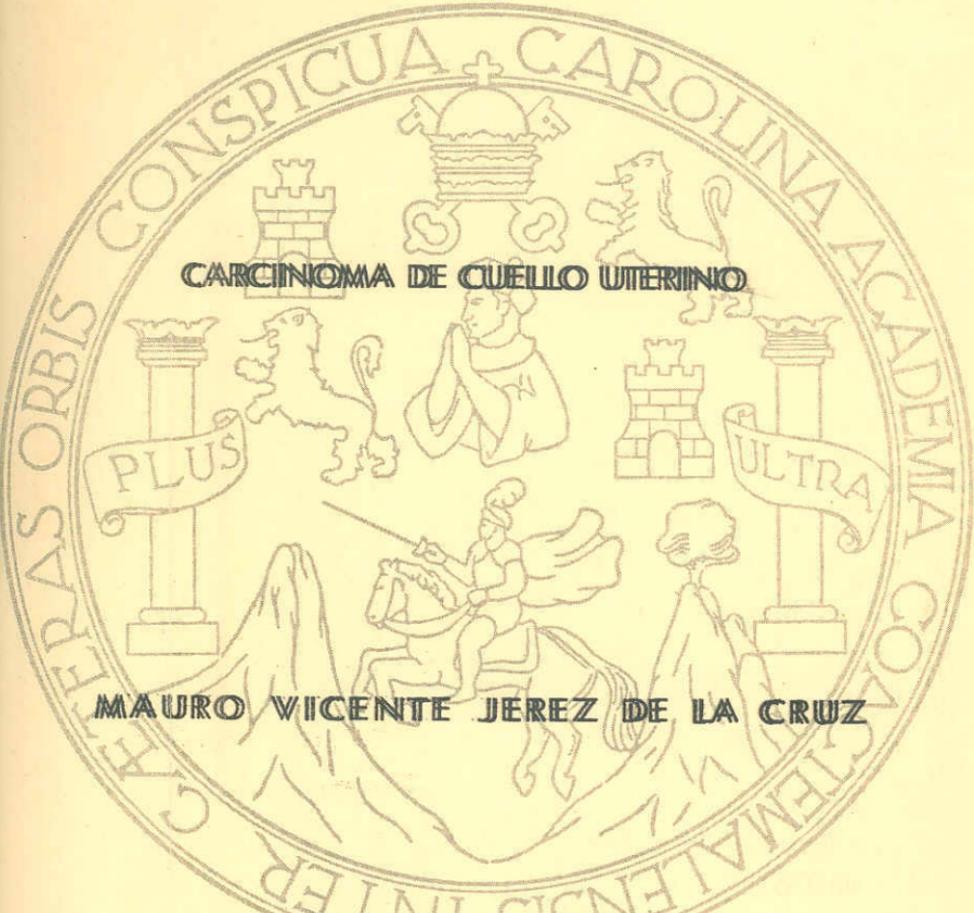


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in prayer, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin motto "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA" is inscribed at the top, and "SACRAS ORBIS CONSTITUTIONIS INTER" is at the bottom. Two banners with the words "PLUS" and "ULTRA" are also present.

CARCINOMA DE CUELLO UTERINO

MAURO VICENTE JEREZ DE LA CRUZ

Guatemala, Junio de 1981.

INDICE

	Pág.
I INTRODUCCION	1
II OBJETIVOS	3
III MATERIAL Y METODOS	4
IV INSIDENCIA	5
V ETIOLOGIA	6
VI PATOLOGIA	7
VII CLASIFICACION	10
VIII EVOLUCION CLINICA	16
IX DIAGNOSTICO	19
X TRATAMIENTO	21
XI PRESENTACION DE RESULTADOS	24
XII CONCLUSIONES	31
XIII RECOMENDACIONES	33
XIV BIBLIOGRAFIA	34

1.- INTRODUCCION

El origen del cáncer continúa aún desconocido. Pero se cree que proviene de células precursoras primitivas, o de células somáticas maduras cuya homeostasia ha sido perturbada por cambios hiperplásicos, metaplásicos o regenerativos. Constituyendo el cáncer una variedad de neoplasia maligna a múltiples causas probables, con un potencial de división celular tanto en el hombre como en los animales y dando resultados adversos en el huésped invasión y metástasis.

El cáncer vaginal constituye la entidad patológica que afecta más frecuentemente y en porcentaje más elevado a pacientes del sexo femenino y a la que tiene que hacer frente el médico, utilizando sus procedimientos diagnósticos y su responsabilidad terapéutica correspondiente.

Se han efectuado estudios relacionados con la incidencia de cáncer cervical en nuestro medio nacional, pero en forma aislada de diferentes centros de la capital y del interior.

Es de importancia tomar en cuenta, que lo que es en sí, el cuadro clínico no presenta en realidad signos ni síntomas -- tempranos que hagan de dicha enfermedad un motivo de consulta pronta, puesto que "el cáncer invasor cursa sintomáticamente a partir de epitelio normal por un proceso lento que implica muchos años." (2)

La inquietud del presente trabajo es de presentar nuestra experiencia respecto a la incidencia del carcinoma del cuello uterino en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en un período de 12 años por medio del Laboratorio Anatomopatológico Dr. Helmut German -

(desde su fundación), en un análisis comparativo efectuado - en otros centros y en el extranjero.

