

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TUMORES BENIGNOS UTERINOS Y EMBARAZO OCURRIDOS
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO
1975-1980

Carlos Emilio Vásquez Jurado

GUATEMALA, JUNIO DE 1981

PLAN DE TESIS

I	INTRODUCCION
II	OBJETIVOS
III	ANTECEDENTES
IV	GENERALIDADES
V	HIPOTESIS
VI	MATERIAL Y METODOS
VII	INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
VIII	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.
IX	CONCLUSIONES
X	RECOMENDACIONES
XI	BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el campo de la Obstetricia es muy frecuente seguir conductas determinantes para la resolución de los diferentes problemas que se presentan específicamente durante el embarazo, el parto y el puerperio. Mi aportación a este campo de la Medicina consistirá en dar a conocer los casos de TUMORES BENIGNOS UTERINOS y EMBARAZO OCURRIDOS EN EL PERIODO 1975-1980.

Los cuales se investigarán en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt siendo los objetivos principales: Conocer la incidencia, estandarizar el manejo de la paciente con este problema, relación edad - paridad, grupo étnico, tipo de parto, complicaciones y tratamiento efectuado a cada uno de ellos.

Se escogerán las historias clínicas más completas para el procesamiento de los datos, en porcentaje y frecuencia, dichos resultados se analizarán para llegar a las conclusiones y llenar así el objetivo general.

OBJETIVOS

Estudio retrospectivo de tumores benignos uterinos y embarazo en el período 1975-1980 en el Hospital Roosevelt.

Conocer en mejor forma la incidencia de tumores uterinos benignos y embarazo en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

Estandarizar en lo posible el manejo de la paciente desde su ingreso hasta el seguimiento posterior a la resolución del caso.

Conocer la relación edad-paridad y la aparición de esta complicación.

ANTECEDENTES

Respecto a este rubro se revisó tesario de la Biblioteca Universitaria, Facultad de Ciencias Médicas, Colegio Médico en el período de 1945-1980. Donde encontramos que no existe ningún trabajo similar al presente; aunque sí se encontraron tesis relacionadas con embarazo y cáncer de cérvix.

Una de las cuales concluye (3) que entre los 36,331 partos atendidos en 1960, 15 casos fueron diagnosticados o sea el 0.041%. El 73.23% fueron evaluados por control prenatal; 68% (7 casos) con diagnóstico definitivo; su edad promedio 31 años, gestación fue entre 36-40 semanas el 40%, el 93.23% clasificados como cáncer de células es camosas. Al 46.66% se le practicó cesárea. Y al 6.66% his terotomía e histerectomía.

En otra revisión de 20 casos de 1963-1967 (1), 19 co rrespondieron a cáncer epidermoide o escamoso, uno a car cinosarcoma o Mulleriano; de los grados clínicos: 3 a gr grado I, 12 a grado II, 4 a grado III y uno a grado IV; en 19 casos se practicó cesárea corpórea e irradiación. Su frecuencia fue de 0.03%.

En el departamento de Gineco Obstetricia del IGSS -- (4) del total de partos 69,485 (1974-1978) el número de embarazos asociados al cáncer fue de 52 casos o sea el 0.074% de frecuencia; la cual da la incidencia de 1:133-6.25 partos, la edad susceptible es de 30 años, multiparidad el 33.33%, control prenatal el 66.66%. Biopsia -- simple el 51.28%; su edad gestacional (primer trimestre) fue de 41.03%, tipo de cáncer: el 28.20% cáncer epidermoide In Situ. En el 82.97% no existió ninguna complicación; en 58.97% se resolvió por parto distócico, de es te el 52.17% ces área corpórea.

En el Hospital General en el período de 1968-1977 -- (7) la edad de la paciente oscilaba entre 25-39 años; -- el 76.16%, con un 57.14% en estadio de cáncer In Situ. Diagnosticándose en el tercer trimestre el 57.38% y un diagnóstico por citología, el 66.66%.

