

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y PRONOSTICO**

Estudio retrospectivo realizado en el Instituto
Nacional de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle"
(INCAN), en el período de Junio 1980 a Mayo
1990. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

ROSA VIRGINIA VALDEZ CHACON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1993.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
SECRETARIA GENERAL



6a. Av. 6-58, Zona 11 01011 - Guatemala, C. A.
Tels. 710332-736389-736390-723841-DIRECCION 713136

DL
OS
TC(7116)

Guatemala, 6 de octubre de 1,993

Doctor:
Coordinador Docente Administrativo de Tesis
Facultad de Ciencias Medicas
USAC.

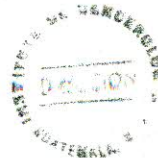
Estimado Doctor:

Por medio de la presente me permito informarle que la Bachiller Rosa Virginia Valdez Chacón, Carnet N. 8212434, realizó el trabajo de campo, de su informe final cuyo título es: Adenocarcinomas del Cervix.

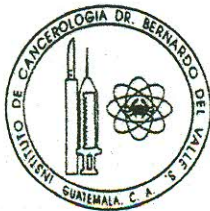
Siendo aprobado por el Departamento de Cirujía y la Institución, agradeciendo la fina atención a la presente.

Atentamente,


Dr. Jorge Rodas Calderón
MEDICO Y CIRUJANO
NO 628



7a. Calle 3-39, Zona 1 Guatemala, C. A. Tels. 514253-533805



6a. Av. 6-58, Zona 11 01011 - Guatemala, C. A.
Tels. 710332-736389-736390-723841-DIRECCION 713136

Guatemala, 5 de octubre de 1,993

Doctor:
Coordinador docente Administrativo de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Estimado Doctor:

Por medio de la presente me permito informarle que la Bachiller Rosa Virginia Valdez Chacón, Carnet N. 8212434, realizó el trabajo de campo de su informe final cuyo título es: Adenocarcinomas del Cervix siendo realizado en el Departamento del Registro Nacional del Cáncer y en el Departamento de Archivo de la misma institución.

Agradeciendo la fina atención a la presente.

Atentamente,



E. Hernández
Dr. ERWIN HERNANDEZ ARDOR
Médico y Cirujano
Colegiado 5228



7a. Calle 3-39, Zona 1 Guatemala, C. A. Tels. 514253-533805



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 4 de octubre

de 1993

DIF-215-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER ROSA VIRGINIA VALDEZ
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

CHACON

Carnet No. 82-12434

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Javier Figueroa Moraga
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3749

Asesor
Firma y sello personal

Firma del estudiante

DR. OLIVER VALIENTE
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5516

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 435

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: ROSA VIRGINIA VALDEZ CHACON


Carnet Universitario No. 82-12434

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO"


Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 4 de octubre de 1993


Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis


Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco



I N D I C E

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIONES	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA	40
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	47
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	61
IX. CONCLUSIONES	70
X. RECOMENDACIONES	71
XI. RESUMEN	73
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
XIII. ANEXOS	78



I. INTRODUCCION

Para el oncólogo, el Cáncer Cérvical Invasivo aún representa un problema importante a pesar de la detección citológica, por lo que se ha convertido hoy en una entidad patológica de mayor importancia en la práctica ONCOLOGICA GINECOLOGICA.

Por tal motivo, la presente investigación de tesis de tipo retrospectivo realizada en el Instituto Nacional de Cancerología (I N C A N), tratará sobre los diferentes tipos histológicos de adenocarcinomas del cérvix, tratamiento, diagnóstico y pronóstico, por considerarse como causa de mortalidad en la mayoría de los casos.

Para su realización se tomaron las fichas clínicas de 368 pacientes halladas con estas patologías y la metodología empleada fue mediante una boleta de recolección de datos y luego sometida a una análisis descriptivo de los resultados.

Se interpreta entre los resultados obtenido que los Adenocarcinomas Puros en sus tres variedades fue la neoplasia más frecuentemente diagnosticada con un total de 250 casos con un 67.93%, representando las dos terceras partes del total de las pacientes del estudio.

Se concluye que el pronóstico de estas pacientes es sombrío puesto que la mayoría de ellas son diagnosticadas en estadios avanzados.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El origen del cáncer continúa sin conocerse pero se cree que podría ser el resultado de la inter-acción por largo tiempo de numerosos factores, ejemplo: Epidemiológicos, Infecciosos, Químicos, Estado Inmune, Esperma, etc.

Al considerar cualquiera de estos factores solos o en combinación, siempre debe tomarse en cuenta que la mayoría de las neoplasias del cuello uterino actúan sobre epitelio normal maduro, produciendo alteraciones morfológicas de dicho epitelio. (17, 19)

El Adenocarcinoma Cérvico Uterino hasta hace poco, se consideraba menos común que el Carcinoma de Células Planas, pero según recientes estudios, este ha ido aumentando su frecuencia ya que de un 5% registrado anteriormente, ha llegado hoy a ocupar de 10 a 13 por ciento, de todos los carcinomas cervicales. (Este dato puede variar según los diferentes estudios). (9, 16, 17).

Se le considera uno de los cánceres cérvico uterino más agresivos así como mayor radioresistentes, y con una alta tendencia a invadir más temprano que el carcinoma de células escamosas, siendo este el factor más importante en el pronóstico. Tiene su máxima incidencia entre los 35 y los 50 años y disminuye después de los 65 años.

El cuadro clínico no presenta en realidad signos y síntomas tempranos que hagan de dicha enfermedad un motivo de consulta pronta, puesto que el cáncer cursa sintomáticamente a partir del epitelio normal por un proceso lento que implica muchos años.

Su diagnóstico se establece mediante la Clínica, la Citología, la Histeroscopia y finalmente por el Legrado; sin embargo, el diagnóstico prematuro no existe.

Toda paciente con cáncer cérvico uterino debe someterse a la valoración diagnóstica adecuada y ser clasificada según lo propuesto por la FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (FIGO) antes de iniciar el tratamiento. (6, 9, 16, 22).

III. JUSTIFICACIONES

Este estudio sobre ADENOCARCINOMA CERVICO UTERINO se justifica:

Porque estudios efectuados recientemente han demostrado que en países subdesarrollados como el nuestro, existe un aumento considerable de esta neoplasia.

Por constituir la entidad patológica más agresiva de los cánceres cérvico uterinos.

Porque el estudio de esta patología será beneficiosa para orientar hacia el mejoramiento del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las pacientes.

Por no existir en nuestro medio un estudio preliminar que analice este problema.

IV. OBJETIVOS

1. Determinar la frecuencia de Adenocarcinomas del Cérvix a nivel del Instituto Nacional de Cancerología.
2. Identificar los tipos histopatológicos y estadios clínicos del Adenocarcinoma Cérvico Uterino más frecuente.
3. Determinar el manejo, diagnóstico y tratamiento de los Adenocarcinomas del Cérvix.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ADENOCARCINOMA DEL CERVIX UTERINO

1. ASPECTOS GENERALES

El Adenocarcinoma del Cérvix Uterino es menos común que el Carcinoma de Células Escamosas aunque en los últimos años a aumentado su frecuencia, sumando aproximadamente de 10 a 13 por ciento de todos los carcinomas epiteleales malignos del Cérvix (Este dato puede variar según los diferentes estudios)

Este se origina en las células del epitelio cilíndrico de revestimiento superficial y de las criptas del endocérvix; la lesión primaria puede asentar en el orificio externo, formando en etapas avanzadas una vegetación de gran tamaño a nivel de la superficie vaginal del cuello. Algunos le atribuyen su origen de las vegetaciones mesonefríticas pseudoglandulares o paramesonefríticas, especialmente a la variedad de Células Claras.

Histológicamente se le considera una entidad no pura, sino una mezcla de diferentes tipos de los que hasta 11 han sido reportados.

En 1975 la OMS limitó los subtipos histológicos a: Endocervical, Endometroide, Adenoescamoso, de Células Claras, Quístico Adenoide y Carcinoma Indiferenciado. Aunque el subtipo Endocervical es la forma pura más comunmente reportada, Shingleton concluyó que hasta el 40% de los Adenocarcinomas constituyen una mezcla de dos o más subtipos, aunque esta variación histológica se vuelve poco importante cuando se considera el grado y volumen del tumor.

La relación de elementos escamosos con Adenocarcinoma del cuello uterino continúa creando controversia. Además de la neoplasia intraepiteal plana coexistente, presente hasta en 48% de los casos, el Adenocarcinoma invasor puede contener células escamosas benignas (adenocantoma) o malignas (carcinoma adenoscamoso). El epitelio escamoso benigno en los adenocantomas no altera el pronóstico, pero la evolución de los tumores adenoscamosos es motivo de disputa. El diagnóstico de Adenocarcinoma intraepiteal (in situ) del cuello uterino y de adenocarcinoma microinvasor es controvertido, principalmente porque no hay un límite concreto de la membrana basal epidermoide con relación a glándulas cervicales. Se ha descrito el adenoma maligno, otra denominación histológica que se refiere a la neoplasia muy bien diferenciada con comportamiento clínico agresivo, pero no se tienen demostraciones de su existencia y quizás deba abandonarse esta denominación. (8, 9, 16).

2. TIPOS HISTOPATOLOGICOS DEL ADENOCARCINOMA DEL CERVIX UTERINO

ADENOCARCINOMA DE CELULAS CERVICALES

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

Puede dividirse en tres clases:

1. Pobremente diferenciado: Aquellos tumores que nacen de un patrón glandular puro, con células glandulares individuales muy parecidas a las normales.
2. Moderadamente Diferenciadas: Son en su mayoría glándulas y ocasionalmente en parte son tumores papilares compuestos de múltiples capas de células, usualmente con considerable pleomorfismo nuclear y mínima secreción de mucina. Incluye también aquellos casos en los cuales se muestra una clara muestra de glándulas bien diferenciadas y láminas de células compactas o infiltrada de células "en anillo de sello".
3. Bien Diferenciados: Que originan predominantemente en uno de estos modelos, con sólo pequeños focos de formación glandular.

ENDOMETRIOIDE:

Se puede dividir en:

1. ADENOCANTOMA. Adenocarcinoma con metaplasia escamosa.
2. CARCINOMA ADENOESCAMOSO MIXTO.

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

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

ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS:

Puede crecer en forma tubular, glandular, papilar o bien adoptar un aspecto sólido. Se compone de células claras y células en clavo de herradura, las células claras se caracterizan por tener un citoplasma voluminoso lleno de glucógeno, y las células en clavo de herradura por ser células solas, son proyecciones apicales hacia el interior de la neoplasia.