II.- OBJETIVOS

Generales

- Conocer la incidencia de Carcinoma de Cuello Uterino en nuestro medio, en base al estudio de los casos reportados en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante 12 años.

Específicos

- Conocer la edad procedencia, paridad, sintomatología, - diagnóstico, tratamiento y complicaciones.
- Conocer las variedades más frecuentes de carcinoma en -- nuestro medio.
- Establecer el porcentaje de pacientes seguidas post-tratamiento y su pronóstico.
- Conocer el grupo social más susceptible y sus posibles causas asociadas.

III.- MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se efectuó una revisión completa de especímenes quirúrgicos de bipsias que fueron procesadas en el Laboratorio Anatomopatológico Dr. Helmuth German, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

De los resultados positivos a Carcinoma de Cervix se procedió a un análisis de registros clínicos, con las siguientes variables: Edad, procedencia, paridad sintomatología clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Es de hacer notar que en las variables número de casos, tipo histológico y edad se reporta la totalidad de los casos, no así en las subsiguientes por no encontrar todos los registros en el archivo.

No se puede determinar otros factores por deficiencia en las papeletas. La sobrevida no se pudo corroborar por direcciones inexactas.

IV.- INSIDENCIA

Realmente no se puede determinar con cual magnitud se presenta el carcinoma de cervix, sin embargo se sabe que en los Estados Unidos ocupa el segundo lugar (1), constituyendo causa de muerte, tomándolo por separado del cáncer uterino.

Existe una variabilidad en proporciones en las cuales se encuentra en evidente aumento hasta un 97.6 por 100,000 para mujeres de Puerto Rico contrariamente encontrado en 3.6 por 100,000 en mujeres judías, que son diferentes clases sociales y étnicas, así como aumento en frecuencia de mujeres negras contra mujeres blancas.

El carcinoma del cuello uterino puede ocurrir en cualquier edad, desde el segundo decenio hasta la senectud. La frecuencia máxima de la lesión clásica patente se observa hacia los 50 años de edad, pero la lesión in situ alcanza el máximo de 10 a 15 años antes. La frecuencia de este tipo de cáncer en jóvenes entre segunda y tercera década de la vida parece haber aumentado de manera importante en años recientes lo cual sugiere exposición cada vez más temprana a influencias carcinógenas.

La mortalidad más grande de cáncer invasivo encontrado hasta en un 50% está dentro de los 30 años. (4)

V.- ETIOLOGIA

Aún persiste de incognito el verdadero origen del cáncer sin embargo se han encontrado una serie de factores predisponentes asociados que se les ha considerado como etiológicos.

- El factor etiológico aunque poco dislucidado se ha llegado a concluir en que en mujeres judías es muy poco frecuente.

- El esmegma se ha considerado como carcinógeno, asociándolo a la baja frecuencia de carcinoma cervical en judías, que realizan el coito con hombres circuncidados.

- La infección juega un papel muy importante principalmente asociada a virus tipo II, o cualquier otra enfermedad venerea. (6, 10, 16, 20, 21)

- Hay relación entre la frecuencia de esta enfermedad y la edad de comienzo de las relaciones sexuales.

- La promiscuidad; según el número de consortes.

- El uso de contraceptivos, (los contraceptivos orales -- están fuera de la ayuda temprana a la insidencia de cáncer cervical. (7)

- El uso de cigarrillo está asociada a varios tipos de cáncer incluyendo al de Cérnix. (16)

VI.- PATOLOGIA

El carcinoma In Situ es una estructura microscópica en la cual todo el espesor del epitelio plano de revestimiento debe hallarse completamente substituido por células anormales indiferenciadas.

Esta lesión ahora reconocible es la hiperplasia de células basales, metaplasia o proliferación epitelial que progresa a carcinoma in situ.

La alteración epitelial se extiende a todo el hecho no se para de esta alteración a la invasión glandular.

El cáncer principia en la unión del epitelio escamoso y epitelio cilíndrico del orificio exocervical. (8)

Existen tres zonas histológicas: porción vaginal, zona de transición y endocérnix. (2)

En las células subcilíndricas del endocérnix es la zona de transición en donde hay un campo potencial de cáncer oculto, proliferando en forma anormal y a estímulos desconocidos a células subcilíndricas anaplásicas, que se desarrollan gradualmente hacia cáncer in situ que además llega a invadir el estroma en la porción mínima desarrollandose hacia un cáncer clínicamente invasor. Ocurriendo una evolución rápida (por mayor dosis de carcinógeno o una respuesta aumentada del huesped) con lo cual la anaplasia de células subcilíndricas se convierten directamente en cáncer in situ o inclusive originar en un período de tiempo relativamente corto invasión temprana del estroma.

En el epitelio cilíndrico se ha dicho que los cambios de PH vaginal de un estado alcalino a un estado ácido originan una metaplasia plana del epitelio cilíndrico, pudiendo convertirse en estratificación completa o se altera para producir displasia o cambios neoplásicos. La metaplasia temprana es el momento de riesgo potencial de transformación celular y desarrollo de neoplasia cervical.

