor presentado en preparación al tratamiento definitivo. Es paliativa en el Ca. cervical primario recurrente sin aumento de la morbilidad, disminución de la fertilidad o estenosis, tiene el inconveniente de que el área residual puede no servir para controles histológicos posteriores.(11) Con la congelación doble parece que la curación completa es mayor.(6) puede realizarse en pacientes externas.

Halagadores resultados se puede decir que se han reportado en el tratamiento por Electrocauterización o Rayos Lasser de Dióxido de carbono. Los métodos menores de tratamiento deben ser susceptibles de seguirse por controles histológicos posteriores.

TRATAMIENTO DEL CANCER CLINICO

Desde 1822 en que Santer hizo una resección simple del cervix y del útero para suplementar la cauterización como tratamiento del carcinoma. La cuestión del tratamiento del Ca. de Cervix ha originado muchos debates y argumentos, los que están extensamente divididos, sobre el método de elección entre la Irradiación y

la Cirugía. Varias técnicas de Irradiación y Cirugía se han desarrollado hasta nuestros días.(6,8-12-11-13-14)

Para fines de exposición, en esta recopilación se toman por separado la Radioterapia y la Cirugía, aunque se dan algunos datos sobre su mutua utilización. El lector deberá deducir el método de tratamiento de acuerdo a su criterio.

Puede utilizarse para cualquier estadio de la enfermedad y es aplicable a la paciente obesa, a la de edad avanzada o a la de mal pronóstico médico.

Durante años el radio-226 ha sido una fuente segura de energía radiante para el tratamiento del cáncer ginecológico. Más recientemente el cesio-137 ha tendido a sustituir al radio, porque como subproducto de la fisión nuclear es menos caro y tiene la gran ventaja de proporcionar un solo rayo gama que es adecuado para fines terapéuticos. La radiación suele medirse en RADS, que se define como la dosis absorbida de radiación y se acompaña de la liberación de 100 ergios de energía por gramo de material absorbente. Para expresar la dosis en el cuello y en los ganglios linfáticos pelvianos, Tood y Meredith propusieron que la dosis se refiera a dos puntos teóricos a saber: A, definido como a dos centímetros por fuera del eje del conducto uterino y a 2 cm. por encima del fondo vaginal; y B, a 3 cm. por fuera de A. En la actualidad el tratamiento consiste en dos aplicaciones de Cesio-137 o Radio(6-7) al cuello complementadas por terapéutica externa de cobalto 60. El aplicador de Fletcher de carga diferida parece ser el instrumento a elegir. La dosis total deseable en el punto A es de 6,000 a 6,500 Rads (que incluye las aplicaciones de Cesio y Cobalto-60. La dosis total para el punto B es, como mínimo, de 5,000 a 5,500 Rads (cesio y cobalto).(6-7-8) La aplicación de Cesio suele estar contraindicada en presencia de Piometra o perforación uterina, por lo tanto la dosis de radiación suele iniciarse sólo con cobalto-60 con aplicación posterior de Cesio intracavitario si es posible.

COMPLICACIONES POR RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA DEL CERVIX:

Son frecuentes Proctitis, Necrosis de la cúpula, Cistitis Hemorrágica, Parametritis, Fístula Rectovaginal, Obstrucción Ureteral, Necrosis Intestinal, Perforación y obstrucción, Fístula Vesico Vaginal, Hemorragia Profusa. Harlman y Didle (1972) encuentran induración de la vagina; de la pelvis según Hölz y Labensky (1972).(7-11) La radioterapia sufre de las desventajas de que la incidencia de los ganglios en definitiva tomados en los casos tratados, no puede ser demostrado.(8)

CIRUGIA

Tres son las técnicas más usadas de Histerectomía radical en el tratamiento de carcinoma cervical: Wertheim, Meigs y Currié; descrita ésta última en 1976.(6-8-12) La valoración pre operatoria de las pacientes trata en el capítulo de Manejo.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

La histerectomía radical:

- Se usa en paciente joven en quien es importante conservar la función ovárica y la flexibilidad vaginal con objeto de evitar dispareunia subsiguiente.
- Es preferida cuando los órganos pélvicos han padecido enfermedad inflamatoria previa o cuando patología benigna en la pelvis ha deformado los órganos de la reproducción de tal grado que impida la aplicación apropiada de un sistema de Irradiación.
- En la gestación Temprana por supresión del embarazo en un útero intacto.