En la tesis versada sobre cáncer de endometrio (2)

reportan que de los 16,234 informes histopatológicos de 1973-1977 sólo 13 casos fueron cáncer de endometrio, 7 de ellos registrados; encontrando que la edad oscila de 31-80 años; el 28.57% y el 57.14% fueron nulíparas.

En un estudio efectuado en el Hospital General de México (8) encontraron que el 86% era adeno carcinoma, 12% adeno acantoma, 2% cáncer adeno escamoso. Referente a su invasión clínica se reportaron el: 1% cáncer In Situ., 32% de estadio I, 16% estadio II, 24% estadio III, 17% estadio IV. Efectuando cirugía en el 41%, radioterapia pre-op 24%, radioterapia post-op. 20%, hormo noterapia paliativa 11%.

En 1979 en un estudio de 13 casos (9) encontraron que de 80,300 estudios citológicos 1434 eran clase III, IV y V. En 90 pacientes embarazadas se diagnosticaron 30 casos de cáncer cérvico uterino In Situ, 13 casos cáncer micro invasor, 4 casos cáncer epidermoide. En multíparas con edad promedio de 30.6 la evolución de la gestación fue de un caso hasta la 20 semana, dos casos hasta la 34-36 semanas y 10 casos a término.

El tratamiento fue uno por vía vaginal, 6 por cesárea corpórea, 5 cesárea más histerectomía, una histerectomía abdominal con linfadenectomía.

En una revisión de 25 casos (10) se encontró que de 61,368 citológicos exfoliativos cérvico vaginales 709 o sea el 8.2% fue clase III, IV y V. 67 fueron efectuados en pacientes embarazadas, encontrando cáncer In Situ. Su edad oscilaba entre 36-40 años, el 44% y el 72% eran pacientes multíparas.

La frecuencia de miomas según Williams (15) es de 0.1-2.1% de partos y muchos de estos asociados a embarazos carecen de significado mientras que otros tienen importancia por disminuir la posibilidad de concepción, aumentar abortos, presentaciones anormales, desprendimiento de placenta, por lo que su diagnóstico no resulta fácil.

La miomectomía, con frecuencia se complica con aborto, aunque si nó existen síntomas graves la intervención se puede posponer.

GENERALIDADES

El Utero es un órgano muscular, piriforme situado entre la vejiga y el recto. Mide en nulíparas de 8-9 cms. de longitud, 6 cms. en su parte más ancha y 4 cms. de espesor.

Durante el embarazo se producen a nivel del cuerpo uterino los siguientes cambios: hipertrofia e hiperplasia, por un doble mecanismo: uno consecutivo a la adaptación al crecimiento del huevo que aloja, lo que ocurre durante todo el embarazo y el otro determinado por la influencia de una actividad biológica hormonal (participación del ovario, placenta y de la hipófisis).

DEFINICIONES:

TUMOR:

Tumefacción o hinchazón morbosa/neoplasia; masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica que crece independientemente de los tejidos próximos.

ENDOMETRIO:

La mucosa que reviste la cara interna del cuerpo y el fondo del útero. Esta formada por epitelio y una lámina propia conectiva que se continua con la del miometrio. La lámina propia suele denominarse "estroma endometrio".

TUMORES BENIGNOS TUMORES UTEROANEXIALES

FIBROMIOMAS DEL UTERO:

Son benignos, y su naturaleza histológica es análoga a la del músculo uterino.

En general, el embarazo y los miomas se toleran mutuamente sin mayores complicaciones. Este hecho se debe tener presente para recordar que los tratamientos activos no son frecuentes en una gravidez asociada con fibromiomas.

La frecuencia de los miomas varía de 0.1-2.1% de los partos (15).

Los miomas que coinciden con el embarazo se observan en el 3-4% aproximadamente. Excluyendo los nódulos de tamaño muy pequeño.

Se ve con frecuencia en mujeres de más de 30 años y primíparas.

Se implantan más a menudo en el cuerpo del útero, y menos en la región ístmica o cervical. Los miomas subserosos son más frecuentes. Intersticiales y submucosos son más raros.

