

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DEL CERVIX
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
REVISION DE TRES AÑOS, 1978 a 1980

TESIS

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

POR

OSCAR ORLANDO ARIAS MAYORGA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

III OBJETIVOS

- a.- *generales*
- b.- *específicos*

IV GENERALIDADES SOBRE EL CANCER DEL CERVIX

- a.- *etiología*
- b.- *anatomía del cuello uterino*
- c.- *histología del cuello*
- d.- *anatomía histopatológica*
- e.- *carcinoma intraepitelial*
- f.- *clasificación clínica del cáncer cervical*
- g.- *clasificación esquemática del cáncer del cuello uterino*
- h.- *métodos diagnósticos*
- i.- *técnica del examen de Papanicolau*
- j.- *manejo del cáncer del cervix en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios e INCAN.*

V MATERIAL Y METODO

VI RECURSOS

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

VIII CONCLUSIONES

IX RECOMENDACIONES

X BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

En el criterio popular, decir cáncer es sinónimo de muerte, por lo tanto, es objeto de profunda preocupación y estudio el apareamiento de ésta

El carcinoma de cérvix es el primero en lesiones neoplásicas en las mujeres de nuestro medio. En otras latitudes, Estados Unidos por ejemplo, ocupa un segundo lugar y, es causa de 10,000 muertes anualmente de mujeres norteamericanas.

En sus etapas iniciales, su diagnóstico se hace por medio del sencillo examen de Papanicolaou, el cual se debe efectuar periódicamente en mujeres que superan la tercera década de la vida justificándose más si ésta ha tenido

El tratamiento del cáncer del cérvix se puede hacer por medio de radiación, cirugía o combinadas. El pronóstico de la enferma depende de la etapa en que la lesión se encuentre.

En el área rural, poco se conoce de esta patología, y no es porque esté ausente, lo que sucede es que la población femenina susceptible, desconoce totalmente o tiene nociones vagas de lo que en realidad es el cáncer del cérvix, y no le da la importancia que el problema merece. Desafortunadamente, algunos médicos incurren en falta al no proporcionar adecuado plan educacional a sus pacientes, con lo cual, la incidencia del cáncer del cérvix y sus consecuencias disminuirían.

Con los resultados obtenidos en esta investigación retrospectiva de 3 años, queremos dar a conocer la incidencia del cáncer del cérvix en la mujer zapateca, el manejo, los métodos diagnósticos empleados y el tratamiento dado en cada caso de los presentados durante ese período en el hospital regional de Zacapa, además, proponer con las recomendaciones, un protocolo para el manejo de los nuevos casos, con el afán de disminuir su incidencia y sus consecuencias.

II ANTECEDENTES

Muchos y variados son los títulos de tesis relacionados con el tema. Algunos autores incluyen otros estados patológicos y no patológicos que vienen a agravar la situación de la enferma y por ende, hacer más complicada la solución de su problema. Con lo antes, podemos mencionar los siguientes:

- 1.- ALVAREZ ALVAREZ, Luis Alfonso. ESTADO ACTUAL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN CANCER DE CERVIX. Guatemala, 1977. 40 p. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 2.- AQUINO RODRIGUEZ, Oscar Alcides. CANCER CERVICAL Y SUS METODOS DIAGNOSTICOS. Guatemala, 1980. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 3.- ARREAGA ACABAL, Jorge Mario. CANCER BASOCELULAR. Guatemala, 1980. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4.- BARILLAS MORAN de DUARTE, Vilma. DIAGNOSTICO POR CONGELACION DE LESIONES PRE Y NEOPLASICAS DEL CUELLO UTERINO. Guatemala, 1973. 43 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 5.- BATRES GALEANO, José Roberto. CARCINOMA IN-SITU DE CERVIX, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN EL Guatemala, 1979. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 6.- BETANCOURT FIOROVANTI, Enio. CARCINOMA DE CERVIX Y EMBARAZO. Revisión de 15 casos. Guatemala, 1960. 44 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 7.- CIFUENTES GIL, César Augusto. CANCER DE CERVIX ASOCIADO A EMBARAZO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL IGSS DURANTE LOS AÑOS DE 1974 a 1978. Guatemala, 1979. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.

- 8.- DAVILA MOHR, Carlos Arturo. CARCINOMA GINECOLOGICO Y MAMARIO. Guatemala, 1977. 66 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 9.- DIAZ REYNA, Juan Joaquín. CANCER DE CERVIX UTERINO. Guatemala, 1977. 32 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 10.- ESCOBAR RODRIGUEZ, Erasmo Rolando. CA. DE CERVIX Y EMBARAZO. Guatemala, 1978. 33 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 11.- GABRIEL BARRERA, Julio César. RECIDIVA DE CANCER DE CERVIX POS-HISTERECTOMIA RADICAL, SU TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y SUS COMPLICACIONES. Guatemala, 1978. 50 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 12.- GALINDO ECHEVERRIA, Mauro Conrado. BENEFICIO Y COSTO DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN-SITU VRS. CARCINOMA INVASIVO (LN+). Guatemala, 1973. 22 p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 13.- JUAREZ PEREZ, Edgar Felipe. CARCINOMA DE CERVIX ASOCIADO A PROLAPSO UTERINO. Guatemala, 1976. 55 p; Ilus. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 14.- MOLINA GALINDO, Jorge Alfredo. CA. de CERVIX. Guatemala 1980. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 15.- NUFIO VELA, Carlos René. CARCINOMA ADENOIDEO DEL CUELLO UTERINO; revisión de 15 años de literatura y 17 estudios anatomopatológicos del cuello uterino en el Hospital General San Juan de Dios. Guatemala, 1975. 34 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 16.- VALDEZ GUTIERREZ, Soledad de los Angeles. CARCINOMA DE CERVIX VARIEDAD CELULAS CLARAS. Guatemala, 1978. 46 p. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.

III OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Dejar bases de precedimientos diagnósticos y tratamientos a emplearse con los nuevos casos.
- 2.- Dar a conocer métodos de tratamiento empleados en otras instituciones.
- 3.- Proponer un protocolo sobre manejo de Ca. de cérvix y tratamiento.
- 4.- Obtener con la revisión de la literatura a consultar una actualización del tema: (diagnóstico, manejo y tratamiento).

ESPECIFICOS:

- 1.- Dar a conocer el tipo de carcinoma de cérvix más comunmente tratado en el Hospital Regional de Zacapa.
- 2.- Dar a conocer los métodos diagnósticos empleados en los casos de carcinoma de cérvix que se presentaron durante el período de 3 años comprendidos entre 1978 a 1980.
- 3.- Dar a conocer el tratamiento instaurado para cada caso, dependiendo de la lesión presentada por la enferma.
- 4.- Dar a conocer cuantos casos se presentaron en el período ya señalado.
- 5.- Establecer cuales y cuantos casos fueron referidos a instituciones especializadas (INCAN) para tratamiento de radioterapia.