CARCINOMA COLOIDE O GELATINOSO:

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

CARCINOMA ADENOCISTICO O CILINDROMA

El patrón histológico es caracterizado por un patrón cribiforme de glándulas "dorso a dorso", forrados por células pequeñas idénticas y entrelazadas con cilindros hialinos. Se ha visto también en glándulas salivales, bronquios y mama pero recientemente se ha reportado un aumento como tumor primario del Cérvix. (5, 6, 9, 10, 11, 22).

3. FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGIA

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer del cérvix de células planas ha sido bien diferenciado, e incluye: parejas múltiples, relaciones sexuales a temprana edad, fumar cigarrillos, infecciones con los virus del Papiloma Humano y del herpes simple tipo II. Los factores de riesgo para el adenocarcinoma parecen ser similares a los del cáncer cervical de células escamosas, pero se disponen de menos datos, no obstante, hay algunas circunstancias

relacionadas con él de manera tan íntima que pueden considerarse como factores etiológicos o predisponentes, siendo estos importantes en la iniciación del estado neoplásico, mientras que otros, en su progresión.

Parazziny y la Vecchia revisaron la epidemiología del adenocarcinoma, tanto en Estados Unidos como en el Norte de Europa. Hay evidencia que la frecuencia del adenocarcinoma está aumentando en términos absolutos y relativos, en comparación con el cáncer de células escamosas. Estas tendencias están restringidas primariamente a mujeres de 35 años. Los autores encontraron que el adenocarcinoma comparte características epidemiológicas tanto con el cáncer adenoescamoso del cérvix como con el adenocarcinoma del endometrio.

Los datos sugieren que la frecuencia de adenocarcinoma se incrementa con el número de compañeros sexuales y la edad cada vez menor al momento del primer coito (15 a 20 años). La condición de nulípara se reporta más frecuentemente en mujeres con adenocarcinoma que en aquellas con cáncer escamoso. Más aún hay una positiva asociación entre adenocarcinoma y pacientes con sobrepeso, diabéticas e hipertensas. El sobrepeso y la nuliparidad son factores de riesgo también para el Adenocarcinoma del Endometrio.

Besu et al, estudiaron la influencia del consumo de cigarrillos sobre el ácido ascórbico antioxidante, en células cérvico vaginales y leucocitos de fumadoras saludables y no fumadoras, encontraron que la exfoliación de células epiteleales cérvico vaginales era significativamente más alta en las fumadoras, y el fumar disminuía considerablemente las concentraciones de ácido ascórbico en tejidos cervico vaginales. Elucubrarón qué, en las fumadoras las concentraciones inadecuadas de ácido ascórbico y otros antioxidantes en el tejido cervical lo hacen susceptible a daño radical libre, que puede aumentar el riesgo de desarrollar un proceso oncogénico.

Los anticonceptivos han sido íntimamente relacionados con Adenocarcinoma Cérvico Uterino. Los tipo orales usados durante la adolescencia temprana parece incrementar el riesgo de Adenocarcinoma en mujeres jóvenes. Se reconoce que los anticonceptivos orales afectan profundamente los cambios histológicos en el endocérvix, durante esta etapa del desarrollo el cérvix aún no está acostumbrado a los niveles aumentados de hormonas que los anticonceptivos orales introducen. Por lo que el cérvix puede reaccionar formando lesiones que permanecen aún al discontinuar estos; la implicación es que estos niveles hormonales son necesarios para la formación, pero no para la permanencia de las lesiones.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA (Depo-Provera)

Se considera otro anticonceptivo ligado a desarrollar Adenocarcinoma Cervicouterino, cuando éste se utiliza por tiempos prolongados. El Doctor Hellweg, de la clínica de mujeres de la ciudad de Mannheim, encontró que un grupo de mujeres jóvenes que usaron el Depo-Provera por una duración de diez años, sus endometrios se encontraron atróficos y el adenocarcinoma del endocervix había invadido la cavidad uterina.

El Doctor Hellweg considera que el mejor anticonceptivo para las mujeres jóvenes, es aquel que proporcione una dosis baja de estrógeno y progesterona.

La administración de Dietilestilbestrol (DES) in utero durante el embarazo, da como resultado una incidencia significativa de Adenocarcinoma de Células Claras de cervix y vagina en sus descendientes.

En cuanto a la multiparidad se refiere, se piensa que el traumatismo producido por el parto en el cuello uterino, es de los factores que predisponen el desarrollo de Adenocarcinoma. A este respecto, es digno de mencionar el trabajo de Richat y Col, quienes examinaron con colpomicroscopía el cuello uterino en el post-parto

inmediato, habiendo encontrado erosiones y laceraciones de la mucosa, más frecuentes en el labio anterior, sitio donde la displasia y el carcinoma del cuello uterino son también más frecuentes. (1, 2, 3, 5, 6, 7, 15, 22).

4. ASPECTOS CLINICOS

La edad promedio de las pacientes con Adenocarcinoma del cérvix uterino es de 35 a 50 años aunque puede variar según diferentes estudios, el curso de esta enfermedad es básicamente asintomático pero en los estadios finales puede aparecer: Debilidad, pérdida de peso, anemia y dolor en la parte baja del abdomen. En las etapas intermedias y avanzadas las pacientes presentan cualquiera de los síntomas siguientes:

- a) Hemorragia Vaginal: Suele ser el síntoma principal y puede ser leve o hemorragia franca. Es ligera si la paciente se encuentra aún en período reproductor y dicha sangre adopta la forma típica de variedad intermenstrual; puede producirse después del coito, esfuerzos violentos o después de una defecación dificultosa.

En algunos casos no se presentan otros síntomas, si no hasta que, el tumor adquiere un tamaño voluminoso con extensión a los linfáticos, es entonces cuando se produce

una hemorragia abundante acompañada de dolor intenso que obliga a la paciente a buscar atención médica. El sangramiento es debido a que el carcinoma del cérvix desprende un número considerable de células superficiales y exudado líquido hístico procedente de la armazón celular en desintegración.

- b) Dolor: No constituye un síntoma del carcinoma del cérvix hasta en las últimas fases de la enfermedad. Puede localizarse normalmente en pelvis e hipogastrio. Puede ser debido a necrosis del tumor o a enfermedad inflamatoria pélvica. Algunas pacientes pueden quejarse de dolor en el área lumbosacra, y en estos casos debe considerarse la posibilidad de extensión a los ganglios linfáticos periaórticos y raíces lumbosacras. Hay que pensar en la posibilidad de hidronefrosis. Ocasionalmente el dolor epigástrico puede ser debido a metástasis en los ganglios linfáticos periaórticos altos.
- c) Leucorrea: Por lo general es sanguinolenta o purulenta, fétida y no ocasiona prurito. A medida que progresa la enfermedad, tanto la hemorragia como el flujo, se hacen más persistentes y profusas. La ulceración es cada vez mayor y la secreción se presenta con más frecuencia y mal oliente.

- d) Síntomas Urinarios: Son variables e inconstantes. Este tipo de tumores puede causar una poliuriuria o nicturia, por una invasión fuera de la vejiga y perforación de la misma, va a originar una fístula vesico-vaginal.
- e) Causa de Muerte: El adenocarcinoma puede desarrollar fístulas hacia la vejiga o recto, lo que aumenta la deplorable situación de la paciente. La infiltración lateral aumenta la obstrucción de los uréteres por lo que la Uremia es la causa de muerte, quizá en la mayoría de los casos. (16, 17, 18, 19, 22, 23)

5. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. LABORATORIOS:

- a) Evaluación completa de sangre periférica incluyendo hemograma, leucocitos, fórmula y recuento de plaquetas.
- b) Un estudio biológico con especial atención al BUN creatinina, ácido úrico y parámetros de la función hepática.

- 2. EXAMEN PELVICO BAJO ANESTESIA: Este se hace con el objeto de determinar el estadio clínico de la enfermedad, para conocer la extensión de la misma.

3. DATOS RADIOLOGICOS:

La radiografía de tórax puede revelar metástasis en pacientes con enfermedad avanzada, pero rara vez son positivas en las etapas iniciales.

Urografía intravenosa establece la normalidad del aparato genitourinario y descarta desviación o compresión de los uréteres por ganglios pélvicos aumentados de tamaño o por otra diseminación extrauterina insospechada.

Linfografía pélvica: Busca evidenciar la afección de los ganglios pélvicos y lumboaórticos. Su precisión es cerca del 90%. El examen es positivo en un 10% de las pacientes en estadio Ib, 30% en estadio II, 60% en estadio III y de 60% en estadio IV. En todos los estadios la cadena ileaca externa es la afectada más frecuentemente, seguida de la ileaca común y lumboaórtica.

Tomografía axial computarizada (TAC): Puede ser útil para definir la extensión de las lesiones avanzadas, siendo menos preciso para asignar tumores en etapas tempranas, así como para diferenciar la enfermedad en etapas IB y IIB. Cably et al,

encontraron que la tomografía axial computarizada tenía la tendencia de asignar una etapa más avanzada a los tumores tempranos.

Doppler Color y Resonancia Magnética: Se les considera de gran valor diagnóstico, pero su costo no suele estar el alcance de la mayoría de las pacientes.

Exámenes endoscópicos: Son de indispensable ayuda la cistoscopia y la rectoscopia. La laparoscopia puede ser útil en la determinación del estadio de casos seleccionados en fase localmente avanzada.

4. CITOLOGIA EXFOLIATIVA: Sirve para detectar lesiones importantes en pacientes que son asintomáticas y en quienes cambios significativos no son detectados al ser examinadas. Puede ser realmente el responsable fundamental en el control del carcinoma cervical. Si no puede hacerse un frote en forma sistemática en todas las pacientes en edad reproductiva, ciertamente debe llevarse a cabo en mujeres por arriba de los 21 años de edad y para todas las mujeres sexualmente activas por debajo de los 21 años de edad. Durante la cuarta y quinta década de la vida el frote cervical deberá hacerse

cada seis meses. Debe tenerse el cuidado de que el frote cérvico vaginal se incluyan muestras del endocérvix, ectocérvix y fondo del saco vaginal.

**** Razones de su valor ****

Es un test clínico simple. La muestra es obtenida por el médico en cuestión de minutos y libera de inconformidad a la paciente.

Es aplicable a mujeres asintomáticas, como medida descubridora, no por ser necesaria la presencia de la lesión. La muestra es generalmente de epitelio intrauterino y se toma en un sólo sentido.

Estimula hacia la biopsia, para tener una mejor información tisular del desarrollo primitivo de carcinoma cervical.

Su eficiente detección del 95% permite tratamiento en una etapa en que la curación es casi completa.

La toma de la muestra debe ser cuidadosa, debiéndose tomar antes del examen vaginal-bimanual o de introducción de jaleas lubricantes las cuales pueden distorsionar la morfología de la tinción.