INFLUENCIA DEL EMBARAZO SOBRE EL MIOMA:

A.- El reblandecimiento y la modificación del volumen tumoral están relacionados con la imbibición y la proliferación tisular que sufre el miometrio durante el embarazo. Ciertos tumores ignorados recién se hacen apreciables en el embarazo y regresan nuevamente en el puerperio. La involución del mioma en el post-parto es semejante a la del útero mismo.

B.- El aplanamiento del tumor, debido a su reblandecimiento, es una circunstancia favorable durante la evolución del parto.

C.- Los cambios de situación de los miomas bajos, en especial la ascensión del tumor, es otra circunstancia que favorece el parto con tumores previos.

Durante el embarazo el mioma puede presentar modificaciones patológicas, siendo la más característica NECROBIOSIS ASEPTICA PARCIAL O TOTAL DEL TUMOR, también puede sufrir degeneración grasa, roja o calcárea.

Clinicamente la necrosis se inicia de manera incidiosa algunas veces sólo dolor provocado a nivel del núcleo enfermo; luego dolor abdominal espontáneo, reacciones peritoneales, náusea, vómitos, fiebre, taquicardia, subictericia y dolor exquisito provocado.

La evolución es favorable; requiriendo únicamente hielos y sedantes. Otra complicación más rara es hemorragia intracapsular, torsión del tumor pediculado o torsión axial de todo el útero bajo influencia del mioma; y la infección del tumor, es especial durante el puerperio.

INFLUENCIA DEL MIOMA SOBRE EMBARAZO Y PARTO:

El mioma puede ser origen de esterilidad por una alteración del equilibrio endócrino del organismo, que frecuentemente acompaña a estos tumores; o por causas mecánicas constituidas por obstáculos tubáricos o cervicales.

LOS TUMORES TIENEN IMPORTANCIA OBSTETRICA POR:

- 1.- Pueden disminuir las posibilidades de concepción.
- 2.- Incrementan la probabilidad de aborto.
- 3.- Bajo la influencia del embarazo pueden aumentar tan rápidamente de tamaño que provocan síntomas graves de compresión.
- 4.- Cuando están situados en el segmento inferior o en el cuello, pueden dar origen a distocia grave.
- 5.- Favorecen la producción de presentaciones anormales.
- 6.- Interfieren, aunque raras veces, de tal manera con la eficacia de las contracciones uterinas que llegan a provocar inercia.

7.- Si son submucosos o intersticiales, a veces dificul
tan de tal manera el desprendimiento de la placenta
que requieran intervención quirúrgica mayor.

8.- Pueden sufrir cambios degenerativos (degeneración -
roja o carnosa) durante el embarazo o el puerperio.

El embarazo se interrumpe a veces produciendo abor
to, que se explica por las distrofias del endometrio, -
por el desequilibrio hormonal y por la inestabilidad de
la matriz fibromatosa.

El embarazo ectópico y la inserción baja de la pla
centa son anomalías que se encuentran en los úteros --
miomatosos.

Las presentaciones viciosas, sobre todo la pelvia-
na y la transversa, son favorecidas por la forma irre-
gular que adopta la cavidad uterina por ciertos miomas.

En el parto se impone la distensión entre los mio-
mas corporales, de situación baja, y los intrapélvicos
llamados previos.

En el primer caso, el parto espontáneo es la regla
aunque pueden presentarse trastornos de la contractibi-
lidad (hipodinamias) que lo prolonguen, también se ob-
serva rotura prematura de membranas y procedencia del -
cordon umbilical. Cuando el tumor es previo, el parto -
puede obstruirse.

En el alumbramiento puede haber hemorragia por ---
atonía del músculo uterino o adherencias anormales ---
útero placentarias.

El diagnóstico del fibromioma en los primeros meses
suele presentar dificultades; en la segunda mitad de la
gestación puede simular partes fetales (los pequeños --
miomas) y polo fetal (los de mayor volumen); pueden efec-
tuarse sonogramas, si bien el mioma submucoso se encuen-
tra oculto y no es posible que presente aumento de ta-
maño, ni irregularidades, es indicado efectuar legrado-
diagnóstico.