En ausencia de mutágeno en la vagina en el momento de la metaplasia temprana se presenta metaplasia normal plana y maduración del epitelio; esto produce zona de transformación normal y a la colposcopia no se observan lesiones anormales.

Si por lo contrario se encuentra presente un mutágeno en la vagina puede haber transformación del epitelio con cambios premalignos, aunque etiológicamente no se determine es importante el hecho de que el agente mutagénico debe estar presente en un momento del ciclo de la vida de una célula para producir neoplasia.

Para el epitelio cilíndrico el momento específico de este proceso biológico es durante el principio de la metaplasia plana cuando las células cilíndricas activadas son susceptibles a esta transformación. Cuando esta metaplasia atípica sucede puede desarrollarse lesión colposcópica anormal y en algunos casos evoluciona a displasia, cáncer in situ o cáncer invasor.

PATOLOGIA MACROSCOPICA

Primeros Estadios: Una pequeña lesión que asienta a nivel del orificio externo o próximo a él (unión de los dos epitelios). Aparece como una pequeña zona indurada y granulosa, al tacto como un ligero saliente en relación con la superficie vecina. Al espécimen una superficie granulosa y ligeramente prominente sangrado al menor tacto.

Estado Moderadamente Avanzado: El cáncer se propaga hasta que abarca la mayor parte de la totalidad de uno de los labios del cuello o porciones de ambos. En sus dos formas: Creciendo la neoformación sobre la superficie principal en forma de "coliflor", la variedad evertida o exofítica. Por la otra extendiéndose la lesión en los tejidos cervicales y produciendo una induración muy firme, a veces petrea, aunque prácticamente siempre hay alguna ulceración, este tipo se denomina invertido o endofítica.

La infiltración puede afectar desde el principio el fondo del saco vaginal vecino y los ligamentos anchos.

Estadio Avanzado: Provoca una destrucción cada vez mayor del cuello al que reemplaza una cavidad excabada y alcerada de paredes ásperas y friables. Las paredes vaginales próximas al cuello son resistentes y se hallan induradas a consecuencia de la infiltración cancerosa. El ligamento ancho muestra extensa infiltración no solo como resultado de la infiltración del cáncer, sino como consecuencia de la infiltración inflamatoria secundaria a la lesión ulcerativa séptica del cuello.

VII.-CLASIFICACION

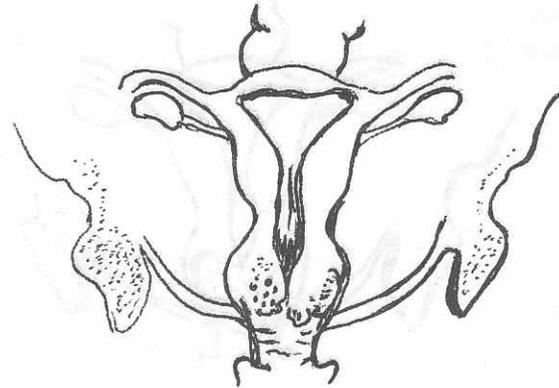
Los dos tipos principales de cáncer de cérvix lo constituye los dos tipos de tejidos que lo recubren.

El de células pavimentosas o epidermoide, que viene a partir del tejido que recubre el cuello en su porción vaginal, - el de células cilíndricas a partir del epitelio cilíndrico que tapiza el conducto cervical, denominado adenocarcinoma.

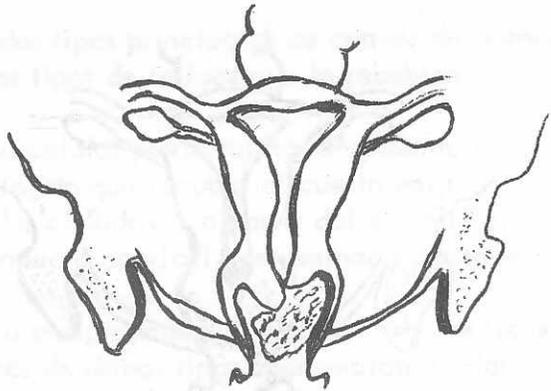
Se ha comprobado que algunos tumores tienen componentes celulares de ambos tipos adenomatoso y plano, calificado carcinoma adenomatoso del cuello.

Una clasificación de tipos de tumor, ulcerativo, exofítico y nodular sin relación histológica lo constituye en orden de frecuencia desde el labio posterior del canal cervical y del labio anterior.

Tipo Ulcerativo: Una infiltración y aumento de sustancia ensanchandose o destruyendose y profundizandose dentro del cuerpo del utero, en forma centrifuga.