Un frote de Papanicolaou con resultados sospechosos o con células malignas, requiere un estudio adicional mediante biopsia por lo que no debe tratarse sólo con este resultado, este procedimiento diagnóstico se considera de muy poca validez par la detección de Adenocarcinoma Cérvico Uterino.

5. PRUEBA DE SCHILLER O DEL AZUL DE TOLUIDINA:

Estos se llevan a cabo tificando el cuello uterino y el tercio superior de la vagina para definir los sitios en donde se va a tomar la biopsia.

El test de Schiller se basa en la presencia de glicógeno en las células del epitelio cervical y vaginal normal. Cualquier tipo de anormalidad celular frecuentemente presenta una depresión de glicógeno, que se traduce en contacto con el tejido. Es de estas áreas no teñidas de donde debe tomarse la biopsia. El test de azul de toluidina tiñe los núcleos de las células epiteles.

6. LEGRADO ESCALONADO DEL ENDOCERVIX:

Al realizar éste los fragmentos obtenidos del endocervix y de la cavidad endometrial deberán ser colocados en frascos diferentes. Esto se lleva a cabo para localizar en forma precisa la localización de la anormalidad tisular.

7. BIOPSIA

La biopsia de sacabocado de cualquiera de las zonas que resulten positivas a la prueba Schiller o de cualquier lesión ulcerativa, granulosa, nodular o papilar confirmará el diagnóstico de carcinoma invasivo en la mayoría de las pacientes. Pueden requerirse biopsias en sacabocado

dirigidas por un colposcopio con raspado endocervical o conización del cuello uterino cuando el patólogo proporciona datos repetidos confirmatorios de células carcinomatosas exfoliativas o de células sospechosas.

8. CONIZACION

La conización implica obtener una amplia porción cónica del exocervix y del endocervix. Siempre deben obtenerse biopsias frías mejor que con electrocauteriación o láser, ya que no destruye las células de los tejidos limitrofes. Como mínimo debe quitarse un 50% del canal endocervical sin comprometerse el esfínter interno. Posteriormente se efectuará un legrado del resto del canal endocervical.

La conización diagnóstica no sólo es útil para establecer el diagnóstico de neoplasia intraepiteleal cervical sino que es de importancia vital para excluir la posibilidad de un cáncer invasor, por lo que debe tenerse en mente siempre, dado que el carcinoma in situ suele localizarse en la periferia de un cáncer invasor real.

9. COLPOSCOPIA

La colposcopia puede evaluar adecuadamente el exocervix y una porción de endocervix adyacente a la zona de transición entre epitelio escamoso y el columnar (Zona T).

Este examen hecho con un colposcopio proporciona una vista del cérvix ampliado entre 10 y 15 veces. El colposcopio es esencialmente un instrumento con una fuente de luz y un sistema axial o de paralaje que puede hacerse más brillante o más tenue a voluntad, además de la posibilidad de movimiento del aparato, para poder examinar claramente el cérvix.

Este procedimiento diagnóstico tiene una precisión del 94%, se ha demostrado que es el único que logra detectar lesiones cervicales iniciales.

TRATAMIENTO

Los intentos para definir el tratamiento más efectivo para Adenocarcinoma del Cérvix Uterino han sido estorbados por una escasez de estudios de los que se pueden extraer conclusiones significativas. Los resultados de estudios publicados son difíciles de comparar, por causa de variaciones en los criterios de etapas, protocolos de tratamiento, criterios histológicos y subtipos histológicos. Algunos estudios incluyen lesiones microinvasivas, incluyendo inadecuadamente a los tumores del endometrio que envuelven el endocervix, o tienen una revisión histológica incompleta, o carecen de ella. Otros usan cifras no corregidas que no toman en cuenta la muerte por enfermedad intercurrente, teniendo un seguimiento incompleto o careciendo de una confirmación postmortem de la causa de muerte. Al igual que

el Carcinoma de Células Escamosas, los métodos de tratamiento para el Adenocarcinoma del Cérvix Uterino incluye la cirugía, radioterapia y quimioterapia. En casos de enfermedad en etapa temprana, la cirugía y la radioterapia se pueden usar combinadas. La quimioterapia puede ofrecer opciones alternativas de tratamiento para pacientes con enfermedad local voluminosa o enfermedad avanzada, en conjunto con radioterapia.

TRATAMIENTO DEL CANCER CLINICO

1. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN ETAPA TEMPRANA

Por muchos años la radioterapia fue el tratamiento obligado para el carcinoma cervical de todo tipo, en etapa temprana, hasta que la morbilidad y mortalidad de la cirugía radical fueron reducidos a partir de la década de los treinta. A pesar del hecho de que en 1967 Cuccio et al, escribieron que es ampliamente aceptado que el tratamiento obligado para Adenocarcinoma primario del Cérvix es la terapia de radiación, ha habido desacuerdo en cuanto si el Adenocarcinoma era mas o menos radiosensible que el Cáncer de Células Escamosas. Algunos propusieron que el Adenocarcinoma es menos radiosensible, pero Gusberg et al, al revisar la literatura, reportaron que la mayoría sostenía la idea de que el Adenocarcinoma es igualmente sensible que el carcinoma escamoso. Desde entonces otros han llegado a la misma conclusión. Ante la ausencia de experimentos controlados,

los reportes del tratamiento de la etapa temprana dependen mucho de la tendencia particular de una Institución. Los investigadores han llegado a la conclusión de que la radioterapia por si sola es suficiente en el tratamiento de la enfermedad en etapa temprana, o que la cirugía radical es igualmente efectiva. En mujeres jóvenes con enfermedad en etapa temprana, la cirugía tiene varias ventajas que incluyen la oportunidad de la valoración precisa de diseminación de la enfermedad y el pronóstico, evitar la radioterapia (junto con sus complicaciones resultantes) en un alto porcentaje de los casos conservan los ovarios, y el impulso psicológico de conocer que se ha retirado todo dato de enfermedad.

2. RADIOTERAPIA Y CIRUGIA COMBINADAS

Ha habido controversia en cuanto a la utilidad del tratamiento combinado como primario en etapas I y II de la enfermedad. Se ha reportado una alta incidencia de la enfermedad residual en el cérvix luego de radioterapia primaria, ya algunos han reportado que esta es mucho más alta que para carcinoma de células escamosas. La preocupación era que esta enfermedad residual estuviera asociada con una mayor probabilidad de recurrencia de la enfermedad, con un pronóstico peor, y se pensaba que una simple histerectomía luego de la radioterapia sería ventajosa.

Rudledge et al, Korhonen y Prempree et al, vieron el efecto de la adición de cirugía a la terapia de radiación en carcinoma en etapa temprana. Rutledge et al, combinaron la radioterapia pélvica total e intracavitatoria a una dosis de disminución de 25% de histerectomía extrafacial después de un intervalo de cuatro a seis semanas, ellos reportaron poca diferencia entre la supervivencia para la enfermedad en etapa I, pero en la etapa II, la supervivencia era significativamente mejor luego de tratamiento combinado que luego de radioterapia sola. También reportaron una tendencia hacia una tasa de recidiva central menor, pero fueron muy pocas pacientes para sacar conclusiones. Prempree et al, reportaron hallazgos similares, Korhonen encontró que el tratamiento combinado era más efectivo para las lesiones de la etapa I, Berek et al, y Hopkins et al, reportaron que para lesiones en etapa I, la intervención quirúrgica solo producía resultados comparables a los de radioterapia más cirugía, otros autores han comunicado que la cirugía después de la radioterapia no sólo contribuye a la supervivencia sino que se vincula con una elevada incidencia de complicaciones mayores, como las fístulas. Cuccie et al, y Weiner et al, reportaron desde la misma institución, que la adición de la cirugía a radioterapia en etapas I y II no mejoraba nada la supervivencia, pero si causaba una tasa de 25% de complicaciones mayores. En un pequeño estudio, Rotman et al también señalaron complicaciones importantes de la intervención quirúrgica después de radioterapia.

3. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VOLUMINOSAS EN ETAPA TEMPRANA

Sea cual sea el modo de tratamiento, los Adenocarcinomas voluminosos se asocian con un pronóstico pobre. Los Adenocarcinomas han sido tradicionalmente considerados como lesiones más voluminosas que el carcinoma de células escamosas debido a la posición del tumor dentro del canal endocervical, y consecuentemente presentación tardía.

La valoración del tratamiento de lesiones voluminosas de etapa primaria se ha visto alterado por problemas producidos por radiación en los métodos y pequeño número de pacientes. Algunos autores sugieren que estas lesiones deben tratarse con radioterapia preoperatoria combinada y después histerectomía, dado que el grosor relativo del tumor y su tendencia a invadir el cuerpo uterino lo hacen menos sensible a la radioterapia convencional. Sin embargo, otros autores han sugerido que la radioterapia sola sería suficiente si se diera en dosis adecuada a todo el campo. Es probable que la cirugía sola sea suficiente para la elevada tasa de afección ganglionar y dificultad de lograr márgenes adecuados.

Hasta ahora no ha habido estudios aleatorios sobre el tratamiento de estas lesiones, pero el Grupo Oncológico Ginecológico está actualmente evaluando el uso de histerectomía extra facial luego de la radioterapia para

todos los cánceres cervicales voluminosos (incluyendo el Adenocarcinoma) mayores o iguales a 4 centímetros en diámetro, además, la quimioterapia neoadyuvante puede tener participación en el tratamiento de lesiones voluminosas, aunque el número tan pequeño de estudios hasta ahora comunicados no incluye muchos Adenocarcinomas.

**** DEBERIAN CONSERVARSE LOS OVARIOS DURANTE LA CIRUGIA? ****

Una de las principales razones de apoyar la cirugía radical sobre la radioterapia ha sido la conservación ovárica, en mujeres jóvenes. Sin embargo, ha habido preocupación en cuanto al riesgo de metástasis ovárica y miedo de que el Adenocarcinoma residual pudiera ser hormonodependiente. Una preocupación adicional es el riesgo de reintervención por problemas en los ovarios conservados.

Son muy raras las metástasis ováricas en presencia de carcinoma de células escamosas de etapa temprana; Shingleton et al, informaron de una metástasis ovárica en 258 casos. Ha habido informes aislados de afección inesperada del ovario por Adenocarcinoma del cuello en etapa temprana. Además, Li Volsi et al, comunicaron la aparición sincrónica de Adenocarcinoma Endocervical y Adenocarcinoma Mucinoso del Ovario. No obstante, la incidencia de invasión ovárica en etapas tempranas de la enfermedad parece baja y Hopkins et al, y Greer et al, apoyan la idea de conservar en mujeres jóvenes los ovarios.

La incidencia de problemas que requieren operación, en los ovarios reportados, es muy pequeña.