- En la gestación Tardía como tratamiento definitivo a la par de la cesárea clásica.
- Previene las recurrencias.
- Evita la posibilidad de resistencia tumoral a la Radioterapia.

INCONVENIENTES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Riesgo de vida de 10/o, Fístula Urinaria en 1 a 20/o, Disfunción Vesical post-operatoria, Incontinencia Urinaria Intermittente.(12-13)

INDICACIONES

- Cuando la enfermedad queda restringida al cuello o vagina cercana (etapas 1B oculta, 1B y 2A).
- Cuando no hay contraindicación médica a la cirugía, paciente obesa o mayor de 65 años.

COMPLICACIONES

Urinarios: Fístulas uretro o rectovaginales, atonía vesical prolongada. Intestinales: Obstrucción o fístula intestinal pequeña o rectovaginal. Médicos: infarto del miocardio, embolia pulmonar, shock séptico. Herida Operatoria: Hernia incisional, evisceración. Otros: Linfocitosis, Infección urinaria, Ileo paralítico, tromboflebitis, neumonía, ictericia, linfedema, infección de herida, hematoma y celulitis pélvica.

LINFOGRAFIA

La linfografía aunque da un porcentaje alto de ganglios metastásicos, definitivamente no muestra el 100o/o de los tomados y puede servir más que todo como una guía al momento de hacer linfadenectomía. Kolbenstvedt (1975) encontró que el 15.30/o de

209 ganglios con metástasis, no encontró medio o no existía el medio de contraste. Este emitió la opinión de que el grado de exactitud diagnóstica de la linfografía no es lo bastante alto para constituir el único criterio en la elección del tratamiento. Grados similares de exactitud linfográfica han sido logrados por Fuchs y Seiler-Rosemberg (1975), Averette y col. (1969). No obstante, Kolbenstvedt y Kolstad (1974) han mostrado el valor de la linfografía cuando pueden tomarse linfogramas durante el acto operatorio, atribuyendo una mejor evaluación de ganglios metastásicos y una mejor resección de los mismos a los linfogramas pre e intraoperatorios. (12) Idénticos resultados obtuvo Lagasse (1979) indicando que el tratamiento puede consistir de Radioterapia después de Operación para mejorar el pronóstico. Aunque prefiere la quimioterapia a la Irradiación. (22)

CIRUGIA MAS RADIOTERAPIA

Los datos más ilustrativos y fidedignos respecto al estado actual de la cirugía y Radioterapia en el tratamiento actual del carcinoma del cuello; proceden del décimo sexto informe anual del tratamiento del carcinoma de útero, vagina y ovario, editado por Kottmeier (1976) (12). Pillerón y col. (11) trataron el carcinoma grado I con radioterapia vaginal más cobalto y a las 6 semanas Histerectomía vaginal más linfadenectomía externa bajo linfografía (ganglios negativos pronóstico de 87o/o); grado II radioterapia luego operación. (Cuando los ganglios son positivos el pronóstico es de 67o/o). Underwood et al. realizaron Histerectomía radical en estados IA y IIB, Ca. recurrente o desconocido; más selectivamente en pacientes con Ca. pobremente diferenciado o Ca. Adenoescamoso. Nunca en Ca. indiferenciado, estados IIA o IB y absolutamente en asociación con irradiación preoperatoria. (14) Sall et al. (13) con ganglios positivos se dio radioterapia. Si los ganglios para-aórticos fueron positivos, la operación se omitió y se dio tratamiento con irradiación. En definitiva, el tratamiento arriba de las etapas IIA, debe ser irradiación y por abajo de la misma debe considerarse el uso de operación y/o radioterapia.

Cervix como el tumor de peor pronóstico. Si se toma en cuenta la clasificación clínica, las lesiones Exofíticas tienen el peor pronóstico; (7-14) a la par de aquellas en las que hubo un retardo en el diagnóstico o invasión linfática temprana; (Kolsted 1973. Informa de un 8.8o/o de ganglios positivos en Adenocarcinoma), o en los radioresistentes como los mucoprodutores.