El pronóstico en el feto, es reservado.
Hay posibilidades de aborto y de parto prematuro.
El pronóstico materno mejora gracias a buena conducción
del parto en distócias, y la cirugía en complicacio-
nes graves.

Tratamiento durante el embarazo: a) la necrobiosis
aséptica: medicamento con reposo, hielo y sedantes; b) -
si fiebre, antibióticos; c) en formas graves, interven-
ción quirúrgica enucleando tumor y tratando de conservar
el útero.

Durante el parto: situación alta, sólo expectación;
previos, resolver por operación cesárea con o sin extir-
pación del tumor.

Durante el puerperio puede presentarse necrobiosis
aséptica del mioma tratada con antibióticos y sólo en -
casos excepcionales: cirugía (histerectomía).

La frecuencia de embarazo después de miomectomía
es de 25-40% mucho mayor que en mujeres estériles no -
operadas.

Además de causar esterilidad, los miomas pueden -
intervenir aumentando la frecuencia de abortos, gene-
ralmente durante el primer trimestre; en el segundo --
trimestre puede haber dolor e hipersensibilidad en mio-
mas antes asintomáticos, con fiebre, leucocitosis y -
desarrollo de un abdomen agudo quirúrgico.

En el tercer trimestre y cerca del parto un fibroi-
de puede causar hemorragia prematura, inercia uterina, --
bloqueo mecánico de las vías genitales.

Hemorragia vaginal por útero atónico. La infección
del endometrio y el mioma vecino son más frecuentes des-
pués del parto vaginal.

CAMBIOS SECUNDARIOS EN EL MIOMA

1.- DEGENERACION HIALINA:

La más frecuente de todas las modificaciones,-- se ve en distintos grados en casi todos los miomas.-- Se presenta a manera de hebras y largas columnas que comunican entre si y parecen desgarrar los haces musculares.

2.- DEGENERACION QUISTICA:

La degeneración hialina tiene tendencia a la liquación. En casos extremos prácticamente todo el tumor primitivo sufre un proceso similar, convirtiéndose en una enorme cavidad quística.

3.- CALCIFICACION:

Se presenta casi siempre que hay un trastorno circulatorio; en casos extremos el mioma puede convertirse en una masa dura, de consistencia pétrea -- "UTERO DE PIEDRA".

4.- INFECCION Y SUPURACION:

Se presenta sobre todo en miomas de variedad submucosa, posee gran tendencia al adelgazamiento y ulceración de la mucosa de cubierta, dando así entrada a gérmenes procedentes del conducto uterino.

5.- NECROSIS:

Se debe por lo general a trastornos de riego sanguíneo o infección grave. Los tumores que traen pedículo se pueden necrosar por torsión de este último.

Una forma de necrosis muy interesante es la -- llamada degeneración ENCARNADA O DEGENERACION ROJA que se observa la mayor parte de las veces aunque -- no siempre, asociada a embarazo. No se conoce la causa aunque se cree que es por una degeneración aséptica con hemólisis o por isquemia tisular local.

6.- DEGENERACION GRASOSA:

Es rara, pero puede presentarse asociada a una avanzada degeneración hialina.

7.- DEGENERACION SARCOMATOSA:

El cambio maligno es tan raro que no modifica -- la línea de tratamiento de los miomas.

HIPOTESIS

EL GRUPO ETARIO DONDE SE PRESENTAN LOS TUMORES
UTERINOS BENIGNOS EN MUJERES NO EMBARAZADAS ES
IGUAL QUE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.

EL FIBROMA MAS FRECUENTE ES EL DEL CUERPO UTERINO.

LA CAUSA MAS FRECUENTE DE EMBARAZO MAS TUMORES
UTERINOS ES LA NULIPARIDAD.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

FICHAS CLINICAS.
INSTRUMENTO DE INVESTIGACION: ver anexo.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT.
BIBLIOTECA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE
GUATEMALA.
COLEGIO MEDICO DE GUATEMALA.