Hasta el momento no hay datos que sugieran que el riesgo de administración de estrógeno y progesterona exógenos, o de los endógenos en el Adenocarcinoma Cérvico Uterino sea más que teórico.

4. RADIOTERAPIA DESPUES DE CIRUGIA

La terapia por radiación es frecuentemente usada posteriormente a la cirugía cuando factores de mal pronóstico como: Permeación linfática o vascular, márgenes quirúrgicos no adecuados, penetración profunda en el estroma cervical, lesiones voluminosas, afección de parametrios y ganglios positivos, dado el riesgo de recidivas que es más alto. Inclusive en pacientes con carcinoma de células escamosas, el valor de la radioterapia con ganglios positivos no se han establecido aún. Aunque Kinny et al, reportaron que no había un beneficio demostrable derivado de una irradiación pélvica colateral coadyuvante, parece disminuir la incidencia de recidivas pélvicas y prolongar el intervalo sin enfermedad. Alvares et al, comunicaron que con dos o más ganglios positivos y una lesión menor de un centímetro, la radioterapia coadyuvante carece de beneficio. No se tiene datos adecuados para Adenocarcinoma.

5. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AVANZADA

En general, el panorama para las pacientes con enfermedad en Etapas III y IV es malo. Para aquellas con nódulos paraórticos negativos y enfermedad confinada en la pelvis se puede hacer un intento de cura usando radioterapia, con o sin quimioterapia, pudiera haber lugar para sensibilizadores a la radiación, como Hidroxiurea, 5-fluorouracilo y cisplatino. Se ha demostrado que la hidroxiurea mejora el intervalo sin enfermedad y la probabilidad de supervivencia en pacientes con cáncer de células escamosas avanzado, y el GRUPO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA lo está comparando actualmente con la combinación de 5-fluorouracilo y cisplatino administrados como coadyuvantes de la radioterapia, en pacientes con enfermedad avanzada confinada a la pelvis.

En un grupo muy seleccionado de pacientes, Ireland et al, informaron de una pequeña cifra de sobrevivientes a largo plazo, después de la exenteración pélvica. Sin embargo, en muchas pacientes con la enfermedad avanzada, el único tratamiento posible es paliativo. (2, 4, 6, 9, 14, 24, 25)

7. COMPLICACIONES POST-TRATAMIENTO

1. **RADIOTERAPIA** Los factores inmediatos de la radioterapia son molestias gastrointestinales. Con frecuencia se producen náuseas, vómitos o diarrea. Sin embargo, las complicaciones también pueden ser prolongadas, por lo general en forma de

hemorragia o inflamación de la parte distal del intestino o irritación crónica de la vejiga. Tanto la proctitis como la cistitis a veces son extremadamente debilitantes.

Entre las complicaciones más graves tenemos el Cáncer recurrente, obstrucción uretral o intestinal, fistula recto-vaginales o vesicovaginales, sobre todo cuando se tiene que usar dosis muy altas de radioterapia.

La mortalidad por radioterapia es ocasionada en pacientes que fallecen por embolia pulmonar durante la aplicación de ésta.

A pesar de todos los esfuerzos y preocupaciones la incidencia de estas complicaciones continúan siendo inevitables.

2. QUIRURGICAS Suelen presentarse en fases tempranas y se relacionan con el aparato genitourinario o el intestino. La complicación más grave y frecuente es una fistula urinaria que se presenta en casi el 1 por ciento de las pacientes tratadas mediante histerectomía radical. Alguna cierra en forma espontánea, pero otras requieren de tratamiento quirúrgico adicional, como reparación de un uréter lesionado o la extirpación de un riñón afectado. (6, 9, 16)

PRONOSTICO

La eficacia del tratamiento del carcinoma del cuello uterino depende de la precocidad del diagnóstico, siendo factible con brillantes resultados. Una lesión neoplásica en fase inicial tiene una alta posibilidad de obtener un resultado terapéutico satisfactorio. Las posibilidades de curación disminuyen progresivamente con el aumento de la invasión y de la diseminación local. Cerca del 96% de las pacientes con carcinoma invasivo del cuello uterino son tratables con posibilidad de éxito, pero alrededor del 40% de las pacientes no curan de la enfermedad y mueren a consecuencia de la misma. En las pacientes no tratadas, la duración media de la vida desde el inicio aparente de la enfermedad es de 17 meses.

El pronóstico dependerá de una serie de factores como:

1. ESTADIO CLINICO Se ha establecido como importante característica de pronóstico con supervivencia disminuida, asociada al estado avanzado de la enfermedad. Sin embargo se ha demostrado que la determinación del estadio clínico no es precisa en el caso de carcinoma del cérvix, y puede ser todavía menos precisa para Adenocarcinoma. La localización endocervical del tumor puede retrasar su diagnóstico y causar mayor diseminación microscópica dentro del parametrio y los ganglios linfáticos.

2. GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA Este, influencia la sobrevivencia por si sola, con el peor pronóstico; encontrado en relación con lesiones no muy bien diferenciadas, aunque algunos reportan lo contrario. Hay algún desacuerdo acerca de cuales criterios deben ser usados para dar el grado de diferenciación histológica. Algunos usan el patrón glandular y otros describen variaciones en la aparición nuclear. En tumores Adenoescamosos deben usarse el menos diferenciado de los dos tipos celulares para la clasificación por grados.

3. TAMAÑO DE LA LESION Es un importante indicador pronóstico en Cáncer de Células Escamosas, y varios autores han reportado una asociación con Adenocarcinoma. Solamente Kilgore et al, reportaron una diferencia de significancia estadística en la supervivencia de pacientes con lesiones en la etapa I menores de 3 Cms. y las mayores o iguales de 3 Cms. Berek et al, Prempreet et al, Ireland et al y Weiss et al, encontraron una tendencia a una supervivencia menor relacionada con mayor tamaño de las lesiones, pero Kopkins et al, no encontraron una diferencia significativa en la supervivencia entre pacientes con lesiones menores de 3 Cms. y mayores de 3 Cms. Grigsby et al, con datos de incidencia local y distante encontraron una relación significativamente más alta en pacientes con lesiones mayores o iguales a 5 Cms. Tanto Rutledge et al, y Hurt et al, encontraron que las pacientes con tumores grandes tenían más tendencia a una recaída luego de terapia primaria.

4. CONDICIONES DEL NODULO LINFATICO Los ganglios linfáticos pélvicos positivos en el adenocarcinoma se vinculan con un peor pronóstico. Se han reportado resultados desalentadores con nódulos positivos, cuando las pacientes con adenocarcinoma son comparadas con aquellas con cáncer de células escamosas en estudios pareados parece no haber diferencia. Al contrario de cáncer de células escamosas donde el número de ganglios afectados parece tener valor pronóstico, Hopkins et al, encontraron que el pronóstico no era considerablemente diferente con tres ganglios positivos o menos, o con más de tres. Además Saigo et al, informaron que inclusive un ganglio afectaba la supervivencia. La interrogante en cuanto al grado de diferenciación histológica y el estado de los ganglios ha sido señalado por pocos autores. En tanto Kilgore et al, no señalaron relación con diferentes patrones histológicos, Saigo et al, comunicaron un mayor porcentaje de metástasis ganglionares con lesiones adenoescamosas. La mayor parte del grupo considera que las metástasis ganglionares son más frecuentes en lesiones menos diferenciadas.

5. PROFUNDIDAD DE LA INVASION Berek et al, reportan que el aumento en la profundidad de la invasión en el Cérvix afecta significativamente la supervivencia en pacientes con enfermedad en Etapa I y II. Saigo et al, reportan una mejor supervivencia cuando la invasión se limita la mitad inferior del cérvix.

6. PERMEACION DEL ESPACIO LINFO-VASCULAR Saigo et al, reportaron que la permeación del espacio linfo-vascular tiene un efecto significativo en el pronóstico de la enfermedad en las etapas IB y IIB, pero Hopkins et al, no encontraron efecto en la supervivencia de pacientes con ganglios linfáticos negativos.

Cuando hay recurrencia del adenocarcinoma, la supervivencia es baja, ya que las técnicas terapéuticas tienen baja eficacia. El tratamiento con terapia paralela de radiación no es siempre necesario, y el tratamiento de todas las pacientes con esta modalidad resultaría en morbilidad significativa. Por tanto, la identificación de las pacientes con alto riesgo es importante para que la terapia paralela sea ofrecida en forma selectiva. (4, 6)

DETECCION DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE

Métodos mejorados de vigilancia para la detección de cáncer recurrente temprano, son necesarios para mejorar la supervivencia de pacientes con enfermedad recurrente. La mayoría de estas pacientes eventualmente mueren de su enfermedad a pesar de radiación, cirugía y quimioterapia sistémica.

Las recidivas del carcinoma de cuello uterino ocurren en general en un plazo de 18 meses del tratamiento.

Los controles periódicos deben efectuarse, por tanto cada 3 meses con exploración general, examen pélvico y colpocitología, la radiografía de tórax es efectuada cada 6 meses, las investigaciones endoscópicas y exámenes radiológicos específicos deben efectuarse en caso de existir sintomatología. A los 18 meses en las pacientes sin signos clínicos de enfermedad, se efectúa un estudio completo con radiografía de tórax, linfografía, urografía, cistoscopia, rectoscopia y, en las pacientes irradiadas, enema opaco.

La mayor frecuencia de recidivas se encuentran en localización pélvica subdividiéndose en:

- a) Recidivas centrales, se encuentra un tumor palpable en la pelvis y/o una ulceración del cérvix o vagina o un examen colpocitológico positivo.
- b) Recidivas medias, los síntomas están representados por una fístula rectovaginal o vesicovaginal con emisión de orina y heces.
- c) Recidivas pélvicas profundas, el primer síntoma está representado por el edema de las extremidades inferiores, indicativo de un éstasis linfático y venoso debido a la neoplasia y por el dolor debido a la afección del plexo lumbosacro así como por la pielonefritis, hidronefrosis e insuficiencia renal por la compresión uretral.
- d) Recidivas ósea, el primer síntoma es el dolor persistente en la región lumbosacra. (4, 6, 9, 22)

10. SUPERVIVENCIA

CARCINOMA CERVICOUTERINO
 SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS
 REPORTADOS POR LA FEDERACION DE GINECOLOGIA
 Y OBSTETRICIA (FIGO)
 DE 114 INSTITUCIONES MUNDIALES

	ESTADIO				CLINICO
	IB	II	III	IV	TODAS
ADENOCARCINOMA DEL CERVIX UTERINO	66.4	53.7	20.6	6.2	50.3
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	73.4	54.7	30.3	7.5	54.4

Adaptado de FIGO Volumen 20, Estocolmo 1979-1981.