IV GENERALIDADES

ETIOLOGIA:

Como todo *cáncer* su origen biológico se desconoce, pero se han señalado varios factores predisponentes para el apareamiento del carcinoma de *cérvis*, por ejemplo: el coito, casamiento y embarazo tempranos, la *menstruación*, la *multiparidad*, la *promiscuidad*, el *esmegma* de los maridos no *circuncidados*, la *falta de higiene*, la *cervicitis crónica*. Se puede agregar además un agente cancerígeno como lo es el *virus simple tipo 2*, el que guarda una relación con la *promiscuidad*, *frecuencia del coito*, *coito temprano*, es decir edades consideradas entre los 15 a 20 años y la *falta de higiene peniana*.

ANATOMIA DEL CUELLO UTERINO

El *cuello uterino* tiene la forma de un *colindro* con su parte media *gradualmente hinchada*; al *insertarse la vagina* alrededor del *cuello*, lo divide en: *segmento extra o supravaginal*, *segmento vaginal* y *segmento intravaginal* el que se *denomina también Hocico de Tenca*. Esta *porción del cuello uterino* tiene la forma de un *cono* cuyo *vértice está truncado y redondeado*. Está *inscrito en su base por un fondo de saco circular*, más profundo por detrás que por delante, cuyas *diferentes porciones constituyen los fondos de saco anterior, posterior y laterales de la vagina*. Su *vértice tiene un agujero llamado orificio anterior del cuello*, que conduce a la *cavidad uterina*. La *cavidad cervical* es *fusiforme*, *está abultada en su parte media* y *delgada en sus dos extremos*, presenta dos *caras planas*, en las que se encuentran unas *eminencias longitudinales*, en la *parte media de cada una*. La *cavidad* cuenta con un *orificio interno y otro externo*.

El *riego sanguíneo*, está dado por las *colaterales uterinas*, que *originan las ramas del cuello*, éstas son *largas*, y *nacen a varios centímetros del borde lateral del órgano*. La *rama cervical*, *vasculariza el segmento intravaginal* y forma la *arteria Asigos de la vagina*. En el *interior del cuello*, las *arterias se anastomosan de un lado a otro*, formando un *estrato vascular* en el que las *arterias se ramifican antes de dar ramas terminales superficiales y profundas*.

Los linfáticos del cuello proceden de la red que rodea al segmento inferior del cuello y convergen hacia las partes laterales y posteriores del mismo. Esta red linfática está formada por los: ganglios ilíacos externos que reciben el nombre también de retrocruales y son generalmente tres, colocados por fuera de la arteria Ilíaca, en medio, por delante de ésta, y otro interno, en el interior de la vena. Ganglios ilíacos internos o hipogástricos que se encuentran colocados en el trayecto de la hipogástrica. Una parte de ellos forma el grupo anterior, que acompaña a la arteria Obturatriz y uno de cuyos ganglios o ganglio obturador de Cruveilhier está situado en el orificio interno del canal subpubiano. El resto de los ganglios constituye el grupo posterior del lado interno de la arteria hipogástrica.

Se vierten en estos ganglios los linfáticos gúteos profundos y los isquiáticos, que recogen la linfa de la región gútea y de la parte posterior del muslo. Reciben, además, los linfáticos obturadores, que llevan la linfa derivada de los músculos aductores y acompañan a la vena obturatriz y los linfáticos viscerales que transportan la linfa procedente del recto, del útero y de parte de la vagina en la mujer, y de la vejiga, recto, próstata y vesículas seminales en el hombre. Los ganglios ilíacos externos emiten troncos eferentes que se vierten en los ganglios lumboaórticos. (6)

c) HISTOLOGIA DEL CUELLO

El cuello uterino presenta tres zonas histológicas a saber:

- 1.- la porción vaginal
- 2.- la zona de transición
- 3.- el endocervix

La primera se define como estroma cervical sin glándulas, cubierta por epitelio plano. El epitelio de la porción intravaginal del cervix es el epitelio escamoso de la portio escamosa. La portio anatómica es la parte del cuello situada por fuera del orificio externo, incluye no solo el epitelio escamoso y el estroma subepitelial, sino también el epitelio cilíndrico y el estroma glandular. La zona de transición se encuentra entre la porción histológica y el endocervix, y está forrada por estroma endocervical con glándulas, cubierta con alguna forma de epitelio escamoso. El endocervix es la parte del cuello situada arriba del orificio externo y abajo del orificio interno. Por su parte, el endocervix histológico, se forma de estroma endocervical, conteniendo glándulas con el

epitelio superficial y glándulas de células cilíndricas. (3) (5)

d) ANATOMIA HISTOPATOLOGICA

Hay dos tipos principales de cáncer cervical que nacen respectivamente de las dos clases de epitelio, pavimentoso estratificado y el cilíndrico, que recubren el cuello. El epitelio pavimentoso estratificado es el que tapiza la parte vaginal y se continua con el epitelio pavimentoso de la vagina. En este epitelio se desarrolla el carcinoma de células pavimentosas o epidermoide, y es el más común de los dos. El carcinoma de células cilíndricas, tiene su origen en el epitelio cilíndrico del conducto cervical que toma aspecto glandular al crecer, dándosele la denominación de adenocarcinoma del cuello. Macroscópicamente no hay alteración anatómica característica cuando se inicia el cáncer cervical. Se presenta como una pequeña lesión en el orificio externo o proximo a el, es decir, en la unión de los dos tipos de epitelio, presentándose como una zona endurecida y granulosa. Al tacto se palpa como un ligero saliente, y al examen con el espéculo se observa una superficie granulosa. En la etapa moderadamente avanzada encontramos que el cáncer desde su asiento se propaga a la totalidad de uno de los labios del cuello, dando origen a una variedad evertida o exofítica y otra denominada endofítica o invertida, dependiendo de la lesión que cause. En la etapa avanzada el cuello se ve reemplazado por una cavidad excavada y ulcerada, sus paredes se vuelven ásperas y friables. El tumor se infiltra en las paredes vaginales, las cuales se presentan induradas y con infiltración inflamatoria secundaria al proceso de ulceración. La principal vía de extensión del tumor es la linfática, lesionando primeramente los ganglios ilíacos externos, internos y obturador, los paracervicales hipogástricos y los yuxta aórticos más alejados dando metastasis a hígado, pulmones, cerebro y a otras regiones. (5) (10)

e) CARCINOMA INTRAEPITELIAL

La histología de los carcinomas del cuello uterino consisten en cáncer epidermoide y de células escamosas típicas, que varía en diferenciación y rapidez en el crecimiento. Uno de los hallazgos microscópicos en el carcinoma muy temprano, es la constancia de su origen a nivel de la unión plano cilíndrica o de la llamada células de reserva o células subcilíndricas. El posible curso de la histogénesis del cáncer invasor sería en las células subcilíndricas del endocervix. Estas células por un estímulo desconocido, proliferan en forma anormal. La evolución más común ocurre a partir de la anaplasia que se

desarrolla gradualmente hacia carcinoma IN-SITU, que a su vez invade el estroma en proporción mínima y se desarrolla finalmente hacia un cáncer clínicamente invasivo. Puede también presentarse una evolución más rápida, donde la anaplasia de células subcilíndricas se transforma en carcinoma in-situ y en un período más corto invade el estroma.