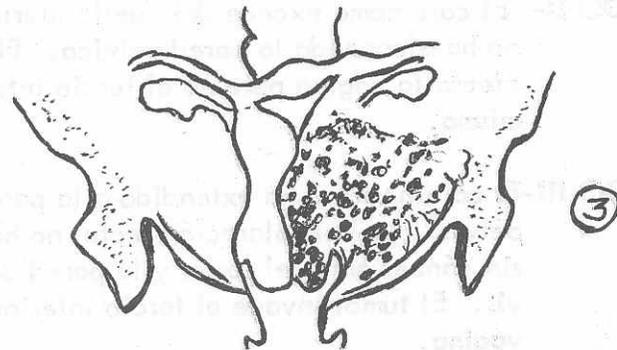
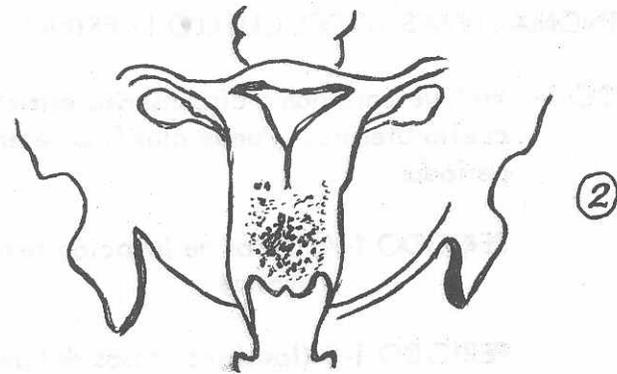
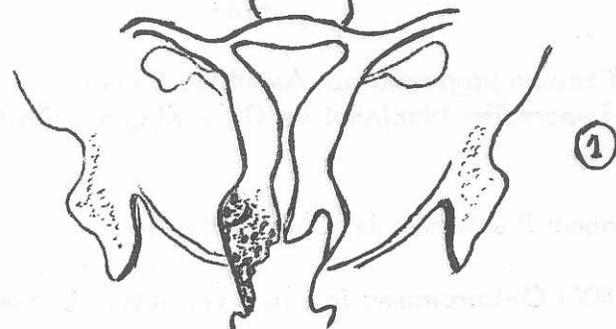
Tipo Exofítico: En este tipo de tumor se va a localizar por arriba de la mitad del canal vaginal y por fuera de la vagina una invasión en los parametrios. Esta forma de coliflor se acompaña de infecciones secundarias y zonas de necrosis.



Tipo Nodular: En este tipo usualmente hay elevación del endocérnix y esto origina una ulceración oculta. Y esto origina un paso directo de submucosa y estructura cervical a un reemplazo de masa granulosa.

Este tipo progresa a distintas direcciones:

- 1.- Hacia Pared Vaginal.
- 2.- Hacia Cuerpo del Utero.
- 3.- A los Parametrios, y Secundarimanente:
- 4.- Vejiga.
- 5.- Mucosa Recto Vaginal.
- 6.- Vulva.
- 7.- Ligamentos Uterosacros.



Clasificación propuesta por Asamblea General de Naciones - de la Federación Nacional de Ginecología y Obstetricia en 1961.

Carcinoma Preinvasor del Cuello Uterino

PERIODO O-Carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial.

CARCINOMA INVASOR DEL CUELLO UTERINO

PERIODO I- Incluye carcinoma circunscrito estrictamente al cuello uterino. Puede clasificarse en dos sub-- períodos:

PERIODO I-A (casos de invasión temprana al es troma) y

PERIODO I-B (los demás casos del período I)

PERIODO II- El carcinoma excede del cuello uterino, pero - no ha alcanzado la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina pero no el tercio inferior de la misma.

PERIODO III-El carcinoma se ha extendido a la pared de la - pélvis. En la exploración rectal no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared de la pélvis. El tumor invade el tercio inferior de la -- vagina.

PERIODO IV-El carcinoma ha excedido de la pélvis verdadera o ha afectado la mucosa de vejiga o recto. Esta -- etapa incluye patentemente los casos con disemina ción metastásica.

VIII.-EVOLUCION CLINICA

SINTOMAS TEMPRANOS:

- Mayor duración del período menstrual.
- Flujo vaginal amarillento unicamente.
- Sangrado vaginal post-coito.
- Hemorragia vaginal constituye el primer signo.
- Dolor: muy raro en la región lumbar o dolor bajo en el abdomen que se puede presentar algún día - del período menstrual.

SINTOMAS TARDIOS:

- Flujo amarillento presente en la mayoría de los casos, de características fétidas y sucio (que mancha), porque constituye alto medio para infecciones bacterianas juntamente con los fragmentos de área necróticas.
- Un sangrado vaginal evidente principalmente post-coito. En la mayoría de los casos asociados este sangrado a un crecimiento exofítico grande. La -- continuación del sangrado es excepcional. En estas pacientes puede presentarse sangrado o intervalos - de semanas o meses.

DOLOR:

Es frecuente se presente dolor en el cáncer como signo que ayuda al diagnóstico. En la mayoría constituye en dolor lumbar vago de los problemas ginecológicos, excepto en cáncer de cérvix que es un dolor progresivo que se extiende a la región lumbar y a la cadera, pasando a la región anterior y posterior del muslo y llega hasta la rodilla.

Sin embargo hay posibilidades de presentar dolores reflejos que son consecuencia de compresión de los nervios simpáticos de los parametrios.

SINTOMAS URINARIOS:

Son variables e inconstantes. Este tipo de tumor puede causar una polaquiuria o nicturia, por una invasión fuera de la vejiga. Los síntomas resultan de una inflamación e hipermia cercana a la uretra, con una disminución de la capacidad de la vejiga y una irritación de la uretra.

La invasión de la vejiga y perforación de la misma va a originar una fistula vésico-vaginal.

CONSTIPACION:

Se presenta unicamente en los casos de compresión del lumen. Esto va sucediendo progresivamente y va a evidenciarse -- marcadamente.