METODOLOGIA:

Para el mejor planteamiento de este estudio se seguirá el procedimiento de revisión de casos, en los registros médicos recopilando parámetros que son necesarios para la elaboración posterior de conclusiones respectivas que dieron origen a los objetivos presentados.

Analizar cada uno de los pasos seguidos durante el manejo de dichas pacientes, conociendo así las indicaciones que dan origen a la resolución del parto, computación y discusión de dichos resultados.

ANEXO

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

VARIABLES:

- 1.- Edad
- 2.- Paridad
- 3.- Origen
- 4.- Grupo étnico
- 5.- Hijos vivos: (0-5, 6-10, 11-más)
- 6.- Control prenatal

EDAD DE EMBARAZO

TIPO DE PARTO

PRESENTACION

COMPLICACIONES:

- 1.- HEMORRAGIA

TRATAMIENTO:

- 1.- Cesárea
 - 2.- Radiación
 - 3.- Quimioterapia
- } ningún caso

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

PRESENTACION DE RESULTADOS

EDAD:

15-20	1	3.33%
21-25	3	10.00%
26-30	9	30.00%
31-35	11	36.67%
36-40	3	10.00%
41-45	3	10.00%
	30	100%

En el presente trabajo la edad más frecuente fue de 31-35 años (36.67%) de un total de 89831 partos atendidos en el período 75-80, siendo este el 0.033% del total de casos con fibroma uterino.

ESTADO CIVIL

SOLTERAS	1	3.33%
CASADAS	17	56.67%
UNIDAS	12	40.00%
	30	100%

En su mayoría 56.67% son pacientes casadas lo que nos hace ver la relación que existe aún entre paciente y cónyuge y el número de hijos asociando la edad entre ellos. Aunque estos datos no son de mucha confiabilidad pues la mayor parte de pacientes sólo están unidas de hecho.

ORIGEN

URBANO	18	60%
RURAL	12	40%
	30	100%

El área urbana 60% es el tipo de paciente que más consultó, talvez por el contacto que hay entre paciente y Hospital.

CONTROL PRENATAL

SI	23	76.67%
NO	7	23.33%
	30	100%

Por su importancia el 76.67% tuvo control prenatal por ser en su mayoría pacientes primigestas añosas.

PARIDAD

PRIMIGESTA	22	73.33%
MULTIPARA	8	26.67%
	30	100%

De acuerdo a la literatura la primigesta es la que padece de fibromatosis uterina y en este trabajo es el 73.33% lo cual nos lleva a la conclusión de que las primigestas por su edad seguirán padeciendo este problema.

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO

PRECIPITADO	0	00.00%
NORMAL	19	63.33%
PROLONGADO	2	6.67%
ELECTIVAS	8	26.67%
NO DOCUMENTADOS	1	3.33%
	30	100%

Podemos ver que el tiempo de trabajo de parto es -- de 63.33% el de mayor frecuencia y este se encuentra durante el período normal.

INDICACION

**NOMBRES:

SDCP	14	36.84%
SF	6	15.79%
RPMO + 2 INDUCCIONES		
FALLIDAS	6	15.79%
IRU	3	7.90%
PROCIDENCIA CORDON	1	2.63%
CARDIOPATIA	1	2.63%
PRIMIGESTA AÑOSA	7	18.42%
	38	100%

**SDCP: síndrome desproporción cefalo pélvica

SF: sufrimiento fetal

RPMO: ruptura prematura de membranas ovulares

IRU: inminencia de ruptura uterina

La indicación más importante, (SDCP) aunque ésta se encuentra asociada a otros problemas fue el 36.84%, además hacemos mención que las primigestas añosas que vemos aquí están asociadas a DCP, PE, PRE-ECLAMPSIA, etcétera.

La única procidencia de cordón fue de una paciente con presentación podálica más sufrimiento fetal.

La paciente cardiópata se asoció a pre-eclampsia y se le aplicó forceps.