SOBREVIDA A CINCO AÑOS POSTERIORES AL TRATAMIENTO
CON RADIOTERAPIA DE LOS DIFERENTES ESTADIOS

ESTADIO I	91.5%
ESTADIO IIa	83.5%
ESTADIO IIb	66.5%
ESTADIO IIIa	45.0%
ESTADIO IIIb	36.0%
ESTADIO IV	14.0%

Disaia, Creasma, Clinical Gynecologic Oncology. 3a. Edición
The c.v. Mosby Company Washington, D. C. 1989. p. 89

CLASIFICACION POR ETAPAS DE CARCINOMA DEL CERVIX
ADOPTADA POR LA "FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA" (FIGO)

CARCINOMA PREINVASOR	
ETAPA 0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepiteleal
CARCINOMA INVASOR	
ETAPA I	Carcinoma estrictamente limitado al cuello.
Etapa Ia	Carcinomas preclínicos cervicales.
Etapa Ia 1	Evidencia microscópica mínima de invasión al estroma.
Etapa Ia 2	Lesiones detectadas microscópicamente que pueden medirse. El límite superior de la medición no debe mostrar una profundidad de invasión de más de 5 mm. desde la base del epitelio, ya sea desde la superficie glandular, del que se origina y una segunda dimensión, la diseminación horizontal, no debe exceder de los 7 mm.
Etapa Ib	Lesiones con dimensiones más grandes que el estadio Ia 2 observables o no clínicamente.
ETAPA II	El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no alcanza la pared pélvica; afecta la vagina, pero no en tercio inferior.
Etapa IIa	No hay afección parametrial obvia.
Etapa IIb	Con afección parametrial obvia.
ETAPA III	El carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y afecta el tercio inferior de la vagina. En el espacio rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Deben incluirse todos los casos de hidronefrosis o riñón no funcionando, a menos que se sepan debidos a otras causas.

- Etapa IIIa No hay extensión sobre la pared pélvica.
- Etapa IIIb Extensión sobre la pared pélvica, hidronefrosis, riñón no funcional, o ambos casos.
- ETAPA IV El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta clínicamente la mucosa vesical o rectal. Un edema buloso en sí, no justifica clasificar a un paciente en Etapa IV.
- Etapa IVa Diseminación del tumor a órganos adyacentes.
- Etapa IVb Diseminación a órganos distantes.
-

VI. METODOLOGIA

El presente estudio retrospectivo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología Dr. Bernardo del Valle. La población estudio correspondió a pacientes del sexo femenino con diagnóstico de Adenocarcinoma cervicouterino, en un periodo de 10 años (1 junio 1980 a 31 mayo 1990).

Los datos se obtuvieron de historias clínicas, así como de los libros de registro médicos, los cuales fueron proporcionados por el Departamento del Registro Nacional del Cáncer y Archivo General del Instituto Nacional de Cancerología, recopilándose esta en una boleta de recolección de datos con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

1. CRITERIOS DE INCLUSION

- ** Toda paciente con Adenocarcinomas del Cérvix.
- ** Que todos los casos hayan ocurrido durante el periodo correspondiente al estudio.
- ** Que todos las pacientes hayan sido diagnosticadas y tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología.
- ** Pacientes que hayan fallecido durante el tratamiento.
- ** Pacientes que hayan abandonado el tratamiento.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- ** Pacientes femeninas que no presenten Adenocarcinoma Cérvico Uterino.
- ** Pacientes con historial médico insuficientemente documentado.
- ** Pacientes tratadas fuera del Instituto Nacional de Cancerología u otro tratamiento oncológico.

VARIABLES

1. Edad
2. Estado Civil
3. Procedencia
4. Síntomas y signos de ingreso
5. Leucorrea-hemorragia-dolor abdominal pélvico
sinusorragia-asintomática
6. Tiempo de evolución de los síntomas
7. Diagnóstico histológico
8. Clasificación por estadio clínico
9. Tratamiento
10. Radioterapia + Qx.
11. Cirugía + Rt.
12. Radioterapia + Qt.
13. Sólo cirugía
14. Sólo radioterapia
15. Sólo quimioterapia
16. No completo tratamiento
17. Ningún tratamiento
18. Sobrevida
19. Tipo histopatogénico de Metástasis
20. Fecha de ingreso y egreso

DEFINICION DE LAS VARIABLES

EDAD: Esta es la que determina el tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el día de la consulta y/o ingreso, se mide en años, meses, días y la cual la refirió el paciente.

ESTADO CIVIL: Condición de un individuo en lo que lo que se refiere a sus relaciones con la sociedad.

PROCEDENCIA: Lugar de origen de la persona.

SIGNOS Y SINTOMAS: Manifestaciones de una alteración orgánica y funcional que el médico reconoce, provocada o fue referida por el paciente.

TIEMPO DE EVOLUCION: Tiempo que ha transcurrido desde el inicio de los signos y síntomas hasta el momento de la consulta.

DIAGNOSTICO: Arte o acción de determinar la naturaleza de la enfermedad de un paciente.

HISTOLOGICO: Relativo o perteneciente a los tejidos.

TRATAMIENTO: Es la terapia establecida por medio del uso de medicamentos o procedimientos quirúrgicos.

METASTASIS: Dispersión de una enfermedad desde un foco primario a otro distante por la conducción de células o agentes causales a través de los vasos sanguíneos o los conductos linfáticos.

FECHA DE INGRESO Y EGRESO: Es la acción de observar la evolución o cambios de una enfermedad, en un tiempo determinado.

A. RECURSOS

1. RECURSOS HUMANOS

- a. Personal del Registro del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.A.N.)
- b. Personal del Archivo del Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.A.N.)
- c. Personal de las Bibliotecas consultadas.

2. RECURSOS FISICOS

- a. Edificio de las diferentes bibliotecas consultadas.
- b. Edificio del Instituto Nacional de Cancerología.
- c. Departamento del Registro del Cáncer.
- d. Archivo del Instituto Nacional de Cancerología.
- e. Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Adenocarcinoma Cérvico Uterino, atendidas en Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo correspondiente del 1 junio 1980 a mayo 1990.
- f. Ficha elaborada para recolección de datos de los expedientes clínicos.
- g. Bibliografía relacionada con Adenocarcinoma Cérvico Uterino.
- h. Varios: (fotocopiadoras, máquina de escribir, papel, lápiz, correctores, etc.)

3. FUENTES DE INFORMACION

- a. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- b. Biblioteca del I.N.C.A.P.
- c. Biblioteca del Hospital Roosevelt
- d. Biblioteca del Hospital San Juan de Dios
- e. Biblioteca de Aprofam
- f. Biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS
- g. Biblioteca del Instituto Nacional de Cancerología -INCAN
- h. Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- i. Biblioteca de la Universidad Francisco Marroquín

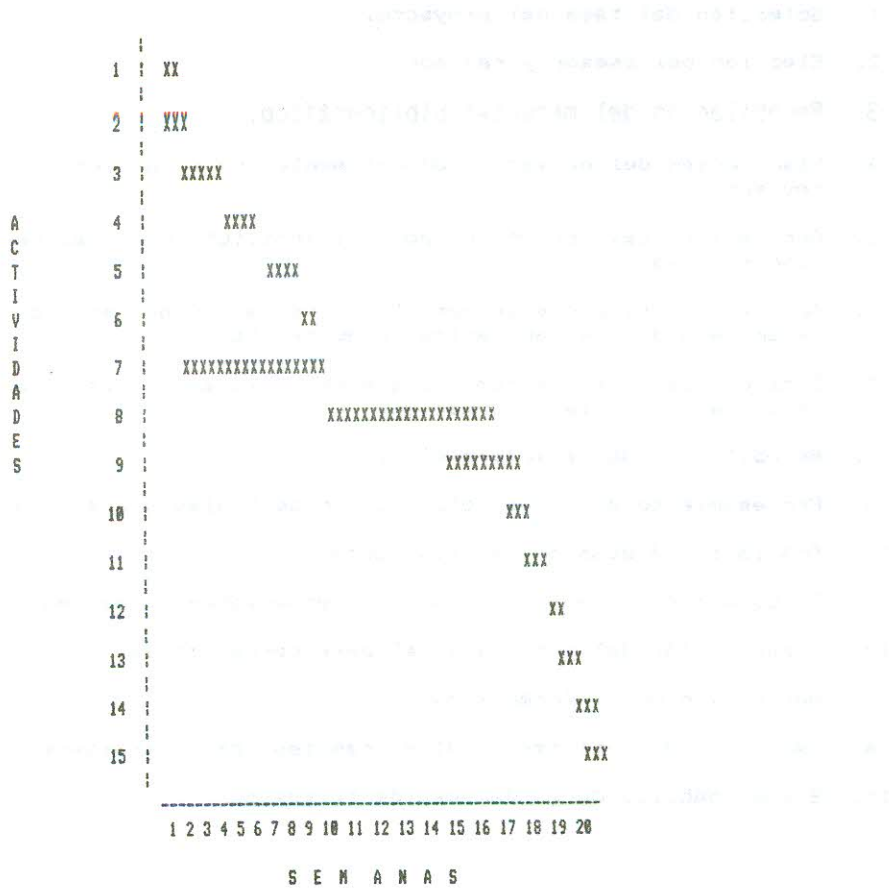
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Instituto Nacional de Cancerología.
6. Aprobación del proyecto por la Coordinación de Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
7. Diseños de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
8. Recopilación de la información.
9. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficos
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de la defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANTT



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX
ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

EDAD EN DECADAS

AÑOS DE EDAD	No. DE CASOS	%
MENORES DE 20 AÑOS	1	0.27
21 - 30	17	4.62
31 - 40	85	23.09
41 - 50	106	28.80
51 - 60	89	24.18
MAS DE 60 AÑOS	70	19.02
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 2

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No. DE CASOS	%
UNIDAS	138	37.50
CASADAS	116	31.52
SOLTERAS	53	14.40
VIUDAS	39	10.60
DIVORCIADAS	22	5.98
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 3

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	%
DEPARTAMENTAL	240	65.22
CIUDAD CAPITAL	123	33.42
EL SALVADOR	3	0.81
HONDURAS	1	0.27
TAPACHULA, CHIS. MEXICO	1	0.27
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO NO. 4

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

MOTIVO DE CONSULTA

SINTOMATOLOGIA	No. DE CASOS	%
HEMORRAGIA VAGINAL	141	38.31
LEUCORREA	53	14.40
LEUCORREA + HEMORRAGIA	45	12.23
HEMORRAGIA + DOLOR PELVICO	44	11.96
ASINTOMATICAS	43	11.68
DOLOR ABDOMINAL = PELVICO	16	4.35
LEUCORREA + DOLOR PELVICO	13	3.53
LEUCORREA + HEMORRAGIA DOLOR PELVICO	9	2.45
SINUSORRAGIA	4	1.08
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 5