Van Nagell y col. (12) encontraron que el pronóstico de Adenocarcinoma no es peor que el Carcinoma escamoso (1977) como lo indicó Currié (1971). Sin embargo, Lewis y col. (1970) comprobaron peores resultados para adenocarcinoma tratados de diferentes maneras y concluyeron que la cirugía estaba indicada para lesiones tempranas siempre que pudiera lograrse morbi-mortalidad bajas. Kjörstad (1977) informó de una experiencia similar con el Adenocarcinoma.

Los Doctores Renaglio y Richart (1977) creen que en un futuro próximo se podrá establecer con precisión la correlación entre las formas histológicas de un tumor y el modo terapéutico (7) que se debe utilizar.

En lo referente al pronóstico de supervivencia de 5 años en las pacientes, ésta depende del método de tratamiento empleado; de la etapa en que la lesión se encuentre al momento de descubrirla y de la presencia o no de ganglios linfáticos afectados.

No puede haber más prueba concluyente sobre lo anterior que el informe sobre los datos obtenidos en el tratamiento del cáncer del cuello, editado por Kottmeier (1976) y el cual se reproduce a continuación, esperando que el lector pueda sacar conclusiones al respecto.

QUIMIOTERAPIA

Actualmente está la tendencia a tratar el Carcinoma de vagina o cervix, metastásico o recurrente con quimioterapia. La droga usada es el DOXORUBICIN (Adriamicina) sola o en combinación con otras drogas citotóxicas, así: Adriamicina sola, Adriamicina más Bleomicina, Adriamicina más dosis bajas de Metrotexate y 5-fluoracilo, Adriamicina más metrotexate, Adriamicina más Vincristina más Actinomomicina más ciclofosfamida, Adriamicina más grandes dosis de ciclofosfamida y 5 fluoracilo.

Sólo 7.5o/o de 93 pacientes respondieron al tratamiento con Adriamicina sola o combinada.(23)

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL CERVIX DURANTE EL EMBARAZO

En estas circunstancias el tratamiento ha de variar en cada caso en particular, tomando en cuenta el grado en que se encuentra la lesión, la edad del Embarazo y la opinión de la paciente.

Puede ser que un tumor en etapa IA con embarazo en el último trimestre, pueda tener un tratamiento definitivo cuando el feto sea viable con Cesárea-Histerectomía. Un tumor en etapa IIb, con un embarazo en el primer trimestre, puede tener indicación de Histerectomía inmediata.

En relación a la opinión de la paciente o la familia de ésta, estaría dada por el hecho de ser el primer embarazo o algún otro tabú.

PRONOSTICO

Se puede decir que existen dos formas para determinar el pronóstico: Clínico e Histológico.

Según el Dr. Parker(7) considera al Adenocarcinoma del

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL CUELLO

Porcentaje de supervivencia de cinco años								Notas		
Autor	Núm. de casos	Etapa I		Etapa II (todos los casos)		Etapa IIA			Etapa IIB	
		Global	Ganglios positivos	Global	Ganglios positivos	Global	Ganglios positivos		Global	Ganglios positivos
<i>Radioterapia</i> Joslin (1976)	249	94		57						Terapéutica combinada de haz externo e intracavitaria (supervivencia actuarial)
<i>Cirugía comparada con radioterapia</i>										
Newton (1976)	119	58	81							Cirugía radical solamente
Masabuchi y col. (1969)	562	74	90.5	57.1	50.8					Radioterapia solamente
	602	88.2		68.7						Cirugía radical + radioterapia profunda (66o/o etapa I; 37o/o etapa II)
<i>Cirugía con radioterapia</i>										Radioterapia solamente (34o/o etapa I; 63o/o etapa II)
Meigs (1962)	486	83.0	44.0	55.0	27.0					En todos los casos se empleó irradiación intracavitaria preoperatoria e irradiación exterior en caso de afección de ganglios.
Stallworthy y Wiernik (1976)	292	82.0	62.0	77.0	42.0	75.0	61.7	58.9	40.0	
Kolstad (1973a y b)	537	88.3	62.9			71.4	49.0	49.0		
Currie (1971)	434	86.3	44.0			68.7	58.2			
Christensen-Fogleman (1976)	320	81.5								Op. de Meigs + radioterapia en caso de afección de ganglios.
	350	88.5								Op. de Okaybayashi
Hoskins y col. (1976)	224	87				92.0				Tratados por alumnos de oncología bajo supervisión.