DIARREA:

Secundaria generalmente a la reducción del lumen y como -

reacción automática de defenza. Cuando es tomado el recto por el tumor se puede presentar una fístula recto-vaginal.

NAUSEAS Y VOMITOS:

Secundariamente a metástasis abdominal alta, causa -- vómitos. Vómitos, convulsiones y finalmente coma debido a una uremia por compresión de uréteres.

IX.- DIAGNOSTICO

Para efectuar una detección debe procederse a efectuar -- una buena historia clínica, preferentemente lo concerniente a hemorragias intermenstruales.

Seguidamente: una serie de pasos:

Palpación Abdominal: Permite establecer las características del Abdomen, forma y determinar masas (metástasis), y en la región inguinal adenopatias. (1).

Inspección Vaginal: Esta debe hacerse preferentemente antes del tacto bimanual, para una inspección más clara de lo que pueda ser el cuello, sin evidencia de Sangrado.

- El estudio de pacientes asintomáticos en cuello de aspecto normal a llevado a la detección de Cáncer Tempranamente, a través de un frote sistemático (Papanicolau), o en pacientes que pasan de los 30 años que debe hacerse periódicamente. (2) (11)

Técnica: Se procede primero a efectuar un raspado de la pared vaginal mediante una espátula o un hisopo de algodón, introduciendo posteriormente el otro extremo de la espátula o hisopo dentro del conducto cervical. Obtenidos se extienden rápidamente en una laminilla. Sumergiendola inmediatamente al fijador.

Colposcopía: Se lleva a cabo a través de un instrumento -- (Colposcopio), que puede observar el cuello en plena luz con aumento de 10 a 40 X. La técnica es sencilla, una limpieza del cuello, -- primero con iluminación normal luego con filtros verdes para visualizar las imágenes vasculares.

Prueba de Schiller: Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y por lo tanto no toma el yodo como el epitelio normal que es rico en glucógeno.

Por desgracia sucede falso-positivo con ciertos traumatismos o procesos inflamatorios benignos.

Palpación Vaginal: Ofrece una muy buena información respecto a la consistencia, posición y movilidad del útero.

El exámen se practica bimanualmente introduciendo el dedo índice y medio en la vagina, haciendo apoyo con la otra mano sobre la sínfisis del pubis, para obtener una mejor evaluación de los organos adyacentes.

Palpación Rectal: Este exámen se efectúa con el dedo índice y ayuda a establecer el grado de extensión a los parámetros, el grado de elasticidad y la posibilidad de una vía hacia la vagina.

Biopsia: La biopsia múltiple de taladro con dos bocados de la pinza a las 12 y 6 horas de las agujas del reloj, que son sitios más frecuentes de neoplasias; o pudiendolo tomar en cuatro puntos a las 3 y 9 horas. en la unión plano cilíndrica.

Este exámen debe tomarse como complemento del frote o la colposcopia.

Conización del Cuello: Cuando se logra una buena visualización colposcópica, una conización diagnóstica resulta útil y necesaria. Sin embargo debe tomarse en cuenta que el cáncer in situ puede existir en la periferia de un carcinoma -

verdaderamente invasor.

Novak: Prefiere la investigación con frates dudosos o positivos, sin lesión macroscópica mediante exámenes colposcópicos y biopsia directa.

X.- TRATAMIENTO

Se está de acuerdo en que el tratamiento de Cáncer de cérvix debe de ser quirúrgico más que por irradiación.

El tratamiento de la Atipia Cérvical y Cáncer Intraepitelial por cauterización o congelación se ha desarrollado recientemente con ventaja de realizarse en pacientes externas.

Con cura en un 84%. (23) La crioterapia constituye una -- cura en un 57%, en severa atipia de cáncer in situ. (13)(10)

Se ha tomado ultimamente como tratamiento definitivo y con menos problemas de control posterior, la Histerectomía (abdominal o vaginal). Sin embargo para lesiones de bordes definidos o cuando es de primordial importancia preservar la fertilidad, la conización, cauterización o congelación.

Estableciendo un control posterior de parte de pacientes y médico para recurrir a la histerectomía en caso de enfermedad residual.

Radioterapia: Se usa el radio 226. Más recientemente de -- usa el Cesio- 137, por la ventaja de ser más barato y proporcionar un solo rayo de energía uniforme y permeabilidad de 0.66 mev. La irradiación puede 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 materia absorbente.

En la actualidad el tratamiento consiste en dos aplicaciones de Cesio 137, al cuello complementadas por terapéuticas externa de Cobalto. (2)

La lesión grande no puede visualizarse para comprender su magnitud por lo que debe irradiarse en forma externa ya - que el intracavitario se efectúa incipientemente si se quiere puede irradiarse lejanamente del origen para tener una radiación más efectiva. (23)

El tratamiento por Radioterapia se lleva a cabo, bajo - la F.I.G.O. (23), según:

- Histología: Epidermiode o Adenocarcinoma.
- Localización de la lesión: Exocérvix o Endocérvix
- Dilatación y Curetaje: Positivo o Negativo.
- Volumen del Tumor: Tratable unicamente con Radioterapia. Radioterapia e Histerectomía.
- Medida de la bóveda y paredes de la cavidad uterina.
- Invación Vaginal. - Pared Pélvica - Ureter.
- Extención a Parametrios. -Ganglios Linfáticos.