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

TIEMPO DE EVOLUCION DEL MOTIVO DE CONSULTA

TIEMPO EVOLUCION EN MESES	No. DE CASOS	%
MENORES DE 4 MESES	207	56.25
4 - 6	72	19.56
9 - 12	28	7.61
MAS DE 12 MESES	18	4.89
ASINTOMATICAS	43	11.68
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 6
 ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX
 ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)
 ESTADIO CLINICO A SU INGRESO

ESTADIO CLINICO	No. DE CASOS	%
I	12	3.26
Ia	1	0.27
Ib	8	2.17
II	20	5.43
IIa	26	7.06
IIb	147	39.95
III	25	6.79
IIIa	15	4.07
IIIb	89	24.18
IV	18	4.89
IVa	1	0.27
IVb	2	0.54
ESTADIO CLINICO NO CLASIFICADO	4	1.08
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
 (Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 7

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)

TIPOS HISTOLOGICOS

TIPO HISTOLOGICO	No. DE CASOS	%
<u>ADENOCARCINOMAS PURS</u>		
MAL DIFERENCIADO	117	31.79
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	70	19.02
BIEN DIFERENCIADO	63	17.12
<u>ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS</u>	6	1.63
<u>ADENOSCAMOSOS</u>	112	30.43
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 8

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980-1990)

TIPO HISTOPATOLOGICO DE METASTASIS

TIPO HISTOLOGICO	M E T A S T A S I S						No. CASOS	%
	HUESO	PULMONES	HIGADO	RENAL	VEJIGA			
ADENOCARCINOMAS PUROS								
MAL DIFERENCIADOS MODERADAMENTE	10	3	1	0	0	14	28.00	
DIFERENCIADOS BIEN	2	3	2	3	3	12	26.00	
DIFERENCIADOS	2	0	1	1	0	4	8.00	
ADENOSCAMOSOS	18	0	0	0	0	18	36.00	
ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS	1	0	0	0	0	1	2.00	
TOTAL	33	6	4	4	3	50	100.00	
%	66.00	12.00	8.00	8.00	6.00		100.00	

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 9

ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX

ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980-1990)

TRATAMIENTO SEGUN ESTADIO CLINICO

TRATAMIENTO	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV	ESTADIO NO CLA- SIFICADO	TOTAL	%
RADIOTERAPIA + Qx.	2	11	2	0	0	15	4.08
CIRUGIA + Rt.	1	5	3	0	0	9	2.45
RADIOTERAPIA + Qt.	0	2	2	4	3	11	2.99
SOLO CIRUGIA	14	2	0	0	0	16	4.35
SOLO RADIOTERAPIA	1	147	101	15	0	264	71.74
NO COMPLETO Tx.	0	5	2	1	0	8	2.71
NINGUN Tx.	3	20	19	2	1	45	12.22
TOTAL	21	192	129	22	4	368	100.00
%	5.70	52.17	35.05	5.98	1.09	100.00	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador
(Ver anexo No. 1)

Qx. = CIRUGIA
Rt. = RADIOTERAPIA
Qt. = QUIMIOTERAPIA
Tx. = TRATAMIENTO

CUADRO No. 10
ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX
ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980-1990)
SOBREVIDA EN AÑOS POR ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO

ESTADIO	TRATAMIENTO	SOBREVIDA				NUMERO CASOS	%
		MESES DE 1 A	1-3 A	4-5 A	MAS DE 5 A		
I	RADIOTERAPIA + Qx	0	2	0	0	2	0.54
	CIRUGIA + Rt.	0	1	0	0	1	0.27
	SOLO CIRUGIA	7	5	0	2	14	3.80
	SOLO Rt.	0	1	0	0	1	0.27
	NINGUN Tx.	3	0	0	0	3	0.81
II	RADIOTERAPIA + Qx	1	7	3	0	11	2.99
	CIRUGIA + Rt.	2	1	2	0	5	1.36
	Qx. + Rt.	1	1	0	0	2	0.54
	SOLO CIRUGIA	1	1	0	0	2	0.54
	SOLO Rt.	56	67	21	3	147	39.99
	NINGUN Tx.	19	1	0	0	20	5.43
	NO COMPLETO Tx.	5	0	0	0	5	1.36
III	RADIOTERAPIA + Qx	1	1	0	0	2	0.54
	CIRUGIA + Rt.	0	1	0	2	3	0.81
	Qx. + Rt.	2	0	0	0	2	0.54
	SOLO Rt.	56	39	3	3	101	27.45
	NINGUN Tx.	19	0	0	0	19	5.16
	NO COMPLETO Tx.	2	0	0	0	2	0.54
IV	Qx. + Rt.	2	2	0	0	4	1.09
	SOLO Rt.	14	1	0	0	15	4.08
	NINGUN Tx.	2	0	0	0	2	0.54
	NO COMPLETO Tx.	1	0	0	0	1	0.27
ESTADIO CLASI- FICADO	Qx. + Rt.	2	1	0	0	3	0.81
	NO NINGUN Tx.	1	0	0	0	1	0.27
TOTAL		197	132	29	10	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

Qx. = CIRUGIA
Qt. = QUIMIOTERAPIA
Rt. = RADIOTERAPIA
Tx. = TRATAMIENTO
A = AÑOS

CUADRO No. 11
ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX
ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980-1990)
SOBREVIDA SEGUN TRATAMIENTO

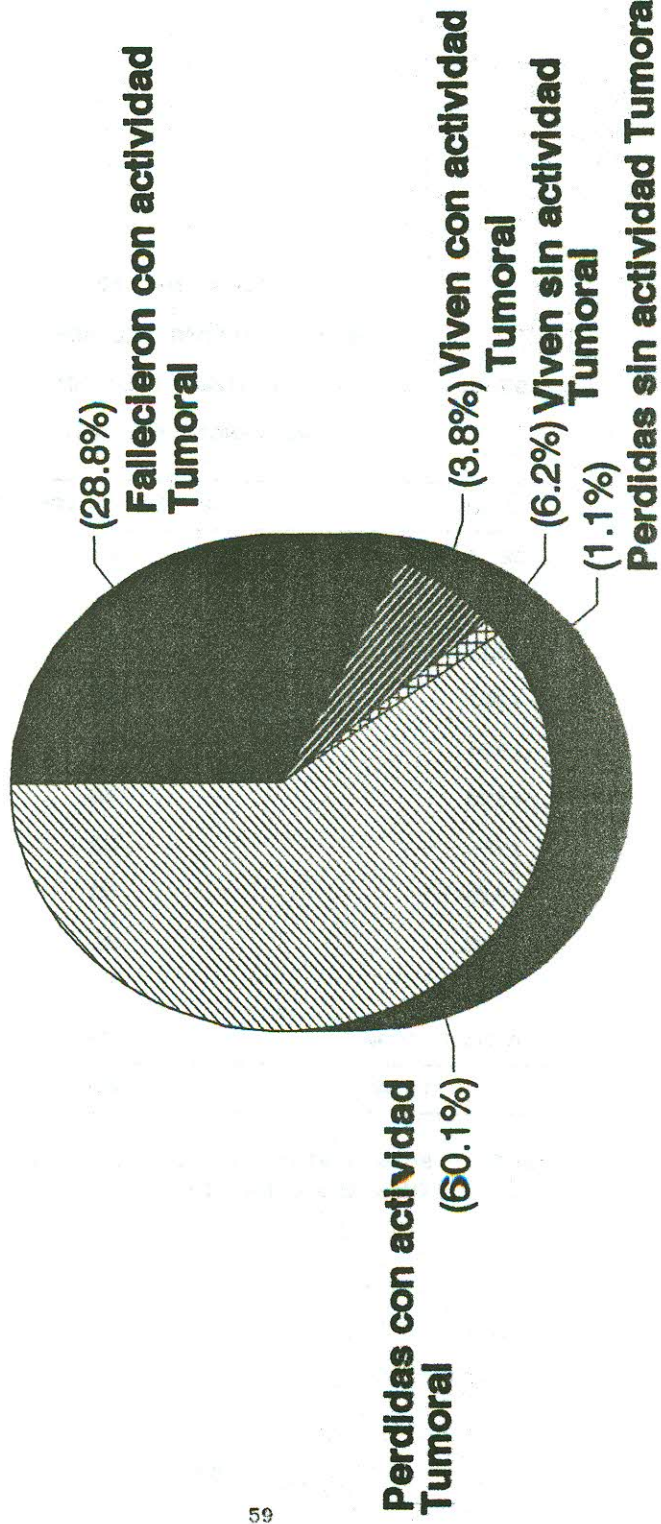
SOBREVIDA	TRATAMIENTO	NUMERO CASOS	%
VIVEN SIN ACTIVIDAD TUMORAL	RADIOTERAPIA + Qx.	3	0.81
	CIRUGIA + Rt.	1	0.27
	SOLO CIRUGIA	2	0.54
	SOLO RADIOTERAPIA	17	4.62
VIVEN CON ACTIVIDAD TUMORAL	CIRUGIA + Rt.	1	0.27
	SOLO RADIOTERAPIA	13	3.53
FALLECIERON CON ACTIVIDAD TUMORAL	RADIOTERAPIA + Qx.	3	0.81
	CIRUGIA + Rt.	2	0.54
	QUIMIOTERAPIA + Rt.	7	1.90
	SOLO RADIOTERAPIA	83	22.55
	NINGUN Tx.	8	2.17
PERDIDAS CON ACTIVIDAD TUMORAL	NO COMPLETO Tx.	3	0.81
	RADIOTERAPIA + Qx.	9	2.45
	CIRUGIA + Rt.	5	1.36
	QUIMIOTERAPIA + Rt.	4	1.09
	SOLO CIRUGIA	10	2.72
	SOLO RADIOTERAPIA	151	41.06
PERDIDAS SIN ACTIVIDAD TUMORAL	NINGUN Tx.	37	10.05
	NO COMPLETO Tx.	5	1.36
	SOLO CIRUGIA	4	1.09
TOTAL		368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
 (Ver anexo No. 1)

Qx. = CIRUGIA.
Qt. = QUIMIOTERAPIA.
Rt. = RADIOTERAPIA.
Tx. = TRATAMIENTO.

GRAFICA DE CUADRO NO. 11

SOBREVIDA SEGUN TRATAMIENTO



CUADRO No. 12
ADENOCARCINOMAS DEL CERVIX
ESTUDIO DE 368 PACIENTES (PERIODO 1980 - 1990)
FRECUENCIA POR AÑO

AÑOS	No. DE PACIENTES	%
DE JUNIO 1980	19	5.16
1981	14	3.80
1982	13	3.53
1983	13	3.53
1984	19	5.16
1985	28	7.61
1986	38	10.33
1987	38	10.33
1988	56	15.22
1989	77	20.92
A MAYO 1990	53	14.40
TOTAL	368	100.00

FUENTE: Boleta elaborada por el investigador.
(Ver anexo No. 1)

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se revisaron un total de 368 papeletas de pacientes a quienes se les diagnosticó alguna de las diferentes variedades de adenocarcinoma cervical; de dicha revisión, con base en los criterios de inclusión y exclusión detalladas en la metodología del presente estudio, se obtuvieron los siguientes resultados.