Como se observará, en el cuadro anterior no se dan datos acerca de supervivencia de 5 años en Ptes. con etapas III y IV, pero según Hurt.(7) en sus tablas VI y VII usando diferentes formas de tratamiento, la supervivencia de 5 años para estas etapas fue de 0o/o.

PRESENTACION DE RESULTADOS

INCIDENCIA

En los años de 1969 a 1979, 1307 casos de Carcinoma primario; cervical o endocervical; fueron reportados en el Hospital General San Juan de Dios. De acuerdo a los informes encontrados en el archivo de Anatomía Patológica.

De este total, solamente fueron reportados como Adenocarcinoma un total de 31 casos, que presenta un porcentaje del 2.37, en los 10 años revisados.

Es de hacer la aclaración, que los 31 casos reportados, dos de ellos están catalogados como fallecidos y por razones de reciente organización de Archivo y distribución, su papeleta no fue encontrada. Tres casos más fueron manejados solamente por consulta externa al hospital y al efectuárseles el diagnóstico se les refirió a otro centro asistencial. Por lo tanto sólo se tabularon 26 casos.

Cuadro Numero 1

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

Edad de las Pacientes.

Edad por Décadas	No. de Casos	Porcentaje
20 - 29	3	11.53
30 - 39	5	19.23
40 - 49	9	34.62
50 - 59	9	34.62
Total	26	100.00

Edad media de las pacientes: 41.42 años

Mayor edad: 23 años

Mayor edad: 58 años

Cuadro Número 2

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

Motivo de Consulta

	No. de Casos	Porcentaje
Hemorragia Vaginal	17	65.38
Flujo Amarillo Fétido	5	19.23
Dolor Abdominal	2	7.69
Dolor y Crecimiento Abdominal	1	3.84
Flujo Vaginal blanco	1	3.84

HISTORIA FAMILIAR

Una paciente refirió el antecedente de que su madre había fallecido de "cáncer en la matriz".

Cuadro Número 4

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

PAPANICOLAU

Número de frotos tomados:	12	46.15o/o
Número de frotos no tomados:	14	53.85o/o

De los tomados, 9 fueron positivos (75o/o). Sugestivos de Malignidad 2 (16.67o/o). Negativos (9.33o/o).

Cuadro Número 5

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

BIOPSIAS

16

	No. de Casos	Porcentaje
Diagnósticas	6	37.5
Complementarias	10	62.5
Positivas	11	68.75
Negativas	2	12.5
Otro diagnóstico	3	18.75

Cuadro Número 6

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

Legrado Diagnóstico: 6

	No. de Casos	Porcentaje
Primario	5	83.33
Secundario	1	16.67
Positivos	2	33.33
Negativos	2	33.33
Otro Diagnóstico	2	33.33

Cuadro Número 7

Adenocarcinoma del Cervix

Hospital General San Juan de Dios

Patología Encontrada

Tipo de Adenocarcinoma	No. de Casos	Porcentaje
Adenocarcinoma	8	30.76
Adenocarcinoma bien Diferenciado	6	23.07
Adenocarcinoma Pobremente Diferenciado	4	15.38
Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado	2	7.69
Adenocarcinoma In Situ	2	7.69
Adenocarcinoma Papilar	2	7.69
Adenocarcinoma Escamoso	1	3.85
Adenocarcinoma Adenoide Quístico	1	3.85
Total	26	100.00

De acuerdo a la Clasificación Histológica del Adenocarcinoma. En el cuadro anterior el 3.85o/o es de tipo Microinvasivo. (un caso). El 84.62o/o (22 casos) pertenecen a la variedad Endocervical. 1 caso al Endometrioides y 1 al Adenoide Quístico con un 3.85o/o para cada uno.

Cuadro Número 8
Adenocarcinoma del Cervix
Hospital General San Juan de Dios
Tratamientos

Procedimientos	No. de Ptes.	Porcentaje
Histerectomía Radical (Wertheim)	9	34.61
Radioterapia	6	23.07
Histerectomía abdominal total más Salpingooforectomía Bilateral	5	19.23
Histerectomía abdominal total más Salpingooforectomía Izquierda	2	7.69
Histerectomía Abdominal total más Salpingooforectomía Bilateral más Radioterapia	2	7.69
Histerectomía Abdominal total más Salpingooforectomía Derecha	1	3.84
Conización	1	3.84
Total 26	26	100.00

Cuadro Número 9
Adenocarcinoma del Cervix
Hospital General San Juan de Dios
Laboratorios

Grupo Sanguíneo	No. de Casos	Porcentaje
A+	9	34.61
O+	5	19.23
B+	3	11.53
No Tienen+	9	34.61

Según el cuadro anterior las pacientes más afectadas son las de grupo diferente al O+.