En el caso del carcinoma invasor, la membrana basal se destruye, el epitelio se introduce en el estroma a manera de pequeños botones, posteriormente en forma de largas columnas, las células epiteliales muestran un grado variable de inmadurez, presentando disparidad del tamaño celular y de sus núcleos, cambios de coloración y mitosis celular anormal. (5) (7)

f) CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICAL

Etapa 0. Carcinoma in situ. Conocido también como carcinoma preinvasor, intraepitelial o similar.

ETAPA I. El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello.

ETAPA Ia. Microinvación.

Etapa Ib. Los demás casos de etapa I

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

Etapa IIa. Sin invasión al parametrio

Etapa IIb. Con invasión al parametrio.

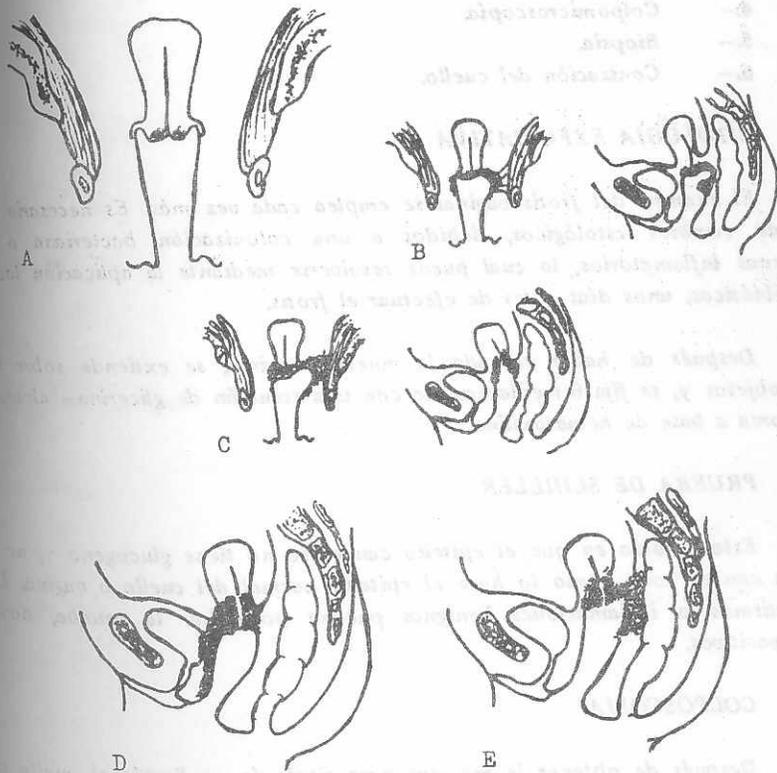
Etapa III. El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana. Al efectuar el tacto rectal no se encuentra espacio libre de cáncer entre las paredes pelvianas. El carcinoma interesa el tercio inferior de la vagina. Se presenta hidronefrosis o difusión renal.

Estadio IV. El carcinoma se ha extendido más allá de la pared de la pelvis o ha invadido la mucosa de la vejiga o del recto.

Estadio IVa. Invasión a vejiga o recto.

Estadio IVb. Extensión más allá de la pared pélvica (4)

g) CLASIFICACION ESQUEMATICA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO



A, Etapa I, con cáncer circunscrito al cuello del útero. B, Etapa II, con el cáncer circunscrito al parametrio en una lado o ambos, y que no se ha fijado a la pared pélvica; o bien, el cáncer afecta el tercio superior de la vagina. C, Etpa III, el cual se ha propagado a una pared pélvica o a las dos, o ha invadido el tercio inferior de la vagina. D y E, Etapa IV; el cáncer afecta vejiga o recto, o se ha extendido hasta exceder de la pelvis.

h) METODOS DIAGNOSTICOS

Entre los métodos diagnósticos, con los que se cuenta actualmente, para el descubrimiento del cancer del cérvix, tenemos:

- 1.- Citología exfoliativa.
- 2.- Prueba de Schiller.
- 3.- Colposcopia.
- 4.- Colpomicroscopia.
- 5.- Biopsia.
- 6.- Conización del cuello.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El examen del frotis vaginal se emplea cada vez más. Es necesario la falta de cambios citológicos, debidos a una colonización bacteriana o a fenómenos inflamatorios, lo cual puede resolverse mediante la aplicación local de antibióticos, unos días antes de efectuar el frotis.

Después de haber tomado la muestra vaginal, se extiende sobre un porta objetos y, se fija inmediatamente con una solución de glicerina-alcohol. Se colorea a base de hematoxilina.

PRUEBA DE SCHILLER

Esta se basa en que el epitelio canceroso no tiene glucogeno y, no se colorea con el yodo como lo hace el epitelio normal del cuello o vagina. Los traumatismos o inflamaciones benignas pueden positivizar la prueba, dando falsos positivos.

COLPOSCOPIA

Después de obtener la muestra para citología, se limpia el cuello con hisopo, posteriormente se enfoca el colposcopio y se estudia todo el cuello con iluminación normal, luego con filtro verde para mejorar la imagen vascular. El cuello se limpia después con una solución de ácido acético al 3 por 100, lo cual permite una mejor visualización del epitelio cilíndrico y la unión planocilíndrica. El cuello puede teñirse también con solución de Schiller para delinear las zonas negativas al glucógeno.

BIOPSIA

Si la citología exfoliativa descubre una lesión sospechosa, se procede realizando una biopsia utilizando la pinza sacabocados de Gaylord. Dado que los sitios más frecuentes de apareamiento de una neoplasia en el cuello del útero, son los que se marcan con las 12 y 6 del reloj, se efectúan dos cortes a nivel de la unión planocilíndrica. Como la biopsia es un estudio complementario de la citología exfoliativa, esta se realiza únicamente en el estadio 0 del cancer del cérvix.

