

MED:  
Tesis  
P 441 i  
2002

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE POST GRADO**

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
INVENTARIO  
2002-03  
P. 441 i  
2002

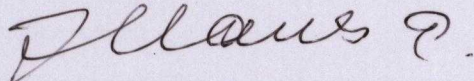
**INCIDENCIA Y CONDUCTA**  
**DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO**  
**EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL**  
**"GERMAN URQUIDI"**  
**(ENERO A DICIEMBRE DEL 2001)**

AUTOR:

DRA. MARGARITA PERICON BALDERRAMA  
R-III de Ginecología y Obstetricia del H.M.I.G.U.

TUTOR:

DR. SILVIO ILLANES  
Jefe de Enseñanza de Post-grado  
Ginecología y Obstetricia  
HMIGU



**Dr. Silvio Illanes A.**  
**JEFE DE ENSEÑANZA POST - GRADO**  
**GINECOLOGIA OBSTETRICIA**  
**FAC. MEDICINA**

Cochabamba - Bolivia  
Febrero 2002



## INDICE

	Pág.
6.5.3.3. Cistoscopia.....	18
6.5.3.4. Rectoscopia.....	19
6.5.3.5. Urografía intravenosa.....	19
6.5.3.6. Linfografía.....	19
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
IV. OBJETIVOS.....	8
V. JUSTIFICACIÓN.....	9
VI. MARCO TEORICO.....	13
6.1. Etiología y patogenia.....	13
6.2. Anatomía patológica.....	13
6.2.1. Aspecto Macroscópico.....	13
6.2.2. Aspecto microscópico.....	14
6.3. Factores de riesgo epidemiológico.....	15
6.3.1. Edad en el momento del primer coito.....	15
6.3.2. Actividad sexual.....	15
6.3.3. Agentes Virales.....	15
6.3.4. Semen carcinógeno.....	15
6.3.5. Bajo estado socioeconómico.....	16
6.4. Síntomas.....	16
6.5. Diagnóstico.....	17
6.5.1. Diagnóstico precoz del carcinoma cervical.....	17
6.5.2. Diagnóstico del carcinoma cervical en fase avanzada.....	18
6.5.3. Diagnóstico de Extensión.....	18
6.5.3.1. Inspección del cuello uterino y de la vagina.....	18
6.5.3.2. Tacto vaginoabdominal y rectoabdominal.....	18
VII. SISTEMA DE CALIFICACION DE LA INFORMACION.....	18
VIII. CONCLUSIONES.....	50
IX. RECOMENDACIONES.....	55
X. BIBLIOGRAFIA.....	57
INDICE DE GRAFICOS.....	59



6.5.3.3. Cistoscopia.....	18
6.5.3.4. Rectoscopia.....	19
6.5.3.5. Urografia intravenosa.....	19
6.5.3.6. Linfografia.....	19
6.5.3.7. Otras modalidades de imagen.....	19
6.5.4. Diagnóstico diferencial.....	19
6.5.4.1. Diagnósticos diferenciales frecuentes.....	20
6.5.4.2. Diagnósticos diferenciales menos frecuentes.....	20
6.6. Clasificación por etapas del carcinoma cervicouterino.....	20
6.7. Tratamiento.....	21
6.7.1. Tratamiento del CIN.....	21
6.7.1.1. CIN I (displasia leve).....	22
6.7.1.2. CIN II (displasia moderada).....	22
6.7.1.3. CIN III (displasia intensa o carcinoma in situ).....	22
6.7.2. Tratamiento del carcinoma cervicouterino invasor.....	23
6.7.2.1. Histerectomía oncológica.....	24
6.7.2.2. Tratamiento por radiaciones.....	26
6.8. Factores pronósticos en cáncer de cuello uterino.....	26
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
7.1. Tipo de estudio.....	28
7.2. Área de estudio.....	29
7.3. Universo.....	29
7.4. Criterios de inclusión.....	29
7.5. Criterios de exclusión.....	29
7.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
7.7. Procedimientos.....	30
VIII SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION.....	31
IX. CONCLUSIONES.....	50
X. RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
INDICE DE GRAFICOS.....	59



## I. RESUMEN

El objetivo de la investigación fue estudiar la incidencia y conducta del carcinoma cervicouterino año 2001 en el Maternológico Germán Urquidi-Cochabamba, además de establecer la asociación entre factores de riesgo epidemiológicos considerados importantes en la probable génesis del cáncer de cervix.

El estudio fue retrospectivo, longitudinal, descriptivo, analítico y correlacional. De un total de 8241 pacientes internadas, se identificó 49 pacientes con cáncer cervicouterino en diferente estadio de evolución.

Se estableció una incidencia de cáncer cervical a nivel institucional-año 2001 de, 5,9 por 1000 o de 59 por 10.000. El grupo de edad más afectada fue de 35 a 64 años alcanzando un 67%. Un 73% provenían de áreas social y económicamente deprimidas (rural-periurbano); 88% no contaban con ingreso económico reenumerado; un 33% analfabetas y un 59% cursó sólo nivel de educación primaria; el promedio de paridad fue de 5,9.