Todas las pacientes presentaron V.D.R.L. NEGATIVO.

DISCUSION

En el presente párrafo de discusión se hace una relación entre los datos estadísticos encontrados en las historias clínicas de las pacientes que padecieron la enfermedad, en el hospital San Juan de Dios; con los datos estadísticos que se dan a conocer dentro de la literatura existente.

El primer parámetro a discutir es el relacionado con la Incidencia del Adenocarcinoma del cuello uterino en nuestro medio. El valor encontrado es de 2.37o/o, el cual se encuentra dentro del 5o/o reportado en la literatura; para esta clase de tumor.

La edad media de las pacientes que son afectadas por el tumor es de 38 años, coincide con éste, el valor encontrado en el trabajo que es de 41.42 años.

El Motivo de Consulta de las pacientes al hospital fue similar a los que se describen en otras regiones, con el siempre predominio de la hemorragia vaginal como síntoma principal referido (65.38o/o). Algunos autores refieren que en el caso de Adenocarcinoma puede ser más frecuente encontrar pacientes asintomáticas por encontrarse éste oculto dentro del endocervix; lo que en este trabajo quedaría descartado ya que todas las pacientes refirieron un síntoma en particular que les llevó a consultar con un médico.

Se reporta también que el Adenocarcinoma es más frecuente encontrarlo en las mujeres que han tenido varios embarazos. Las pacientes, siempre en el hospital estudiado, en un 74.07o/o habían tenido 4 o más embarazos.

En relación a la forma en que se hizo el diagnóstico del tumor; los estudios o la literatura mencionan un posible esquema a seguir para llegar a éste; en el Hospital San Juan de Dios no se encontró descrito un protocolo en este sentido. Es así que el

Frote cervical se efectuó sólo en el 46.15o/o de las pacientes, con un índice de positividad del 91.67o/o el cual se vería muy cercano al valor de 90o/o dado a este método de diagnóstico.

Observación idéntica a la anterior afectaría a la Biopsis ya que ésta se hizo sólo en 16 pacientes, de las cuales en 6, éste fue el método primario de diagnóstico; dando un porcentaje de 37.5o/o. O sea que no se utilizó con anterioridad el frote cervical o el legrado. En los párrafos relacionados a los aspectos generales del tumor se menciona que la biopsia no dirigida (sin colposcopia) tiene una exactitud entre el 65 y 90o/o. En el Hospital en mención en ninguna oportunidad se usó colposcopio. El porcentaje de positividad fue de 68.75o/o.

El legrado se realizó sólo en el 23o/o de los casos, con un 83.33o/o de positivos.

Sobre la Patología encontrada basta con observar la descripción en el texto y compararla con lo encontrado en los casos de este Hospital y se sacará conclusión que sí se relacionan.

El tratamiento dado a cada paciente varió según los datos clínicos encontrados al examen bimanual efectuado. Es así que procedimiento quirúrgico se efectuó en el 69.23o/o. Radioterapia en el 23.07o/o y Operación más Radioterapia en el 7.69o/o.

En cuanto al Diagnóstico y Tratamiento, al revisar las Historias Clínicas en estudio se encontró que no existe un protocolo a seguir en cada paciente afectada con la patología estudiada; y que cada caso fue manejado de acuerdo al criterio del médico tratante.

Un dato que a pesar de tener el buen deseo de darlo a conocer y que se refiere a la sobrevida media de 5 años en las pacientes post-tratamiento de Adenocarcinoma del Cervix; no se pudo determinar. Dificultó su obtención lo difícil de localizar a todas las pacientes afectas y lo imposible de encontrarlo escrito en la papeleta; ya

porque a aquellas en su mayoría sólo se presentaron a control una o dos veces por sentirse "curadas" o por razones hasta el momento desconocidas. En vista de lo anterior se decidió obviar dicho dato no sin antes recalcar que es el dato más importante de todos, pues permitiría saber hasta qué punto el Tratamiento instituido a cada paciente fue el apropiado o no.