FORMA EN QUE SE EFECTUO DIAGNOSTICO

**NOMBRES:

CST	26	86.67%
CC	1	3.33%
PES	1	3.33%
FORCEPS	1	3.33%
POMEROY	1	3.33%
	30	100%

**CST: cesárea segmentaria transperitoneal

CC: cesárea corpórea

PES: parto eutócico simple.

La mayor parte de tumores se diagnosticaron durante el procedimiento quirúrgico (CST), que dio el 86.67%.

Otra forma incidental de diagnóstico fue durante operación esterilizante (POMEROY) post-parto espontáneo.

En la paciente cardíopata con pre-eclampsia el diagnóstico de fibroma, se realizó; al revisar cavidad uterina. Pero al igual que el caso de parto espontáneo, no se describió el tamaño.

POST - OPERATORIO

COMPLICADO	3	10%
NORMAL	27	90%
	30	100%

La complicación a que se hace referencia en el presente estudio fue de infección de herida operatoria.

ANTIBIOTICOS

SI	19	63.33%
NO	17	36.67%
	30	100%

En el 63.33% de estas pacientes se inició tratamiento profiláctico y de estos el 15.79% fue por infección de herida.

EDAD DE EMBARAZO

30-35	2	6.67%
36-40	24	80.00%
41- +	4	13.33%
	30	100%

La mayoría de estas pacientes, (80%) la edad de embarazo fue a término.

ANESTESIA

GENERAL	14	46.67%
EPIDURAL	15	50.00%
LOCAL	1	3.33%
	30	100%

El 50% se efectuó bajo anestesia epidural. El procedimiento de elección fue cesárea segmentaria: el 86.67%.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DIAS		
0-5	18	60.00%
6-10	10	33.33%
11- +	2	6.67%
	30	100%

En la mayoría de estas pacientes su tiempo de hospitalización fue de 5 días.

PESO DEL RECIEN NACIDO

LBS.		
4-6	21	70%
7-9	9	30%
	30	100%

El 70% de los R.N. su peso osciló entre 4-6 Lbs. - con un Apgar que puede considerarse de pronóstico normal pues únicamente en dos casos existió dificultad con los niños. No hubo ningún caso de mortalidad.

FIBROMA

UNICO	9	30.00%
MÚLTIPLE	17	56.67%
NO DOCUMENTADO	4	13.33%
	30	100%

TAMAÑO DEL TUMOR

CMS.

1-3	9	34.61%
4-6	14	53.85%
7-9	2	7.68%
10- +	1	3.85%
	30	100%

En el 56.67% el fibroma es múltiple, variando de tamaño. El cual en su mayoría, 53.85% fué de 4-6 cms.

PRESENTACIONES

CEFALICA	27	90.00%
PODALICA	2	6.67%
TRANSVERSA	1	3.33%
	30	100%

El 90%, fué presentación de vértice.

COMPLICACIONES:

- 1.- UN CASO CON RPMO- AMNIOITIS - PREMATURO
- 2.- UN CASO CON AMNIOITIS
- 3.- DOS CASOS CON ENDOMETRITIS
- 4.- UN CASO CON PRE-ECLAMPSIA - ANEMIA SEVERA

CASOS ESPECIALES:

- 1.- UN CASO DIAGNOSTICADO POR ULTRASONOGRAMA.
- 2.- UN CASO DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
DIAGNOSTICADO EN 1966 Y TRATADO CON TRANSFUSIONES Y
ESTEROIDES; FUE DESCUBIERTO CON FIBROMA DURANTE AC-
TO QUIRURGICO (CC), EN 1978.

CONCLUSIONES

- 1.- La edad más frecuente fué de 31-35 años 36.67%.
- 2.- La incidencia de fibroma uterino encontrada fué de 1:2994 partos.
- 3.- En un 60% la población es urbana.
- 4.- El diagnóstico de fibromatosis fue tardío durante el acto quirúrgico.
- 5.- El 76.67% tuvo control pre-natal. En mayor porcentaje son pacientes primigestas añosas.
- 6.- En un 80% los embarazos llegaron a término.
- 7.- El uso de antibióticos profilácticos fué utilizado en un 63.33%.
- 8.- El tiempo de hospitalización fue de 5 días en un 60.00%.
- 9.- El fibroma múltiple (56.67%) fué el que prevaleció en el presente estudio.
- 10.- La presentación cefálica prevaleció en un 90%.