Se usa el aplicador Fletcher exceptuando cuando la -- bóveda vaginal es demasiado pequeña o la lesión se extiende más allá del tercio superior de la vagina.

La cirugía con los adelantos respecto al campo de la - anestesiología, bancos de sangre y antibióticos, han hecho - posible efectuar intervenciones quirúrgicas amplias con míni-

mo de mortalidad operatoria. (12)

Sin embargo los ganglios linfáticos pelvianos sobre los cuales la irradiación notiene efecto, puede ser extirpados quirúrgicamente algunos tipos de cáncer son radioresistentes y no responden al tra-- tamiento, por lo que la cirugía evita la residiva y las complicacio-- nes de la irradiación. (23)

Edad	No.	Edad
11 - 20	3	11 - 20
21 - 30	7	21 - 30
31 - 40	3	31 - 40
41 - 50	7	41 - 50
51 - 60	13	51 - 60
61 - 70	7	61 - 70
TOTAL	50	TOTAL

XI.- PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 193 CASOS.

-EDAD-

EDAD	No.	%
11 - 20	3	1.02
21 - 30	77	26.27
31 - 40	134	45.73
41 - 50	57	19.45
51 - 60	15	5.11
61 - ➔	7	2.38
TOTAL	293	100.00

En este cuadro podemos observar que la incidencia de cáncer cervical se presenta con más frecuencia en la cuarta década de la vida, de los 293 casos, 134 correspondieron a esta -- edad o sea el 45.73, seguido de la tercera década 77 casos o sea el 26.27%. La población menos afectada correspondió a la segunda década en un número de 3 correspondiendole el 1.02%.

CUADRO No. 2

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 193 CASOS TIPO HISTOLOGICO

AÑO	Epidemide			Adenocarcinoma	
	No.	No.	%	No.	%
1968	3	3	1.04		
1969	23	23	8.01		
1970	18	18	6.27		
1971	22	22	7.66		
1972	21	21	7.31		
1973	44	44	15.33		
1974	21	21	7.31		
1975	28	28	9.75		
1976	32	32	11.14		
1977	30	27	9.40	3	50.00
1978	21	19	6.62	2	33.33
1979	30	29	10.10	1	16.66
TOTAL	293	286	100	6	100

De 293 casos de Cáncer Cervical se puede observar que 286 es -- decir el 97.61 correspondieron a tipo Epidermoide y 6 casos -- 2.04% a tipo Adenocarcinoma. Observandose que el mayor -- número de casos por año correspondió a 1973. Presentandose del segundo tipo unicamente en los tres últimos años.

CUADRO No. 3

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE CASOS
-PROCEDENCIA-

EDAD	Capital		Departamento	
	No.	%	No.	%
11 - 20	2	0.81	1	3.45
21 - 30	55	22.63	14	48.28
31 - 40	122	50.21	4	13.79
41 - 50	47	19.34	7	24.14
51 - 60	12	4.94	1	3.45
61 - >	5	2.06	2	6.90
TOTAL	243	100	29	100

En este cuadro podemos observar que el mayor número de -- pacientes con carcinoma cervical el lugar de procedencia -- es la capital 243 casos (02.93%) y unicamente 29 de los de partamentos (9.89%). Notando que en las de la capital la incidencia se mantuvo en la cuarta década, mientras que en las del interior bajo a la tercera década de la vida.

CUADRO No. 4

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 272 CASOS
- PARIDAD -

EDAD	Nuliparas		Multiparas		Gran-Multip.	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 - 20	1	2.13	11	8.20	10	10.98
21 - 30	17	36.17	54	40.29	19	20.87
31 - 40	10	21.28	17	12.68	16	17.58
41 - 50	7	14.84	21	15.67	20	21.97
51 - 60	8	17.02	14	10.44	14	15.35
61 - >	4	8.51	17	12.68	12	13.18
TOTAL	47	100	134	100	91	100

En este cuadro podemos observar que las pacientes más afectadas son las **múltiparas** (134 casos 49.26%), seguidas de las pacientes **consideradas como gran-multiparas** (91 caso; 33.45%), y en menor número las **nuliparas** (47 casos; el 17.27%), siendo un número relativamente elevado, considerado significativo

CUADRO No. 5

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 272 CASOS
-SIGNOS Y SINTOMAS-

SINTOMATOLOGIA	No.	%
Asintomáticas	182	66.91
Leucorrea	60	22.06
Transt Menstruales	10	3.68
Sangrado Vaginal	8	2.95
Síntomas Urinarios	4	1.47
Nauseas y Vómitos	2	0.74
Dolor	6	2.21
TOTAL	272	100

Como era de esperar, de las 272 pacientes con cáncer cervical, el número mayor corresponde a las asintomáticas 182 es decir el 66.91%, seguidas de Leucorrea 60 casos el 22.6%, notando se que el resto no es significativo.