No queda más que hacer notar que en las páginas anteriores se trató de hacer una revisión bibliográfica lo más completa posible sobre el Adenocarcinoma primario del cuello, para que el lector se identifique más con el mismo; aunque en muchos aspectos éste se encuentre relacionado con el Carcinoma Epidermoide.

CONCLUSIONES

- 1.- El 69.23o/o de las pacientes afectadas es mayor de 40 años.
- 2.- La edad media de las pacientes es de 41.42 años.
- 3.- El 77.77o/o de las pacientes tuvieron 4 ó más partos
- 4.- El 74.07o/o tuvieron 4 ó más partos.
- 5.- El 62.96o/o tuvieron entre 1 y 8 abortos.
- 6.- El 7.4o/o fueron pacientes nulígravidas y nulíparas.
- 7.- El 65.38o/o de las pacientes consultaron por hemorragia vaginal.
- 8.- 69.23o/o de las pacientes se le efectuó tratamiento quirúrgico.
- 9.- Al 23.07o/o se le dio tratamiento sólo con radioterapia.
- 10.- Al 7.69o/o se le trató con operación más radioterapia.
- 11.- Frote cervical se tomó en sólo 12 (46.15o/o) pacientes, siendo positivo en 9 pacientes (75o/o) sugestivo de malignidad 2 (16.66o/o) y negativo 1 (8.34o/o).
- 12.- Biopsia se tomó en 16 pacientes; siendo diagnóstica en el 37.5o/o (6 veces) y complementaria en 62.5o/o.
- 13.- Legrados se efectuaron en un total de 6 pacientes.
- 14.- 46.15o/o de 12 pacientes tienen grupo diferente al 0 + .
- 15.- El 100o/o de las pacientes tenían VDRL negativo.

- 16.- La incidencia de Adenocarcinoma del cervix en el Hospital General San Juan de Dios, en los años de 1969 a 1979, es de: 2.37o/o.
- 17.- El tipo de Adenocarcinoma más frecuentemente encontrado es el de Adenocarcinoma Endocervical (84.6o/o).

RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer una evaluación completa de las pacientes a su ingreso al Hospital.
- 2.- Hacer una evaluación clínica completa de la etapa del Carcinoma según la clasificación de la FIGO, lo que permitirá hacer un mejor tratamiento de las pacientes.
- 3.- Que el diagnóstico exacto sea escrito en todas las papeletas máxime cuando el mismo se ha hecho Histológicamente.
- 4.- Hacer conciencia en las pacientes sobre la importancia del control post tratamiento para que pueda determinarse en el futuro la sobrevida de 5 años, con efectividad, lo que permitiría una mejor evaluación del método de tratamiento empleado.
- 5.- Tratar de llevar un mejor control de las pacientes manejadas por consulta externa.
- 6.- Elaborar un protocolo que permita standarizar el Método de Diagnóstico y tratamiento para las pacientes que consultan al Hospital por este tipo de enfermedad.


BIBLIOGRAFIA


- 1.- C. Frederic Fluhmann. *El Cuello Uterino y sus Enfermedades*. Salvat Editores, S. A. Barcelona España. 1a. Edición. 1963.
- 2.- Dr. Stanley L. Robbins. *Patología Estructural y Funcional*. Nueva Editorial Interamericana, S. A. 1a. Edición en Español. México. 1975.
- 3.- David C. Sabistón Jr. Davis Christopher, *Tratado de Patología Quirúrgica*. Nueva Editorial Interamericana, S. A. 10a. Edición, México. 1974.
- 4.- Lauren V. Acherman; Juan A. del Gato; *Cancer: Diagnosis, Treatment, And Prognosis*. Third Edition. 1962.
- 5.- Kaser; Friedberg, K. Gober; J. Zander; K. Thomsen. *Ginecología y Obstetricia: Fundamentos, Patología, Profilaxis, Diagnóstico y Terapéutica*. Salvat Editores, S. A. Barcelona, España. 1974.
- 6.- Dr. Edmund R. Novak; Dra. Georgeana Seegar Jones; Dr. Edward W. Jones Jr. *Tratado de Ginecología*. Novena Edición. Nueva Editorial Interamericana, S. A. México. 1977.
- 7.- W. Glenn Hurt; Steven G. Silverberg; William J. Grable; Richard Belgrad; L. Daniel Crooks Jr. *AM. J. Obstetrics and Gynecology*. 129:304, 1977.
- 8.- B. C. de J. de Whust. *Malignant Disease of the Cervix. Integrated Obstetrics and Gynecology for Post-Graduates*. 2a. Edición. 1976.
- 9.- S. Puri; C.M. Fenoglio, R.M. Richrt; D. Townsend. *Clear Cell*