CONIZACION

Esta se utiliza con fines diagnósticos después de un frotis dudoso o positivo. Se realiza con un bisturí. Este procedimiento es llamado conización en frío. Se realiza también con electrocauterio, pero con el inconveniente de que deja un tejido inadecuado para el examen anatomopatológico. Se practica este tipo de procedimiento cuando han fallado la colposcopia y la biopsia directa, ya que la unión planocilíndrica no es visible cuando se halla en el interior del conducto cervical.

COLPOMICROSCOPIA

Tiene sus inconvenientes: su campo de visión es limitado y la profundidad del foco no es mucha, lo que lo hace impopular en el empleo sistemático. (4)

i) TECNICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Fue descrito por Papanicolaou en 1928 y su empleo se inició en 1948.

Es ampliamente utilizado dada su facilidad para realizarlo y lo económico e importante que resulta para la paciente, ya que es una prueba que permite descubrir el crecimiento de células malignas en el cérvix. Se practica principalmente cuando la lesión neoplásica no es patente y que únicamente al microscopio es posible distinguirla.

Para realizarlo, el médico previamente debe de tener a la mano la laminilla portaobjetos, un frasco de boca ancha conteniendo un fijador, este

puede ser alcohol etílico a 95°. Puede utilizarse también como fijador un aerosol que contenga buena proporción de alcohol.

El médico que practicará el examen, utiliza un espéculo de una o dos valvas que introduce en la vagina y, que al abrirlo le permita visualizar el fondo de saco vaginal y el cuello del útero.

Si la paciente presentara mucho moco se efectúa un limpieza con una torunda de algodón. Si la secreción fuera tal que dificulta tomar la muestra, se recomienda aplicarse una ducha 24 horas antes del examen. Si se tratara de un útero senil, donde la mucosa es seca, se humedece ésta con solución fisiológica y, al cabo de unos minutos puede efectuarse el frote.

El frote puede hacerse con un hisopo largo humedecido con solución salina o con una espátula de madera, que la forma de uno de sus extremos, se adapta en forma precisa al orificio externo y a los labios del cuello. (se está usando actualmente una espátula plástica, mucho más larga que la de Ayers y, que el extremo "cervical" se presenta dentado, lo cual permite realizar un mejor raspado). Esta espátula se rota en forma continua y con la presión suficiente para no provocar sangrado, a 360°, en dirección de las agujas del reloj. El contenido de ese frote se aplica al portaobjetos en forma amplia y uniforme, introduciéndose rápidamente en el frasco con el fijador o, aplicándole el aerosol para evitar la desecación. El otro extremo de la espátula es romo y se adapta al fondo de saco vaginal. Se recomienda que un solo portaobjeto contenga el frote del cérvix, para evitar la dificultad que puede representar para el patólogo hacer la diferenciación celular. Después de haber sido fijados de inmediato, pueden exponerse al aire sin que pierdan su calidad. Para el envío al laboratorio, la laminilla puede colocarse en un pañuelo de papel. Se añade en un papel escrito lo que se desea y se protege la muestra para que no sufra roturas. El frasco conteniendo el fijador y la laminilla, se rotula en su exterior.

j) MANEJO DEL CANCER DEL CERVIX EN LOS HOSPITALES ROOSEVELTH, SAN JUAN DE DIOS E INCAN

Uno de nuestros objetivos, consisten en dar a conocer el manejo que sobre el cancer del cérvix tienen los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios e INCAN. Siendo el manejo de los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios similar para

esta patología, los presentamos a continuación.

En los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, por medio de consulta externa o por referencia de otros hospitales o médicos particulares, al detectarse el cáncer del cérvix, por citología, se realiza biopsia, para confirmar el diagnóstico. Confirmado éste, si la paciente: es joven, soltera, sin hijos, se inicia el tratamiento a base de Criocirugía. Su seguimiento se realiza a base de Papanicolaou, Colposcopia, Conización. Si la paciente es una mujer que se encuentra entre la tercer y cuarta década de la vida, con cuatro hijos o más, se efectúa Histerectomía Abdominal Simple, si además, presentara prolapso uterino, Histerectomía Vaginal Simple.

Al cáncer del cérvix en estadio Ia se le trata con Histerectomía Abdominal Amplia, la cual comprende el 1/3 superior de la vagina, los ligamentos suspensorios del útero y desecación de ureter. Para el estadio Ib, previo a realizar otro procedimiento se hace: Cistoscopia, Pielograma, Proctosigmoidoscopia y, un completo examen ginecológico, para evaluar si el cáncer ya hubiera tomado otras zonas anatómicas. En este estadio, se efectúa histerectomía Abdominal tipo Weterheim, que consiste en reseca útero, ganglios pélvicos y se disecciona ureter. El tratamiento para los estadios II a IV es a base de radiación, para lo cual, las pacientes son referidas al INCAN.

En el INCAN, es tratamiento del cáncer del cérvix es como sigue: Estadio 0 ó in-situ: histerectomía abdominal amplia, desde luego que se hacen las excepciones con cada caso, como se hace en los hospitales antes mencionados.

Estadio Ia: histerectomía abdominal radical

Estadio Ia: histerectomía abdominal radical

Ib: Se da radiación o se practica histerectomía abdominal radical.

Estadio IIa: radiación, si el tipo de cáncer es infiltrante:

intracavitaria. Si el tipo es fungoide: intracavitaria y extracavitaria.

IIb: radiación intracavitaria y extracavitaria

Estadio IIIa: radiación intracavitaria y extracavitaria

IIIb: Igual al caso anterior.

Estadio IVa o IVb: radiación a base de 6,000r en 6 semanas de 5 días cada una aplicando 200r c/día.

Los métodos diagnósticos empleados por el INCAN son: Citología Exfoliativa y Biopsia. A partir de los resultados de éstas pruebas, se toman las conductas antes mencionadas.

V MATERIAL Y METODO

MATERIAL

Todos los casos de carcinoma de cérvix que se han presentado en el Hospital Regional de Zacapa, durante los años de 1978 a 1980.

METODO

- 1.- Revisión de literatura nacional y extranjera relacionada con el tema.*
- 2.- Consulta sobre manejo del cáncer del cérvix en los hospitales Roosevelt, General e INCAN.*
- 3.- Revisión de historias clínicas bajo los siguientes parámetros:*

Motivo de consulta.

Edad.

Ocupación.

Estado socioeconómico.

Paridad

Uso de anticonceptivos.

a) orales.

b) dispositivos intrauterinos.

Antecedentes quirúrgicos.

Diagnóstico clínico de ingreso.

Exámenes de laboratorio:

a) heces.

b) orina.

c) hematología completa.

Estudios complementarios:

a) papanicolaou.

b) biopsia

Tratamiento:

a) médico.

b) quirúrgico.

Diagnóstico del departamento de Patología.

Referencia a hospitales Roosevelt, General e INCAN.