CUADRO No. 6

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 172 CASOS
-METODO DIAGNOSTICO-

EDAD	Papanicolau		Biopsia	
	No.	%	No.	%
11 - 20	2	1.23		
21 - 30	41	25.31	6	24.00
31 - 40	88	54.32	17	68.00
41 - 50	23	14.20	2	8.00
51 - 60	5	3.09		
61 - >	3	1.85		
TOTAL	162	100	25	100

Del total de casos con carcinoma cervical unicamente el 68.75%, (187 casos) indicaban que tipo de procedimiento diagnóstico se les habia efectuado; y de los cuales observamos que fue Papanicolau 162 casos (66.63%), y bipsia 25 casos (13.37%), habiendoles efectuado antes papanicolau.

CUADRO No. 7

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 272 CASOS
- TRATAMIENTO -

TRATAMIENTO	No.	%
Radioterapia	8	4.82
Histerectomia	158	95.18
TOTAL	166	100

Podemos observar que el tratamiento que se efectuó en un 95% lo constituye la Histerectomía (Quirúrgico) con unicamente -- 4.62%, de radioterapia, los cuales fueron enviados a otro cen-
tro.

CUADRO No. 8

CARCINOMA DE CERVIX ESTUDIO DE 272 CASOS
- COMPLICACIONES-

COMPLICACIONES	No.	%
Metastasis	6	54.55
Obst. Ureteral	2	18.18
Hidronefrosis	1	9.09
Proctitis	1	9.09
Radiodermatitis	1	9.09
TOTAL	11	100

Las complicaciones más sobresalientes correspondieron a metástasis en un 54.55%, obstrucción ureteral post-tratamiento quirúrgico 2 casos (18.18%), hidronefrosis 1 caso. Y proctitis y radiodermatitis por-radioterapia 1 caso en la misma paciente.

XII.-CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia del Cáncer de Cérnix en relación a los casos reportados de malignidad corresponde al 6.25%, presentan dose en la segunda, tercera y cuarta década de la vida.
- 2.- El tipo primordial de cáncer lo constituye el epidermiode - en un 97.95%, con relación al Adenocarcinoma que es el 2.05%, afectando en la misma edad con más frecuencia; - del segundo se observa que unicamente se presento en últimos años.
- 3.- La multiparidad sobre sale en este tipo de problema en un - 82.72%.
- 4.- Respecto al origen superó el de la capital sin embargo en - algunos casos se pudo ver que venian del inter del país con muchos años de residencia en esta, los cuales se tomaron - como de la capital, que fue un 82.94%.
- 5.- El 66.9 de las pacientes cursaron asintómicamente, con un 22.06% con Leucorrea y un 3.68%, con transtornos mens-
truales. Corrobora este dato lo establecido respecto al cua-
dro clínico del cáncer de cérnix.
- 6.- El método diagnóstico que más se efectuó fue frote vaginal - (Papanicolau), en un 59.56%, posteriormente a este exámen en 9.19%, se les efectuó biopsia. Fue claro que en la ma-
yoría el diagnóstico se tomo de la historia clínica, no tenien-
do la mayoría el resultado de patología.

- 7.- Del tratamiento se puede decir que lo constituye el -- quirúrgico en 95.18%, promedio de histerectomía en sus dos formas vaginales y abdominal, efectuándose -- únicamente el 4.82%, radioterapia. Desgraciadamente del total de casos solo el 61.03% especificaba el -- tratamiento y el resto no lo indicaba.
- 8.- De las complicaciones únicamente se puede decir que se presentó en el 4.04%, tanto en casos terminales -- como en post-tratamiento quirúrgico y radioterapia.

XIII.- RECOMENDACIONES

- 1.- En toda paciente asintomática pasada de los 30 años se debe insistir en un control mínimo de frote vaginal por lo menos cada año.
- 2.- Tener en mente que pacientes comprendidas arriba de la -- edad antes mencionada que presenten cualquier tipo de problemas ginecológicos puede encajar dentro de este tipo de patología.
- 3.- Para la institución, incrementar personal o nuevas técnicas de archivo y control de fichas para el mejor logro de manejo y estudios posteriores más completos.
- 4.- Incrementar parte presupuestal para obtención de equipo -- complementario diagnóstico.

XIV.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN AND DEL REGATO,
"Cáncer" Diagnosis-Treatment-Prognosis.
Third Edition; Coperight 1962 by pág. 982-1027.
- 2.- TRATADO DE GINECOLOGIA
Dr. Edmund R. Novak, Dra. Georgeanna Seegar, Dr.
E. Jones. Novena Edición. Editorial Interamericana
1977. Pág. 239-283.
- 3.- OBSTETRICIA
Louis M. Hellman. Jack A. Pritchard. Ralph M. -
Wynn. Sexta Edición Editorial Salvat 1978. Pág. -
29-32.
- 4.- FALSE NEGATIVE PAP SMEAR IN UTERINE MALIG-
NANCY KIANOSH JAFARI . M.D.
Gynecologic Oncology. 6, 1978 Pág. 76-82.
- 5.- CERVICAL CANCER EPIDEMIOLOGY IN PANAMA.
Georgas Memorial Lab. of Tropical & Preventive Me--
dicine Dept. of Virolog/Epidemiology P.O. Box 2016
Balboa Heights Canal Zone. Serie 2-80 4-34.
- 6.- THE ROLE OF HERPES SIMPLEX VIRUS TYPE - 2 INFE_C
TION IN HUMAN
Inst. of Postgrad. Med. Educ. Microbiology 160012 -
Chandigarh Punjab India. Serie 1-79, 4-32.