CUADRO No. 1

En este cuadro se muestra la frecuencia por edad, de pacientes con alguna variedad de Adenocarcinoma Cervical encontrándose que las edades más afectadas están comprendidas entre los 31 a 60 años (76.00%), correspondiéndole únicamente el 0.27% (1 paciente) a las menores de 20 años. Este dato nos confirma lo referido en la literatura consultada, la cual indica que el Cáncer Cervical invasivo tiene su máxima incidencia entre los 35 a 50 años, disminuyendo después de los 65 años.

CUADRO No. 2

En relación al estado civil observamos que el 69.02% de las pacientes, eran unidas y casadas; todos los estudios concuerdan en que el riesgo de cáncer del cérvix aumenta con el coito a edad temprana. Observamos también que 14.40% (53 pacientes) eran solteras, deduciéndose la probabilidad que el tener hijos no sea un acontecimiento causal importante, sino más bien la exposición sexual.

CUADRO No. 3

Sobre la procedencia podemos observar que el 65.22% (240 pacientes) pertenecen a los diferentes departamentos de la república, correspondiéndole únicamente a la ciudad capital el 33.42% (123 pacientes), siguiéndole en orden pacientes extranjeras en un 1.35%.

CUADRO No. 4

En cuanto al motivo de consulta observamos que la hemorragia vaginal como único síntoma, le corresponde un 38.31% (141 pacientes) ahora, si sumamos y asociamos a ésta otros síntomas como Leucorrea y dolor abdominal pélvico, nos representa un 65%. Esto nos demuestra una vez más, que la hemorragia vaginal es el signo-síntoma de alarma más importante del Cáncer Cervical Invasivo.

Observamos además que únicamente el 11.68% (43 pacientes) eran asintomáticas.

CUADRO No. 5

En cuanto al tiempo de evolución del motivo de consulta, observamos que el 56.25% (207 pacientes) refirieron el inicio de sus síntomas en un periodo menor a los 4 meses; seguido de un 27.17% (100 pacientes) que los refirieron en un periodo de tiempo de 4 a 6 meses, disminuyendo en un 4.89% cuando el tiempo de evolución es mayor de los 12 meses.

Esto pone en evidencia que la mayoría de pacientes consultan cuando se ha iniciado algún tipo de sintomatología, y no por un examen citológico control, pues vemos que sólo un 11.68% (43 pacientes) fueron asintomáticas al momento de consultar.

CUADRO No. 6

En cuanto al Estadio Clínico observamos que un 87.5% de las pacientes se encontraron en estadios clínicos II y III; esto significa que la mayoría de pacientes que consultaron a la Institución, lo hicieron en estadios clínicos avanzados; observando que el estadio clínico II tiene mayor concentración con un total de 193 pacientes, representando un 52.44%. Esto coincide con lo reportado por la Federación de Ginecología y Obstetricia, donde refiere que el estadio clínico más frecuentemente reportado se detecta en estadio II.

Analiza además el Estadio Clínico no clasificado con 1.08% (4 pacientes), los cuales por existir discrepancia diagnóstica no fue posible su clasificación.

CUADRO No. 7

En cuanto al tipo histopatológico, observamos que el Adenocarcinoma en sus tres variedades, Bien diferenciado, Moderadamente diferenciado y Mal diferenciado, representa un 67.93% (250 pacientes), correspondiéndole al mal diferenciado la mayor concentración en un 31.79% (117 pacientes);

esto nos indica desde su diagnóstico histopatológico, el mal pronóstico de estas pacientes.

Corresponde al Adenoescamoso en orden de frecuencia un 30.43% seguido por el Adenocarcinoma de Células Claras con 1.63% representando estos la tercera parte de las patológicas encontradas. Se coincide de esta forma con la literatura, la que reporta que estos dos últimos, tipos histológicos de carcinoma del cérvix son relativamente raros (2-5%).

CUADRO No. 8

En cuanto al tipo Histopatológico y Metastásis, podemos observar que de las 368 pacientes del estudio, únicamente 50 pacientes presentaron metástasis, al momento de su ingreso de las cuales el mayor porcentaje se concentró a nivel óseo con 66.00% (33 pacientes), teniendo mayor relación con el Carcinoma Adenoescamoso; coincidiéndose de esta forma con la literatura, la que reporta que estos son los carcinomas que con más frecuencia dan metástasis a hueso.

CUADRO No. 9

En el presente cuadro podemos observar que para los estadios clínicos II y III, la radioterapia fue el método de tratamiento más comúnmente establecido, correspondiéndole un 67.39% (248 pacientes). Esto se debió a lo avanzado de la enfermedad y por considerarse tratamiento estándar para estos estadios clínicos.

Siguiéndole en orden un 12.22% (45 pacientes) a las que no se les brindó ningún tratamiento, a pesar de que la mayoría se encontraba en estadios clínicos II y III; esto se debió a que las mismas rehusaron el tratamiento.

La cirugía como único tratamiento se efectuó en 16 pacientes (4.35%) de las cuales 14 se encontraban en estadios clínicos I.

La radioterapia combinada con cirugía fue efectuada solamente en 15 pacientes (4.08) de las cuales 11 se encontraban en estadio clínico II.

En cuanto al tipo de tratamiento se refiere, existe aún controversia entre quienes abogan por una cirugía radical, y quienes están a favor del tratamiento con radioterapia para los diferentes tipos de adenocarcinomas del cérvix, ya que hay una relación de pacientes jóvenes, con mejor estado general y tumores más pequeños, tratados con cirugía, y otro grupo menos favorable con irradiación. Además la exploración quirúrgica elimina de este grupo las pacientes con enfermedad más avanzada, por lo que las pacientes deben ser tratadas por un equipo en estrecha colaboración formada por el oncólogo y radioterapeuta.

CUADRO No. 10

En el presente cuadro se analiza el Estadío Clínico, tratamiento y sobrevida de las 368 pacientes del estudio.

Observamos que en el Estadío I se presentaron 21 pacientes; 14 de ellas fueron tratadas con cirugía, **sobreviviendo únicamente 2 pacientes a más de 5 años.**

La radioterapia y cirugía se les brindó a 2 pacientes con una sobrevida de 1-3 años. Un mismo porcentaje (0.81%) no recibieron ningún tratamiento a pesar de encontrarse en estadíos I.

Si unimos los estadíos II y III nos damos cuenta que son los estadíos en el cual las pacientes se presentaron con más frecuencia, dándonos un total de 321 pacientes correspondientes al 87%. La mayoría de ellas (248 pacientes) fueron tratadas sólo con radioterapia, de las cuales sólo 6 sobrevivieron a los 5 años.

Notamos además que en los 2 estadíos hay un alto porcentaje de pacientes que no recibieron tratamiento (39 pacientes). Ya que estas lo rehusaron.

En lo que respecta al estadío IV observamos que el porcentaje disminuye considerablemente presentándose sólo 22 pacientes de las cuales 15 pacientes (4.08%) se les brindó radioterapia, pero sólo 1 paciente sobrevivió a 1 año.

En el estadío clínico no clasificado se observa que fueron tratadas 4 pacientes, de las cuales solamente

3 pacientes tuvieron tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia y solamente 1 paciente sobrevivió a 3 años.

Sabemos que la sobrevida para las pacientes con alguna de las variedades de adenocarcinoma cervical es bajo, principalmente cuando estas se ven afectadas por: tipos histológicos mal diferenciados, tamaño de la lesión, afección a ganglios linfáticos pélvicos positivos y estadio clínico (IIIa, IIIb y IV) referidos como de peor pronóstico.

CUADRO No. 11

El presente cuadro y gráfica No. 11 de sobrevida según tratamiento, vemos en el primer renglón a pacientes que VIVEN SIN ACTIVIDAD TUMORAL; observando que el mayor porcentaje (4.62%) 17 pacientes continúan con vida sólo con radioterapia seguida de un 0.81%, a las cuales se les brindó radioterapia combinada con cirugía.

En el segundo renglón de las pacientes que viven con actividad tumoral; observamos que de un total de 14 pacientes 13 de ellas (3.53%) fueron tratadas con radioterapia, seguidas de 0.27% (1 paciente); a la que se le se les brindó tratamiento combinado.

En el tercer renglón de pacientes que fallecieron con actividad tumoral, observamos que el 22.55% (83 pacientes) recibieron radioterapia; seguidas de un 2.17% (8 pacientes),

que no se les brindó ningún tratamiento por rehusar éstas al mismo. El 4.06% restante se les brindó tratamientos combinados, así como quienes no completaron el tratamiento.

El cuarto renglón de pacientes perdidas con actividad tumoral, le corresponde el mayor porcentaje a pacientes tratadas con radioterapia, representando el 41.06% (151 pacientes), las cuales ya no regresaron a sus citas. Seguidas de un 10.05% (37 pacientes) las cuales rehusaron tratamiento pese a que se encontraban en estadio inicial.

En el último renglón de pacientes perdidas sin actividad tumoral; vemos que el 1.09% (4 pacientes) fueron tratadas quirúrgicamente ya que el estadio clínico en el que se encontraron era inicial. Por lo que se deduce que estas pacientes hayan sido curadas totalmente; aunque no se puede tener la absoluta certeza ya que estas pacientes se perdieron

Con respecto a los resultados obtenidos, podemos deducir que la sobrevida de estas pacientes con Adenocarcinomas del Cérvix es malo, pues observamos en la gráfica número 11 que la radioterapia sola o combinada no tiene el resultado deseado ya que solo un 6.24% continúa con vida hasta la fecha.

CUADRO No. 12

El presente cuadro nos demuestra la distribución según el año en que fueron diagnosticados los diferentes tipos de adenocarcinomas del cérvix.

Observamos que de un 5.16 correspondiente a 1980, esta patología alcanzó un total de 20.92% en 1989, seguido de un 14.40% en 1990. Estos resultados nos confirma que esta patología está aumentando en los últimos años, tal y como lo demuestra la literatura consultada.