VI RECURSOS

- 1.- *Trabajos de tesis sobre el tema realizados con anterioridad.*
- 2.- *Consulta a literatura, tanto nacional como extranjera (mexicana y norteamericana).*
- 3.- *Revisión del manejo actual en los Hospitales Roosevelt, General, San Juan de Dios e INCAN.*
- 4.- *Departamento de estadística y archivo del Hospital Regional de Zacapa.*
- 5.- *Fichas clínicas.*

CONSULTAS

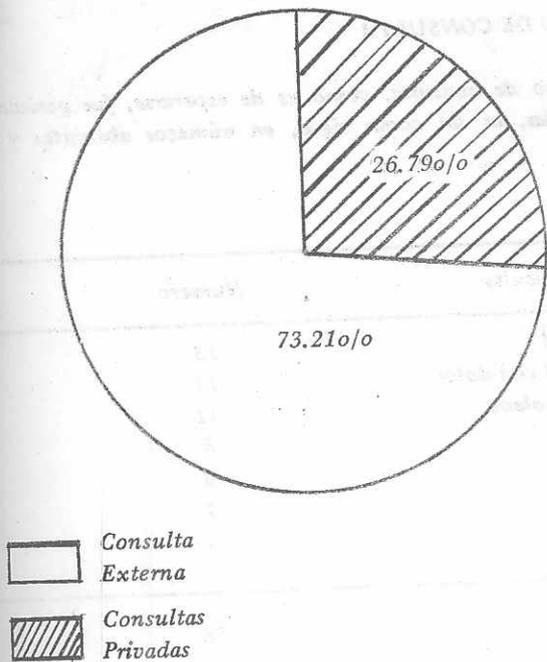


FIGURA No. 1

Al hacer la revisión de la papelería sobre casos de Ca. de cérvix, encontramos que un total de 56 pacientes consultaron, tanto a nivel de consulta externa (centro de salud), como a nivel privado. El mayor número de consultas fueron atendidas en consulta externa, con un total de 41 pacientes, lo que nos da un porcentaje de 73.21%. El número de consultas a nivel privado fue de 15, lo que representa un porcentaje de 26.79%.

MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta, como es de esperarse, fue variado entre las 56 pacientes atendidas, es tal como sigue, en números absolutos y porcentajes.

Motivo de Consulta	Número	Porcentaje
Hemorragia vaginal	13	23.21o/o
Hemorragia vaginal con dolor	11	19.65o/o
Control de Papanicolaou	11	19.65o/o
Flujo vaginal	8	14.28o/o
Pérdida de peso	4	7.14o/o
Prolapso genital	2	3.57o/o
Otros	7	12.50o/o
TOTALES	56	100o/o

CUADRO No. 1

En "otros" se incluyen: un caso que el motivo de consulta fue cáncer en la matriz, un caso que 8 meses antes recibió tratamiento a base de radiaciones y, cinco casos de consulta privada, en que la hoja de ingreso no presentaba motivo de consulta.

Distribución según edades, número de casos y porcentajes

EDADES	NUMERO	PORCENTAJES
25 a 29	1	1.77o/o
30 a 39	15	26.78o/o
40 a 49	15	26.78o/o
50 a 59	13	23.25o/o
60 a 69	9	16.07o/o
70 a 79	2	3.57o/o
80 a 84	1	1.77o/o
TOTALES	56	100

CUADRO No. 2

Distribución de casos según grupo etario. Los casos están comprendidos entre el rango de 25 a 84 años.

Los grupos etareos que se encuentran comprendidos en la tercera y cuarta décadas de la vida, se presentaron con un total de 15 casos cada una, lo que arrojó un porcentaje de 53.57o/o. Un 23.25o/o para un total de 13 pacientes se encontraban en la quinta década. Encontramos dos casos en la séptima década, con porcentaje de 3.57o/o. Las edades extremas de los 56 casos o sea las comprendidas entre la segunda y octava décadas, nos reportaron únicamente un caso cada una, para un porcentaje de 3.57o/o.

ESTADO SOCIOECONOMICO

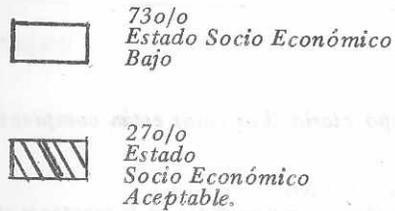
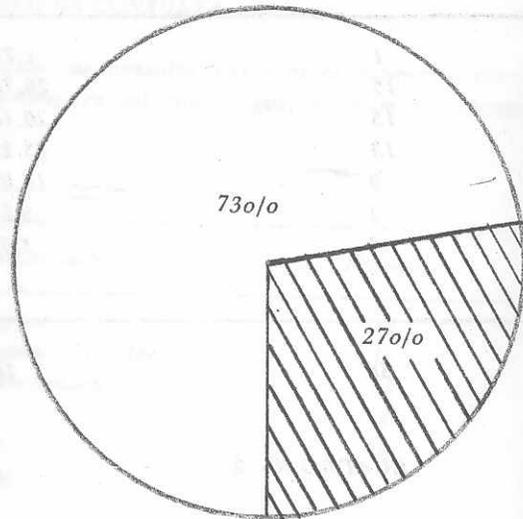
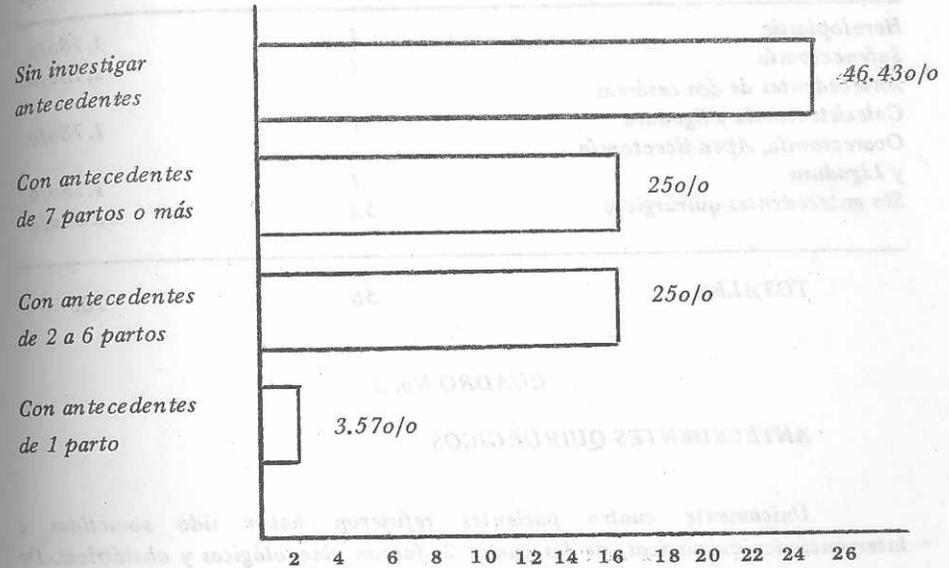


FIGURA No. 2

ESTADO SOCIOECONOMICO:

Este parámetro se divide en dos: "aceptable", se encontraban aquí, aquellas pacientes que fueron atendidas en consulta particular; y "baja", aquellas pacientes que recibieron atención en servicio general. Como es de esperarse, éstas fueron la mayoría de las consultas otorgadas, con porcentaje de 73o/o y, por lógica, el restante 27o/o lo hacen las que recibieron consulta privada. Los valores antes mencionados nos indican, como lo hace ver la literatura, que el cáncer del cérvix es más frecuente entre la población femenina de escasos recursos.