- 7.- UTERINE CERVICAL CYTOLOGY AND YOUG WOMEN
J. Elizabeth Macgregor. The Lancet, May 78 Pág. 1029
1031.
- 8.- PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
Dr. Stanley L. Robbins Editorial Interamericana 1976. -
Pág. 1169-1177.
- 9.- MORTALY FROM CARCINOMA OF THE CERVIX
Robert Yule. The Lancet, May 13, 1978. Pág1031-1032
- 10.- RISK OF CERVICAL CANCER AMONG AN ELECTROCOA
GULATED POPULATION
Gynecology Serie 2-79 4-16 July 1978. Pág. 233-235.
- 11.- EFFICACY OF SCREENING FOR CERVICAL CANCER: A
REVIEW
David S. Guzik. Serie 1-79, 4-4 Pág. 125
- 12.- American Journal of Epidemiology Vol. 105, Number 5 Ma
yo 77. THE RISING FREQUENCY OF HISTERECTOMY: I_TS
EFFECT ON UTERINE CANCER RATES. Pág. 442.
- 13.- CRYOTERAPY OF THE UTERINE CERVIX
Gladwyn Leiman, A. D. Andronikou. Serie 3-80, 4-9 --
Januarie 1980. Pág. 42-43.
- 14.- MALE ROLE IN CERVICAL CANCER.
University of Maryland. Serie 3-80, 4-33
- 15.- EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL CANCER-CHLAMYDIAE &

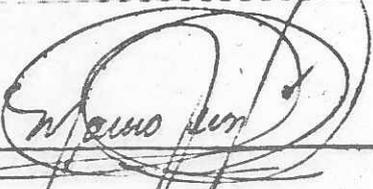
HERPES.

University of California. 78 04-29 Schachter J.

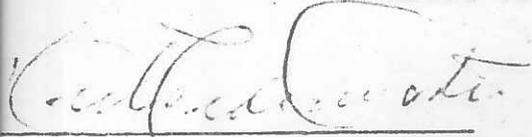
- 16.- EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL DYSPLASIA
University of Toronto. Morgan RW. Lickrish G. Serie 2-80 4-44.
- 17.- EPIDEMIOLOGY OF CANCER OF THE CERVIX IN -
HIGH RISK POPULATION
Graham S. McCurtis. University of New York. Serie 2-80, 4-38.
- 18.- CYTOLOGY AND COLPOSCOPY IN THE DIAGNOSIS
OF CERVICAL NEOPLASIA.
Gynecology Oncoly. Vol. #5, Number 2 June 77. -
Pág. 134-141.
- 19.- CORRELACION COLPOCITO-HISTOLOGICA DE LAS
DISPLASIAS Y CARCINOMAS IN SITU DEL CUELLO -
UTERINO.
Fco. Pellegrino-Carlos A. del Mazo Serv. de Gineco-
logía, Pren. Méd. Argentina. Serie 3-80, 4-11 1979.
Pág. 498-499.
- 20.- DYSPLASIA OF UTERINE CERVIX.
EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS: ROLE OF AGE FIRST
COITUS AND USE ORAL CONTRACEPTIVES.
Serie 2-78 4- 11. Pág. 3076-3081.

- 21.- CERVICAL CYTOLOGY: THE NEED FOR ROUTINE --
SCREENING IN THE SEXUALLY ACTIVE ADOLESCENT.
Adolecent Medicine 7804-06. The Journal Pediatrics. -
Pág. 124-125.
- 22.- SEXUAL EFFECTS OF CERVICAL CANCER
University of Tennesses, Hoor PW. Serie 3-80 4-40.
- 23.- PREDOMINANT PARAMETERS IN THE PLANNING OF --
RADIATION THERAPY OF CARCINOMA OF THE CERVIX
Gilbert H. Fletcher, M.D. Departament of Radiotherapy
The University of Texas. Pág. 562-570.

Br.



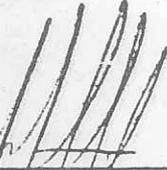
Mauro Vicente Jerez de la Cruz.



Asesor.

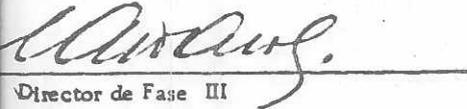
Doctor Federico Castro Maldonado.

Dr.



Revisor.

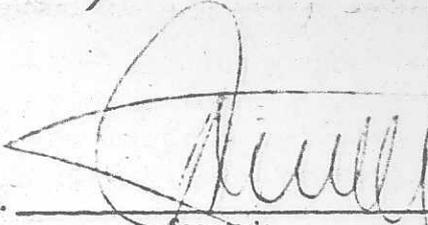
Dr. Pedro Joaquín García Pi



Director de Fase III

Dr. Carlos Waldheim

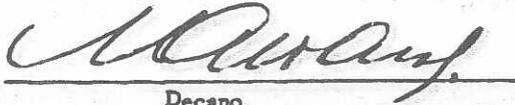
Dr.



Secretario

Dr. Raúl A. Castillo.

Dr.



Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.