IX. CONCLUSIONES

1. Los diferentes tipos histológicos de Adenocarcinoma del Cérvix ocupa un lugar importante como causa de morbilidad y mortalidad en mujeres comprendidas en las edades de 31 a 60 años.
2. Del total de casos el 65.22% correspondieron a los diferentes departamentos de la república, lo cual es producto de la poca accesibilidad a la Institución para sus controles periódicos.
3. El 88.32% de las enfermas consultaron cuando presentaron algún sintoma, siendo sólo un 11.68% pacientes asintomáticas.
4. El motivo de consulta más frecuente fue la hemorragia vaginal y leucorrea lo que confirma la búsqueda de atención en forma tardía.
5. Los estadios clínicos más frecuentemente encontrados fueron el II y III.
6. Los tipos histológicos más frecuentemente encontrados fueron: los Adenocarcinomas en sus tres variedades, predominando el mal diferenciado.
7. El 71.7% fueron tratadas únicamente con radioterapia por encontrarse en estadios avanzados.
8. La sobrevivencia de las 368 pacientes del estudio fue menor de un año en el 53.53% de los casos.

X. RECOMENDACIONES

1. Que el Instituto Nacional de Cancerología conjuntamente con la Dirección General de Servicios de Salud, establezcan un programa nacional para el control del cáncer cervicouterino con la participación de instituciones que lleven a cabo programas de salud materno infantil, programas dirigidos al mejoramiento y desarrollo de la salud de la mujer y programas de adolescentes, con acciones sistematizadas y permanentes.

2. Que se concientice a la mujer guatemalteca sobre la importancia de efectuarse un examen citológico (Pap) por lo menos cada año, principalmente a aquellas mujeres que se encuentran en actividad sexualmente activa, menores y mayores de 20 años.

3. Que toda paciente con cáncer cervicouterino sea evaluada conjuntamente por el oncólogo y el radioterapeuta, para establecer claramente el estadio clínico y tratamiento correspondiente.

4. Que el cáncer cervicouterino como todo cáncer, sea tratado única y exclusivamente por expertos en la materia, para que así se logre disminuir la morbi-mortalidad de dicha enfermedad.

5. Utilizar más de un método diagnóstico para corroborar la patología ya existente, o cuando exista discrepancia entre uno u otro diagnóstico histopatológico, y se de el tratamiento correspondiente.

6. Recalcar en las pacientes la importancia de efectuar un seguimiento posterior, como parte importante del tratamiento completo.

7. Que la presente investigación sea un aporte más en la prevención del Cáncer Cérvico Uterino en Guatemala.

XI. RESUMEN

La presente investigación sobre Adenocarcinomas del Cérvix, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico, fue un estudio de carácter retrospectivo, realizado en el Instituto Nacional de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle" (I N C A N) en el periodo comprendido del 1 junio 1980 al 31 mayo 1990.

En dicho estudio se revisaron un total de 368 expedientes, los cuales provinieron del archivo de la Institución y del Registro del Cáncer.

La razón fundamental del estudio, se basa en que a pesar de contar con datos extranjeros sobre adenocarcinoma del Cérvix, en nuestro medio no existen datos que nos demuestren la frecuencia y el pronóstico de estas pacientes.

De esta forma encontramos que el adenocarcinoma en sus diferentes tipos histopatológicos se da en un 4.27% de todas las pacientes con cáncer de cérvix que consultaron a la Institución.

En cuanto a la sobrevida, el estudio revela que la mayoría de estas pacientes consultaron en etapa avanzada por lo que el pronóstico es malo, aunado a ésta, se encontró que el tipo histopatológico más frecuente fue el Adenocarcinoma Mal Diferenciado, el cual por si solo tiene ya un mal pronóstico.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Astedt, B. et al, Genital infections and cervical carcinoma. Br. Med J 1978 Jul 15; 2 (6131): 201-202
2. Brenner, D. E. Carcinoma of the cervix-s review- Am J Med Sci 1982 Jul-Aug; 284 (1): 31-48 (111 ref.)
3. Grant, E. C. Cervical cancer and oral contraceptives. Lancet 1983 Mar 5; (1): 528
4. Eifel P. J. et al. Adenocarcinoma of the uterine cervix pronosis and patterns of foilure in 367 cases. Cancer 1990 Jun 1; 65 (11): 2507-14
5. Andersen E. S., et al. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervical a clinico-pathologic study of 36 cases. Gynecol Oncol 1989 Oct 35 (1): 1-7
6. Leminen A. et al, Adenocarcinoma of theuterine cervix. Cancer 1990 Jo 1:65 (1) 53-9
7. Parazzini F. et al, Oral contraceptive use and invasive cervical. Cancer. Int. J. Epidemial 1990 Jun 19 (2) 259-63

8. Stendahl V. et al, Cervical cancer rate for progesterone during pregnancy and contraception. Am J. Obstet Gynecol 1990 Aug 163 (2) 685-6
9. Valinh P. T. et al, Cervical adenocarcinoma. Gynecol Oncol 1987 May 17 (1) 58-69
10. Kathryn F. et al, Squamous cell and adenocarcinoma of the cervix. Obstetric and Gynecology 1992 Aug 15 (4): 109-119
11. Berek JS. et al, Adenocarcinoma of the uterine cervix: Histologic variables associated with lymph node metastasis and survival. Obstetric Gynecologic 1985 Aug 15 (3): 43-52
12. Hopkins M. P. et al, A comparison of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix. Obstetric and Gynecology 1991, 77: 912-917
13. Peters R. K. et al, Trends in cervical cancer rates in Norway. Journal of the National Cancer Institute. 1988 Apr (20): 288-9
14. Valente P. T.; Hanjani P. Endocervical neoplasia in long-term users of oral contraceptives: Clinical and pathologic observations. Obstetric and Gynecology 1986 May; 67 (5): 695-704

15. Dallenbavk, Hellweg G. Administración Depo-provera, Testimony, Reporting Group, 1983. 142-62

16. Ralph C Benson, Manual de Ginecología y Obstetricia. 7a, Edición el manual moderno México D. F. 1985 p 872-897,
915-920

17. Novak, Jones y Jones, Tratado de Ginecología. 11a. Edición, nueva editorial interamericana México 1988. p 603-623

18. Robbins, Cotran, Patología Estructural y Funcional, 2a. Edición, Nueva editorial interamericana México D.F. 1985
p 1163-1171

19. Sabiston, Tratado de Patología Quirúrgica. 11a. Edición, Nueva editorial interamericana México D. F. 1981 p. 1685-1688

20. Disaia, Creasman, Clinical Gynecologic Oncology. 3a. Edición, The C. V. Mosby Company Washington, D. C. 1989.
p 89

21. Adenocarcinoma del Cérvix Uterino. Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1992 Mayo-Agosto 6 (2) 15-16

22. Vincent T. de Vita, Jr. Principios y Práctica de Oncología. 2a. edición Salvat Editorial S. A. México D.F. 1987. p. 760-783 Toma No. 1

23. Kaser V. Fridberg, K.G. Ober, Ginecología y Obstetricia, Salvat Editores S. A. Barcelona, 1984. p. 383-402 Toma No.III

24. Alfonso Torres Labaton, et al. Valor de la Radioterapia Posthisterectomía Radical en pacientes de Riesgo para desarrollar Recurrencia por Cáncer del Cérnix estadios Ib y IIa en 47 casos. Cancerología 1991 Enero - Marzo 1:37 p 1225-1231

25. E. Patricia Fuentes F, et al. Radioterapia Paliativa en fracción única mensual para el tratamiento del Cáncer Cervicouterino avanzado, en 25 casos. Cancerología 1990 Abril-Junio 1:36 p. 1045-1049

26. René Rodríguez Guajardo, et al. Importancia de Citología y Clínica en el manejo de Cáncer de Cérnix. Cancerología 1989. Enero-Marzo 1:35 p 734-737

XIII. ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA "DR. BERNARDO DEL VALLE"
GUATEMALA, C. A.

ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____

EDAD _____ PROCEDENCIA _____

ESTADO CIVIL _____ REGISTRO MEDICO _____

FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE ALTA _____

SINTOMAS Y SIGNOS DE INGRESO

LEUCORREA _____ HEMORRAGIA VAGINAL _____

DOLOR ABDOMINAL-PELVICO _____ LEUCORREA+HEMORRAGIA VAGINAL _____

HEMORRAGIA+DOLOR PELVICO _____ LEUCORREA+DOLOR PELVICO _____

LEUCORREA+HEMORRAGIA VAGINAL, DOLOR ABDOMINAL PELVICO _____

SINUSORRAGIA _____ ASINTOMATICA _____ OTROS _____

TIEMPO DE EVOLUCION

MENOS DE 4 MESES _____ DE 4 A 6 MESES _____ DE 9 A 12 MESES _____

MAS DE 12 MESES _____ NO LO REFIRIERON _____

TRATAMIENTO

RADIOTERAPIA+Qx. _____ CIRUGIA+Rt. _____

RADIOTERAPIA+Qt. _____ SOLO CIRUGIA _____

SOLO RADIOTERAPIA _____ SOLO QUIMIOTERAPIA _____

NO COMPLETO TX. _____ NINGUN Tx. _____

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO _____ ESTADIO CLINICO _____

TIPO HISTOLOGICO DE METASTASIS

HUESO _____ PULMONES _____ HIGADO _____
RINON _____ VEJIGA _____ CEREBRO _____

SOBREVIDA

MENOS DE 1 AÑO _____ DE 1 A 3 AÑOS _____
DE 4 A 5 AÑOS _____ MAS DE 5 AÑOS _____

ANEXO No. 2

NORMAS DE MANEJO DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO INVASOR DE ACUERDO CON LA ETAPA CLINICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

ETAPA I-A (Microinvasor)	ETAPA I-B (Lesión menor 5 Cms.)	ETAPA I-B o	ETAPA II-III
Hasta 5 mm. Histerectomía extrafacial amplia con manguito vaginal no menor de 3 Cms.	Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica	Radioterapia externa (cobalto) y Radioterapia Intracavitaria (Cesium 137)	
Microinvasivo con invasión estromal y permeación linfática y vascular hasta 5 mm. Histerectomía radical		Buena Respuesta	Respuesta pobre o nula
		Seguimiento clínico	Evaluación para cirugía radical "de rescate" o tratamiento paliativo

Las pacientes con carcinoma de células claras deben recibir radiación completa en todas las etapas + Ayerogen por vía oral.

* Las pacientes mayores de 60 años o las que se encuentren en pobres condiciones de salud deben recibir tratamiento completo con radiación, así como todas aquellas con compromiso linfático.

El CARCINOMA EN ETAPA IV: Recibirá curso completo de radiación a la pelvis y tratamiento específico de sus diferentes complicaciones. Si presenta hemorragia efectuar ligadura de las arterias Hipogástricas, Infundíbulo Pélvico y Funiculares. Si hubiera obstrucción rectal, Colostomía, obstrucción de ambos uréteres hacer Nefrostomía de preferencia del lado derecho, etc.