PARIDAD



GRAFICA No. 1

PARIDAD:

Siendo el coito y embarazo tempranos y la multiparidad, factores predisponentes para que la mujer padezca cáncer del cérvix, nos damos cuenta, al analizar el parámetro "paridad", que el 25o/o de las 56 pacientes, tenían antecedentes de 7 partos o más. Otro 25o/o, presentaba antecedentes de 2 a 6 partos. Las pacientes que menos partos presentaron fue de un parto cada una, pero una de ellas, con antecedentes de 11 gestas y 10 abortos, (a la fecha de la consulta presentaba embarazo de 16 semanas), éstos probablemente secundarios a la lesión que el cuello uterino presentaba. Estos casos nos dan un porcentaje de 3.57o/o. Por no contar con un ficha clínica adecuada, se desconoce la edad en que la paciente inició sus gestas y partos. El 46.43o/o de las fichas clínicas, está representado por todos los casos en que no se investigó la paridad.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Tipo de Operación	Número	Porcentaje
Hernioplastia	1	1.78o/o
Safenectomía	1	1.78o/o
Antecedentes de dos cesáreas		
Colecistectomía y ligadura	1	1.78o/o
Ovarectomía, Apendicectomía y Ligadura	1	1.78o/o
Sin antecedentes quirúrgicos	52	92.88o/o
TOTALES	56	100

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Únicamente cuatro pacientes refirieron haber sido sometidas a intervenciones quirúrgicas, de las cuales 2, fueron ginecológicas y obstétricas. De las otras 2, una fue sometida a hernioplastia y la otra a safenectomía.

ANTICONCEPTIVOS

Otro parámetro a investigar fue sobre el uso de anticonceptivos, orales o intrauterinos, pero el 100o/o de las historias revisadas, carecen de éstos datos. Aunque los anticonceptivos, tanto orales, intrauterinos o los que se aplican momentos antes del coito, no son factores predisponentes per se, del cáncer del cérvix, sí lo son para la presencia, frecuente por cierto, de infecciones genitales, lo cual sí favorece el crecimiento de neoplasias en el cuello uterino. (11)

Cuadro distributivo según número y porcentajes de diagnósticos de ingreso

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Ca. in-situ de cérvix	33	58.93o/o
Ca. de cérvix LN I	2	3.57o/o
Ca. de cérvix LN II-III	10	17.86o/o
Ca. de cérvix LN III-IV	2	3.57o/o
Ca. de cérvix LN IV	3	5.37o/o
Fibromatosis uterina	2	3.57o/o
Cistocele	1	1.78o/o
Rectocistocele	1	1.78o/o
Sin diagnóstico	2	3.57o/o
TOTALES	56	100 o/o

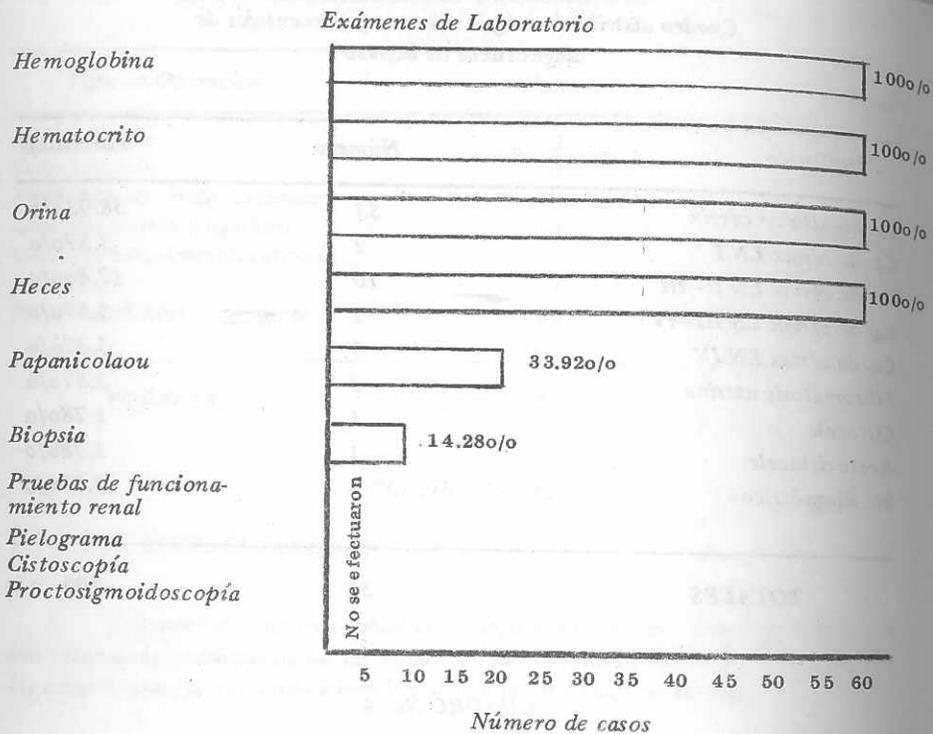
CUADRO No. 4

DIAGNOSTICO DE INGRESO

El diagnóstico más frecuentemente encontrado, en la hoja de ingreso, con 33 casos y que representa el 58.93o/o de las 56 pacientes hospitalizadas, fue el de Carcinoma in-situ. Seguidamente encontramos el diagnóstico de Ca. de cérvix LN II-III, con 10 casos, para un porcentaje de 17.86o/o. Con dos casos cada uno encontramos:

Ca. de cérvix LN I
Ca. de cérvix LN III-IV

Fibromatosis uterina; para un porcentaje de 10.71o/o. Con tres casos: Ca. de cérvix LN IV, lo que nos da un porcentaje de 5.36o/o. Un caso de Cistocele y otro de Rectocistocele, para 3.57o/o de porcentaje. Además encontramos dos casos sin diagnóstico de ingreso, lo cual nos representa el 3.57o/o de los 56 casos investigados.