El 92% de las enfermas tuvieron inicio de su vida sexual antes de los 20 años y un 55% presentó y/o tiene dos o más compañeros sexuales; 39% desarrolló cervicovaginitis crónica infecciosa y un 18% infección por HPV.

La forma histológica más frecuente de presentación fue carcinoma epidermoide con 96%; el carcinoma in situ alcanzó 14% frente a un 86% de cáncer invasor. El 71% de las pacientes con carcinoma invasivo presentaron lesión exofítica; un 22% presentó compromiso vesical frente al 10% con compromiso vesico-rectal.

Un 51% de las pacientes fue transferida a radioterapia; a 30% se les realizó histerectomía extrafascial e histerectomía ampliada de W. Meigs y, finalmente 18% no recibió ningún tratamiento.

Un programa de detección selectiva citológica, permitirá reducir la incidencia del cáncer cervicouterino, además que mensualmente deberá reportarse los hallazgos de casos nuevos elaborando registro nominal, por ser éste un elemento de Vigilancia Epidemiológica.



## II. INTRODUCCION

El cáncer cervical es el tumor maligno más común de los órganos reproductores femeninos y en la actualidad es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años, su incidencia es más alta entre las mujeres de grupos socioeconómicos bajos y entre las que presentan una historia de coitos precoces y frecuentes y múltiples compañeros sexuales. Se ha implicado como factor etiológico importante de la neoplasia cervical, la transmisión por vía sexual del virus del papiloma humano.

Actualmente se cuenta con la tecnología necesaria para poder enfrentar este daño con resultados positivos. La accesibilidad única del cuello uterino tanto el estudio celular y tisular como la exploración física directa ha permitido la investigación extensa de la naturaleza de sus lesiones neoplásicas. Aunque nuestro conocimiento es aún incompleto, diversas investigaciones han demostrado que la mayor parte de estos tumores tienen un inicio gradual más que explosivo. Sus precursores preinvasores pueden existir durante años en una fase reversible de enfermedad superficial o in situ, que puede constituir, a su vez, una entidad cambiante, al menos en algunos casos.

Las fases precoces de la enfermedad pueden ser asintomáticas, resultan detectables empleando los métodos disponibles en la actualidad. El concepto de desarrollo de las neoplasias malignas cervicales ha convencido a muchos de que el control de la enfermedad es una meta alcanzable en un futuro próximo. Es posible erradicar la mayor parte de las muertes debidas al cáncer cervical empleando las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles en estos momentos.

El arma puntual para el diagnóstico precoz, sigue siendo el Papanicolaou, debiéndose confirmar con la biopsia y estudio histopatológico. Cualquier discordancia citológica-histológica, es obligación del médico efectuar un cono biopsia diagnóstico para la confirmación del mismo, y que puede convertirse en terapéutico cuando el



patólogo descarta cáncer y confirma lesión intraepitelial con márgenes libres de enfermedad.

El cáncer cervical es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo. Hay pruebas convincentes que demuestran que los programas de detección selectivas citológicas permiten reducir de forma eficaz la mortalidad debida al carcinoma de cuello uterino; el **grado de reducción de mortalidad logrado se relaciona directamente con la proporción de la población explorada**. De hecho, los diversos estudios realizados en todo el mundo demuestran que la detección selectiva del cáncer no solo hace disminuir la mortalidad, sino que, probablemente, logra dicho objetivo haciendo decrecer la incidencia. No se ha apreciado disminución de la incidencia del cáncer cervical sin la instauración de un programa de detección selectiva. Las actividades de promoción y prevención son efectivas y de bajo costo y suelen ser suficientes como para poder realizar actividades de detección precoz, con tratamientos eficaces.

El presente trabajo monográfico, establece la incidencia de cáncer de cervix en el Maternológico Germán Urquidí de Cochabamba, durante el año 2001, además de analizar y establecer la fuerte e importante asociación entre los factores de riesgo considerados más importantes a la probable génesis del cáncer de cervix, incluyéndose la conducta terapéutica en los casos de cáncer cervicouterino confirmados.

El análisis se hace fundamentalmente en términos de incidencia (Nº de casos diagnósticos en un periodo especificado). La información que surge de este tipo de análisis es de vital importancia para el clínico, el salubrista y el investigador básico. La identificación de factores que favorecen al aumento de la incidencia de cáncer en la población, permitirá desarrollar programas de prevención por medio de la educación. Por otra parte, la selección de poblaciones de alto riesgo a través de la identificación de características que los distinguen, permitirá también establecer programas de vigilancia con el fin de detectar precozmente el seguimiento del cáncer en estas personas o bien de someterlas a cirugía preventiva o tratamientos médico-quirúrgicos adecuados.