- Carcinoma of Cervix and Vagina in Progeny Women who received Diethylstilbestrol. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*, 128:559, 1977.
10. E. Jiménez Villegas, Luis E. Alezard Farías, Werner Reuman, José Moreno Romero. Carcinoma de Células Claras del Cuello. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Vol. 37. 1977.
 - 11.- David N. Danforth. *Obstetrics and Gynecology*. 3a. Edición. 1976.
 - 12.- Dr. Albert Singer; Joseph A. Jordán. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales de Cirugía Ginecológica*. Nueva Editorial Interamericana. Vol. 3. México. 1978.
 - 13.- Sanford Sall; Albert A. Pineda; Antonio Calanog; Paul Heller; Harvey Greenberg. Surgical Treatment of Stages 1B and IIA Invasive Carcinoma of the Cervix by Radical Abdominal Hysterectomy. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*. 135:442, 1979.
 - 14.- Paul B. Underwood Jr.; William C. Wilson; Albert Kreutner; M.C. Miller III; Edmund Murphy. Radical Hysterectomy: A Critical Review of Twenty-two Years' Experience. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*. 134:889, 1979.
 - 15.- Clark - Cunley. Adenocarcinoma de Células Claras. *Year Book of Cancer*, 1976.
 - 16.- Robert W. Kistner. *Tratado de Ginecología*. Ediciones Toray, Barcelona, 1a. Edición. 1974.
 - 17.- Arthur L. Herbt, Robert E. Sculley, Stanley J. Robbloy and William R. Welch. Complications of Estrogen Use. *American Academy of Pediatrics*. 1977.


- 18.- Dr. Raymond H. Kaufman. *Tratamiento del Carcinoma In Situ*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México; Dic. 1969.
- 19.- Tapani, Ulla Räsänen Virtonen, Math Hatama. Risk of Cervical Cancer Among on Electrocuagulated Population. *A.M. J. of Obstetrics and Gynecology*. Julio 1978.
- 20.- Robert Cortés, Kernitz E. Krants, Glenn S. Haw, Fritz Lin, Byron J. Marterson, Sandra Smith. Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia with the Carbon Dioxide Lasser Beam. *A.M. J. of Obstetrics and Gynecology*. Agosto 1978.
- 21.- John H. Ridley, Richard W. Te Linde. Del Dr. Félix Rulledge. *Histerectomía Abdominal*. Cirugía Ginecológica. 1978.
- 22.- Leo D. Lagasse, Samuel Ballon, Michael L. Berman, Watson G. Watriny. Pretreatment Lynphangiography and Operative Evaluation in Carcinoma of the Cervix. *AM. J. Obstetrics and Gynecology* 134:219, 1979.
- 23.- M. Steven Piver, Joseph J. Barlow, Francis P. Xinos. Adriamicina alone or in Combination in 100 Ptes. with Carcinoma of the Cervix or Vagina. *AM. J. Obst. and Gynecol.* 131:311. 1978.
- 24.- Luis A Alvarez A. Estado actual de los procedimientos quirúrgicos en Carcinoma de Cervix. Trabajo de Tesis. Facultad de Medicina. USAC. 1977.
- 25.- Ibrahim J. García Montero, José Gonzáles Germendía, Rodolfo Pacheco Ettghi, Custos Maduro Parra. Conización cervical Diagnóstica. *Revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia*, 1977.

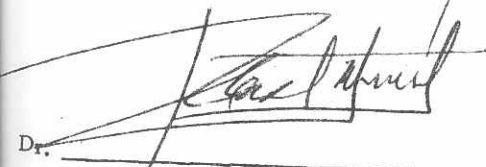

Br. Mario Rubén Vásquez López


Asesor.
Dr. Salvador López Mendoza


Dr.
Revisor.
Dr. Federico Castro.


Director de Fase III
Dr. Héctor Nuila


Dr.
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo Rodas


Dr.
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.