GRAFICA No. 2

Los exámenes que regularmente se hacen en todo paciente hospitalizado, se efectuaron en el 100o/o de las enfermas comprendidas en éste estudio. En 3 pacientes encontramos valores aceptables de hemoglobina. En las 53 restantes, éstos valores eran bajos, lo que nos indica que la anemia es una complicación bastante frecuente del cáncer del cérvix. Los exámenes de orina no reportaron patología. Los de heces, los reportes de 34 pacientes referían parasitosis intestinal, de estas 34, 7 presentaban parasitosis múltiple, (ascaris, tricocéfalos y uncinaria).

Diesinueve Papanicolaou y 8 biopsias se reportan, pero ningun de éstos exámenes se realizaron intrahospitalariamente o por consulta externa ya que procedían de clínicas privadas. Para una mejor evaluación de la enferma es necesario efectuar pruebas de funcionamiento renal así como cistoscopia, pielogramas y proctosigmoidoscopia. Lo anterior nos indica de los pocos recursos con que cuenta el hospital y/o, los pocos procedimientos que en beneficio de las pacientes se realizan.

GRAFICA DE DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN TRATAMIENTO

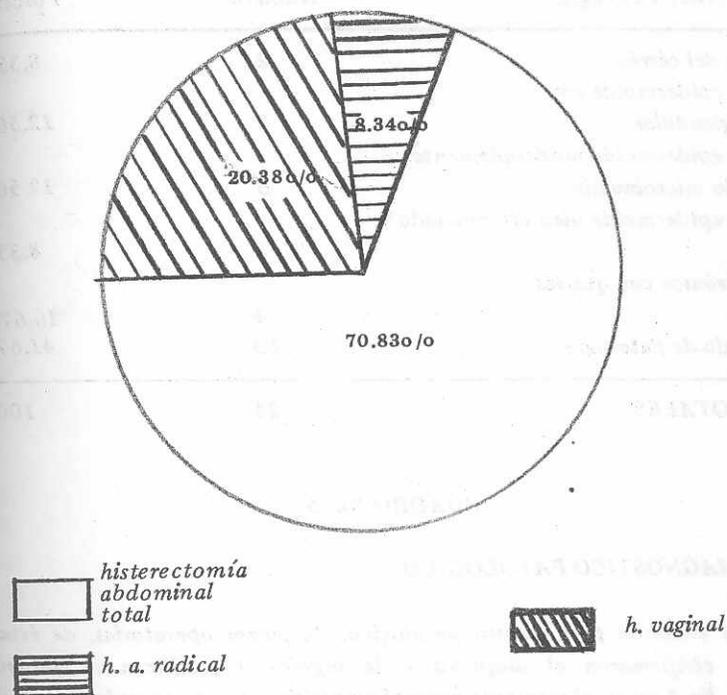


FIGURA No. 3

TRATAMIENTO

Médico: éste tipo de tratamiento se proporcionó a 17 pacientes, fue paliativo y consistió en transfusión sanguínea y/o analgésicos, dadas las malas condiciones generales de la paciente y lo avanzado del cáncer.

quirúrgico: éste procedimiento se realizó en 24 pacientes, a las que se les efectuó histerectomía abdominal total en 17 casos (70.83o/o). Cinco casos de histerectomía abdominal radical, (20.83o/o). A 2 casos y por presentar prolapso genital, histerectomía vaginal, (8.34o/o).

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

Diagnóstico Patológico	Número	Porcentaje
Ca. in-situ del cérvix	2	8.33o/o
Carcinoma epidermoide con extensión glandular	3	12.50o/o
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado microinvasivo	3	12.50o/o
Carcinoma epidermoide bien diferenciado invasivo	2	8.33o/o
Cervicitis crónica con quistes de Naboth	4	16.67o/o
Sin resultado de Patología	10	41.67o/o
TOTALES	24	100o/o

CUADRO No. 5

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

Se enviaron para análisis patológico, 24 piezas operatorias, de éstas, 10 resultados confirmaron el diagnóstico de ingreso y justifican el tratamiento quirúrgico. En 4 casos, el resultado reportó cervicitis crónica con quistes de Naboth. Los informes de los 10 casos restantes no se encontraban en el departamento de Estadística, por lo cual no pudimos conocer el resultado. Las 24 pacientes sometidas a intervención quirúrgica, no presentaron ninguna complicación en el acto operatorio ni en el postoperatorio, teniendo recuperación satisfactoria y egreso en buenas condiciones generales.

Distribución por porcentajes, de 11 pacientes referidas a otros centros hospitalarios

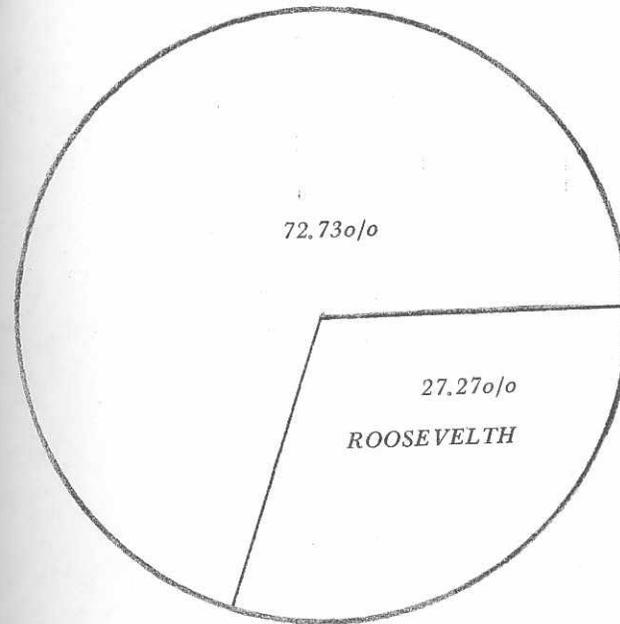


FIGURA No. 4

REFERENCIAS A OTROS HOSPITALES

Dadas las condiciones de salud de la enferma y el grado de lesión neoplásica que el cérvix presentaba, únicamente se les brindó tratamiento paliativo a 11 pacientes y se les refirió para radioterapia. Se distribuyeron en la siguiente forma:

INCAN	8
ROOSEVELTH	3

VIII CONCLUSIONES

El motivo de consulta más frecuente para esta patología y sus manifestaciones, sigue siendo la hemorragia vaginal.

La complicación más frecuente del cáncer del cérvix, es la anemia, por la constante pérdida de sangre y, en casos avanzados, la pérdida de peso y el mal estado general de la enferma.

Las edades en que con más frecuencia aparece el cáncer del cérvix es entre la tercera y cuarta década de la vida.