RECOMENDACIONES

- 1.- Promocionar el control pre-natal en nuestra población.
- 2.- Mejorar en el área rural la promoción y control de paciente embarazada.
- 3.- A toda paciente primigesta añosa controlar más su evolución, desde su ingreso para mejorar el diagnóstico.

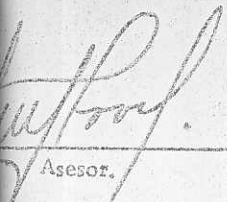
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre Quinteros José Luis Tesis
Cáncer de cérvix en útero embarazado 1968
- 2.- Barrios Perussina Mario René Tesis
Cáncer de endometrio 1978
- 3.- Bethancourt Fioravanti Enio Tesis
Cáncer de cérvix y embarazo 1960
- 4.- Cifuentes Gil César Augusto Tesis
Cáncer de cérvix asociado a embarazo en el Depto.
Gineco Obstetricia del IGSS (1974-1978) 1979
- 5.- Carcinoma of the Endometrium Mayo Clinic Experience.
Kalkasian G. D. jr. Et al Mayo Clin Proc.
52 (3) 175-80 Mar. 77
- 6.- Diccionario Médico
2da. Edición 74 Salvat pp. 594
- 7.- Escobar Rodríguez Erasmo Rolando Tesis
Cáncer de cérvix y embarazo en el Hospital General
San Juan de Dios (1968-1977) 1978
- 8.- Ginecología-Obstetricia de México
Cáncer del cuerpo del útero valoración temprana y
pronóstico en 100 casos.
Dr. Alfonso Torres Lobatón.
Vol. 47 N°280 año XXXV pp 119-134 Feb. 80
- 9.- Ginecología - Obstetricia de México
Cáncer Microinvasor del cérvix y embarazo 13 casos
diagnóstico y tratamiento.
Vol. 42 año XXXII N°249 Julio 79 pp 61-71

- 10.- Ginecología - Obstetricia de México
Cáncer cérvico-uterino In Situ y embarazo
Vol. 41 año XXXII N°248 pp 467-475 Junio 77
- 11.- Ginecología, tratado
Novak
9na. Edición pp 355-358. 360-362
- 12.- Manual de Ginecología - Obstetricia
Ralph C. Benson
5ta. Edición Ed. Manual moderno 1979 pp 534-545
- 13.- MANUAL OF OBSTETRICS
Diagnosis and Therapy
1ra. Edition pp 186-187 1980
- 14.- Obstetricia Schwarcs - Sala - Duverges
3ra. Edición Ed. El Ateneo pp 464-467
- 15.- Obstetricia Williams
5ta. Reimpresión Ed. Salvat pp 800-803

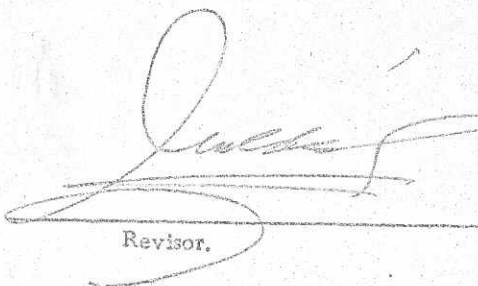
Dr.


CARLOS EMILIO VASQUEZ JURADO


Asesor.

MARIO ALFARO VILLATORO

Dr.

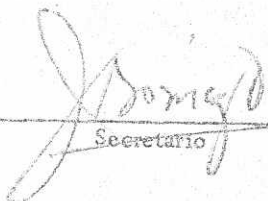

Revisor.

DR. ADRIAN VALDEZ LOPEZ


Director de Fase III

A. WALDHEIM C.

Dr.


Secretario

DR. JAIME GOMEZ

Dr.


Decano.