Tal y como lo registra la literatura, es la mujer de nivel social bajo, la que se ve más afectada con cáncer en el cuello uterino. Lo anterior se infiere de los resultados obtenidos en el presente trabajo donde 41 de las 56 pacientes pertenecían a esta condición.

La multiparidad es predisponente para el padecimiento del cáncer del cuello uterino, ya que esta favorece los continuos traumatismos e infecciones del cuello y, que a partir de estas complicaciones se desarrolle la neoplasia.

Fue en su más mínima expresión, o sea in-situ, la etapa en que como más frecuencia se detectó.

A un porcentaje muy bajo de pacientes, se les efectuó biopsia, la cual sigue siendo el medio de diagnóstico definitivo.

A ninguna de las 56 pacientes hospitalizadas por cáncer en el cérvix se les hizo cistoscopia, pielograma y proctosigmoidoscopia, exámenes necesarios para determinar si la lesión hubiera tomado otras regiones anatómicas.

Las pacientes enfermas de cáncer del cérvix, tal y como sucede con otras patologías, consultan cuando éstas se han hecho crónicas y el tratamiento difícil. Lo anterior está demostrado por el hecho de que a 17 pacientes se les pudo brindar únicamente un tratamiento paliativo.

- 10.— *Dados los resultados que se obtuvieron de Patología, se hace imperativa la realización de la biopsia, ya que 4 de las 24 pacientes histerectomizadas, padecían de cervicitis crónica y su tratamiento dista mucho del empleado en ellas.*
- 11.— *La falta de una buena clínica, donde no se cumple con investigar adecuadamente los datos generales de la paciente, su perfil social, antecedentes patológicos y no patológicos, nos condujo a no llenar satisfactoriamente nuestros objetivos, ya que los resultados obtenidos no son los apetecibles.*

IX RECOMENDACIONES

- 1.— *Formar una ficha clínica ginecológica adecuada para la obtención de los datos necesarios. Esta ficha puede llenarse en consulta externa, que es por donde se realiza el ingreso de la mayoría de pacientes con esta patología, o en el servicio de Ginecología por el médico interno o el médico residente.*
- 2.— *Dar e insistir en un buen plan educacional a toda paciente, sobre en qué consiste el examen de Papanicolaou y como se realiza con el afán de disminuir la insidencia del cáncer del cérvix.*
- 3.— *Efectuar en cada paciente los exámenes de rutina y de gabinete necesarios y que los resultados de éstos sean anotados en hoja especial o en la de evoluciones.*
- 4.— *En caso de Ca. de cérvix estadio 0 y embarazo, en el que éste puede llegar a término, utilizar buen criterio y no actuar precipitadamente histerectomizando a la paciente.*
- 5.— *Aún con Papanicolaou sospechoso o positivo para Ca. del cuello uterino, efectuar biopsia, para confirmar el diagnóstico.*
- 6.— *Esperar confirmación del diagnóstico para decidir conducta, principalmente si ésta es quirúrgica.*
- 7.— *Dar tratamiento quirúrgico hasta el estadio Ib. En estadios más avanzados está indicada la radiación.*
- 8.— *Referir al INCAN a toda paciente que tenga indicado el tratamiento a base de radiación, ya que es el único hospital que ofrece este tipo de terapia.*
- 9.— *Analizar e individualizar los casos y no generalizar el tratamiento.*
- 10.— *Utilizar la clasificación que sobre el cáncer del cérvix propone la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), para unificar criterios.*

- Bengt, Bjerre, M.D. Falke Linell, M.D. Gósta Elkesson M.D. Conization as only tretment of Carcinoma in situ of the uterine cervix. *American Jornal of Obstetrcics an Ginecology*. Published By THE. C. V. Mosby Company. St. Louis, Missouri. May, V-127. No. 2, p 143. 1976.
- Díaz Reyna, Juan Joaquín. Cécer de cervix Uterino, revisión de 360 casos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología. 1976. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos . Facultad de Ciencias Médicas.
- Ham W. Arthur. *Tratado de Histología. Cap. 29. Sistema Reprodutor Femenino. Sexta Ed. Edición Interamericana, México. pp 910-912. 1970.*
- Novak, Jones. *Tratado de Ginecología. Cap. 12. Carcinoma del Cuello. Novena Ed. Edición Interamericana, México. pp. 245-279. 1977.*
- Pérez-Mezo, Carlos. M.D. And John S. Spratt, Jr. Scale node Biopsy in the Pretreatment. Stagny of carcinoma of the cervix uterin. *American Journal of Obstetrics an Ginecology*. Published By THE. C. V. Mosby Company. St. Louis, Missouri. May, V-127. No. 1 p. 93. 1976.
- Quiroz Gutiérrez, Fernando. *Anatomía Humana. Cap. 14. Linfáticos del Tronco. p. 199. 15a. Ed. Tomo 2. Editorial Porrúa, S. A. México. 1976.*
- Richard Boronow, M.D. Stage I Cervix Cancer an Pelvic node Metastasis Special Reference to the Implicantions of the and Recently Replaced FIGO. Clasification on Stage Ia. *American Jornal of Obstetrics an Ginecology*. Published By THE. C.V. Mosby Company. St. Louis, Missouri. Feb. V-127. No. 2. p. 135. 1977.
- Robbins. *Patología Estructural y Funcional. Cap. 27. Aparato Genital Femenino. 1era. Ed. en español. Ed. Intermericana, México. pp. 1172-1177. 1975.*
- Robert, M. Punch. M.D. James A. Pitcok, M.D. Walter A. Puch. Jr. M.D.

Microinvasive Carcinoma of the Cervix. Published By THE. C.V. Mosby Company. St. Louis, Missouri. May. V-127. No. 1 p. 87. 1976.

- 10.- Sabiston. *Tratado de Patología Quirúrgica. Cap. 45. Ginecología: Utero, Ovarios y Vagina. 10ma Ed. Tomo 2. Edición Interamericana, México. pp. 1427-1431. 1972.*
- 11.- Surós, J. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 6ta. Ed. 1979, Salvat Editores, S. A. Mallorca 43. Barcelona.*
- 12.- Testut y A. Latarjet. *Tratado de Anatomía Humana. Cap. 3 Organos Genitales de la Mujer. Artículo 3, Utero. Ed. Salvat, S. A. Tomo 4 pp. 1199-1264. 1971.*

Br. 
OSCAR ORLANDO ARIAS MEYER

Dr. 
Asesor.
EDGAR ROLANDO DIEGUEZ RODRIGUEZ

Dr. 
Revisor.
DAVID RIGOBERTO TORON CEREZO

Dr. 
Director de Fase III
CARLOS A. WALDHEIM C.

Dr. 
Secretario
RAUL A. CASTILLO

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO