

# Lesiones Tumorales Múltiples en Pacientes de la Clínica Ginecológica del Hospital Universitario del Valle

Dres.: Jorge Zuñiga C., M.D.\* y Jaime Saavedra, M.D.\*\*

## INTRODUCCION

Luego de las comunicaciones de Billroth en 1889 (1), sobre pacientes con neoplasias primarias múltiples, el interés por estas se mantuvo por algunos informes aislados de unos cuantos casos, hasta que en la primera mitad del siglo XX, estos fueron aumentando progresivamente hasta el punto que su estudio e investigación dejó de ser una curiosidad médica para convertirse en un verdadero problema. Billroth, en el trabajo citado por Moertel (18) puntualizó que no sólo es posible que en un paciente se desarrollen dos neoplasias simultáneamente sino que en pacientes "curados totalmente" de una neoplasia evolucione una nueva y diferente a la anterior.

La revisión cuidadosa de Moertel (18, 19, 20) antes mencionada, permitió re-

colectar algo más de 10.000 casos de neoplasias primarias múltiples documentadas por varios centenares de autores. Esta revisión, si bien fue cuidadosa es considerada incompleta por sus mismos autores. No sólo parece haber aumentado el número de casos informados sino "que el fenómeno parece haberse aumentado" (18, 19, 20). Este incremento en la aparición del fenómeno refleja la mejoría general en las tasas de supervivencia, lo que ha permitido que más pacientes vivan lo suficiente para que se desarrolle en ellos una nueva neoplasia, como lo observan varios autores (6, 16, 18); "un enfermo con cáncer tiene mayor tendencia a presentar otra neoplasia". (18, 19, 20).

Los investigadores dedicados al estudio han tenido la esperanza de que los factores de predisposición genética, etiología y patogénesis, que son oscuros en el paciente con una neoplasia, se clarifiquen en un paciente que padece dos.

Desde este punto de vista las opiniones han sufrido variaciones tan diametralmente opuestas, como aquella que se consideró en un comienzo: "que en un paciente curado de una neoplasia queda-

---

\* Profesor Asociado, Jefe Servicio de Ginecología. Departamento de Ginecología y Obstetricia. División de Salud Universidad del Valle.

\*\* Residente 3er. año. Departamento de Obstetricia y Ginecología.

ba con protección para el desarrollo de otra" (22), o mencionar que "no hay diferencia demostrable, ya sea de predisposición constitucional para el desarrollo del cáncer en los diferentes órganos o de cualquier inmunidad para el primero" (31).

En algunos de los estudios revisados se menciona que las posibilidades de que un segundo cáncer se desarrolle en un individuo, quien ha sido curado del primero son iguales o tal vez excedan las de la población general. (18, 28, 29, 30, 31).

Nuestro trabajo sólo pretende iniciar el conocimiento del problema en nuestro medio, con el informe de casos estudiados en la clínica de tumores ginecológicos del Hospital Universitario del Valle.

## PACIENTES Y METODOS

Para los objetivos del presente trabajo se tomaron en cuenta las historias de las pacientes que asistían a la clínica de tumores de la consulta externa ginecológica del Hospital Universitario del Valle y que tenían como diagnóstico clínico dos o más neoplasias primarias, con comprobación anatopatológica; se estudiaron las historias emitidas desde enero de 1977 a enero de 1978.

Fueron vistas en este período 1.118 pacientes, de las cuales 726 eran controles y 392 eran vistas por primera vez.

Los criterios estipulados por Warren y Gates (33) en 1932 y citados por Moertel (18, 19, 20), fueron tomados como base en la selección de los casos por considerarlos lo suficientemente prácticos y realistas, estos son:

1. Cada tumor debe tener un cuadro definido de malignidad.

2. Cada uno debe ser distinto.

3. Debe ser excluida la posibilidad de que uno sea la metástasis del otro.

En cuanto a los casos en los cuales el diagnóstico anatomo-patológico se realizó por laboratorio distinto al del H.U. V., se incluyó en el estudio aquellos casos que tenían diagnósticos anatomo-patológicos proveniente de patólogos calificados o en su defecto se solicitaron las placas histológicas para hacerlas revisar en el Departamento de Patología del H.U.V.

Se rechazaron los casos en que había sobre el diagnóstico dudas sobre este. Es de anotar que todas las pacientes del estudio están vivas al corte de este; no se revisaron casos de autopsia.

## RESULTADOS

Se encontraron 18 casos de tumores primarios múltiples en 1.118 pacientes con tumores en el tracto genital. Tabla No. 1.

En los grupos etéreos estudiados no hubo diferencia estadística en la frecuencia, ello se observa en la Tabla No. 2. Las edades extremas se presentaron en dos pacientes quienes tenían 33 y 78 años, respectivamente.

Toda lesión diagnosticada dentro del mismo período de seis meses fue clasificada arbitrariamente como "lesiones simultáneas" y toda lesión diagnosticada en un intervalo de más de seis meses respecto de la primera lesión fue clasificada como intervala.

De las pacientes estudiadas cuatro presentaron lesiones simultáneas; tres (3) dos lesiones y una (1) presentó tres lesiones consecutivas.

El intervalo entre la primera y la se-

Tabla No. 1

PACIENTES CON TUMORES MULTIPLES – CLINICA GINECOLOGICA –  
H. U. V. 1977 - 1978 – Cali – Colombia S. A. –

Caso	Edad	PRIMERA LESION			SEGUNDA LESION			ESTADO DEL PACIENTE A ENERO/79
		Mes/año	SITIO	Tratamiento	Mes/año	SITIO	Tratamiento	
1	66	7/77	Vulva Invasivo	Vulvectomía total	8/77	Ca Cervix E II	Radiación	Viva – sin evidencia de enfermedad
					8/77	Ca Vagina In Situ	Radiación	
2	51	10/76	Ca Cervix E II	Radiación	11/77	Vulva In Situ	Vulvectomía Total	Viva – sin evidencia de enfermedad
3	34	2/77	Ca Cervix In Situ	Histerectomía	11/77	Vagina In Situ	Vaginetomía	Asintomática
4	78	5/77	Ca Endometrio E IV	Radiación	12/78	Ca Cervix E II	Radiación provera	Metástasis a pulmón
5	56	12/64	Ca Cervix E II	Histerectomía Radical	6/78	Vulva In Situ	Vulvectomía Total	Asintomática
6	56	3/69	Ca Colon	Cirugía Radiación	2/78	Cervix E II	Radiación	En tratamiento
7	41	9/77	Ca mama	Cirugía	3/78	Ca Ovario	Cirugía Radioterapia Quimioterapia	Enfermedad Controlada
8	68	10/74	Ca mama	Cirugía	9/78	Ca Cervix E II	Radiación	Asintomática
9	70	3/70	Ca Cervix E III	Radiación	3/76	Ca mama	Radiación Quimioterapia	Sintomática
10	87	5/73	Ca antro maxilar	Radiación	7/78	Ca Cervix E IV	Radiación	Recidiva en antro maxilar

( Continúa )

(Continuación)

Tabla No. 1

PACIENTES CON TUMORES MÚLTIPLES – CLÍNICA GINECOLÓGICA –  
H. U. V. 1977 - 1978 – Cali – Colombia S. A. –

Caso	Edad	PRIMERA LESION			SEGUNDA LESION			ESTADO DEL PACIENTE A ENERO/79
		Mes/año	SITIO	Tratamiento	Mes/año	SITIO	Tratamiento	
11	78	9/71	Ca Cervix E II	Radiación	12/78	Ca basocelular Nariz	Cirugia	Asintomática
12	68	5/70	Ca Cervix E II	Radiación	7/74	Ca Riñón	Cirugía Quimioterapia	Metastasis Pulmón
13	42	9/71	Linfoma	Radiación Quimioterapia	5/79	Cervix E IV	Radiación	Asintomática
14*	48	5/78	Ca de Cervix E I B	Radiación	5/78	Ca basocelular de nariz	Radiación	Asintomática
15	43	3/76	Ca Cervix E II A	Radiación	4/76	Ca basocelular nariz	Radiación	Asintomática
16	71	12/65	Ca Ovario	Radiación	5/67	Ca mama	Cirugia Radiación	Asintomática
17	33	12/74	Ca Cervix In Situ	Cirugía	7/78	Ca mama	Cirugía Radiación	Asintomática
18	55	—/67	Ca mama	Cirugía	5/79	Ca de Ovario E IV	Radiación Quimioterapia	Sintomática

(\*) El 2 de mayo se practicó biopsia de lesión en nariz y el 11 de mayo biopsia de cervix per citología G II

Tabla No. 2  
GRUPOS DE EDAD

Grupos de Edad	No. de pacientes	%
30 – 39	3	16.6
40 – 49	4	22.2
50 – 59	4	22.2
60 – 69	3	16.6
70 y más	4	22.2
Total	18	100

gunda lesión fue de 4.5 años con un rango de 1 mes a 14 años.

El número de pacientes con lesiones primarias múltiples disminuyó con el paso del tiempo después del diagnóstico de la primera lesión (Fig. 1). Indudablemente muchos factores pueden contribuir a esta relación temporal, pero desde el punto de vista práctico, debería men-

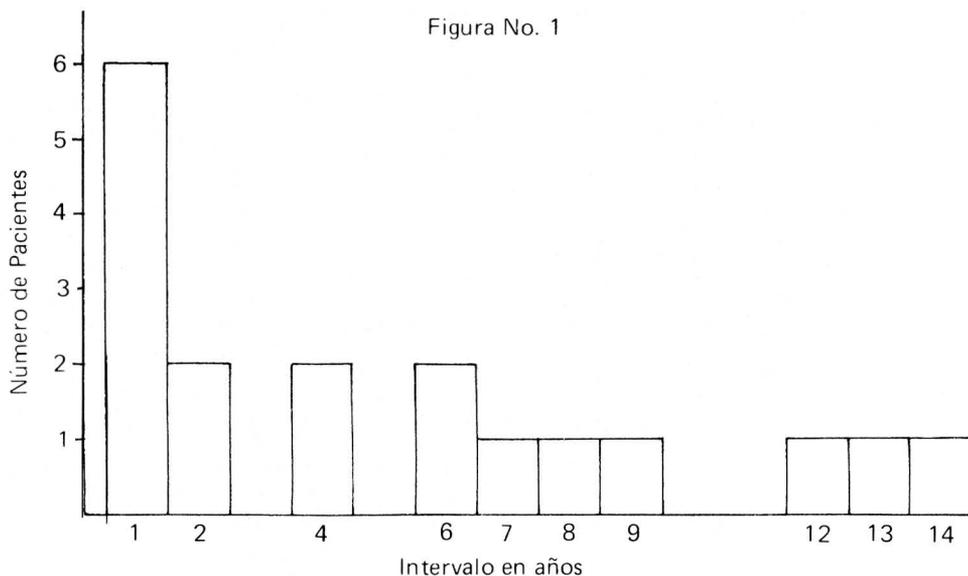
cionarse que el momento en el cual aparece la segunda lesión primaria es cuando el médico puede confundirla con metástasis o una recurrencia.

El promedio de edad y el rango de edad de los pacientes de esta serie se ve en la Tabla No. 3.

Tabla No. 3  
EDAD DE PACIENTES EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE NEOPLASIAS PRIMARIAS MULTIPLES

Tipo de Lesión	Promedio de edad en años	Rango en años
Simultánea	49.5	41 – 66
<b>Intervalo</b>		
Inicial	50.9	29 – 77
Segunda	55.3	33 – 78
Tercera	66.0	66

Figura No. 1



Intervalo en el Diagnóstico de lesiones neoplásicas en pacientes con múltiples lesiones Prim/.

**Tasa de Ocurrencia**

Durante un período de un año fueron vistas 1.118 pacientes con algún tipo de cáncer ginecológico; de éstos, 18 pacientes tenían una lesión neoplásica múltiple, lo cual representa una tasa de ocurrencia de 1.61%.

Aunque estadísticamente la tasa de ocurrencia de tumores primarios múltiples en la literatura se expresa de esta forma, tal resultado es de valor limitado, ya que ello representa la mezcla de dos tasas diferentes, que son la de lesiones en diferentes órganos y tejidos y la de lesiones de origen multicéntrico.

En nuestro estudio encontramos 14 pacientes con neoplasias primarias en diferentes órganos lo cual corresponde a una tasa del 1.25%.

Tabla No. 4

**TASA DE OCURRENCIA DE LESIONES PRIMARIAS MÚLTIPLES EN EL TRACTO GENITAL FEMENINO Y EN OTROS TEJIDOS EN LA CLINICA GINECOLOGICA DEL H.U.V.1977-1978 CALI COLOMBIA**

No. de pacientes con CA. Ginecológico	Ginecológicos y en otros tejidos		En diferentes Tejidos	
	No. de Ptes.	%	No. de Ptes.	%
1.118	18	1.61	14	1.25

En cuanto a las asociaciones neoplásicas primarias múltiples más frecuentes en nuestro estudio son; Ca de cervix con basocelular de piel, 3 casos; Ca de cervix y Ca de vulva 2 casos; 1 sólo caso

Tabla No. 5

**ASOCIACIONES DE NEOPLASIAS MAS FRECUENTES**

Asociación de Neoplasias	Total de casos	%	EDAD X	Grupo de Edad más frecuente
Ca de cervix más Ca Bc. (piel)	3	16.6	56	43-78
Ca de cervix más Ca de vulva	2	11.1	53.5	51-56
Ca de mama más Ca de ovario	2	11.1	48.0	41-55
Ca de vulva más Ca de cervix	1	5.5		
Ca de vulva más Ca de vagina	1	5.5		
Ca de cervix más Ca de mama	1	5.5		
Ca de cervix más Ca de riñón	1	5.5		
Ca de ovario más Ca de mama	1	5.5		
Ca de endometrio más Ca de cervix	1	5.5		
Ca de mama más Ca de cervix	1	5.5		
Ca antromaxilar más Ca cervix	1	5.5		
Linfoma más Ca de cervix	1	5.5		
Total	18	100.0		

de Ca de vulva y Ca de cervix; Ca de vulva más Ca de vagina 1 sólo caso; Ca de cervix más Ca de vagina 1 caso; Ca de cervix más Ca de mama 1 caso; Ca de cervix más Ca de riñón 1 caso; Ca de ovario más Ca de mama 1 caso; Ca de endometrio más Ca de cervix 1 caso; Ca de mama más Ca de cervix 1 caso; Ca de colón más Ca de cervix 1 caso; Ca de antro maxilar más Ca de cervix 1 caso; Linfoma más Ca de cervix 1 caso. Llamó la atención que para pacientes que padecían de Ca de cervix y Ca de piel, la mayor frecuencia se encontró entre los 43 y 78 años con un promedio de edad de 56 años, ver Tabla No. 5.

Con relación a la presencia de cáncer multicéntrico, se encontraron en este estudio cuatro (4) casos, todos relacionados con el tracto genital.

Uno (1), tiene Ca de vulva, Ca de cervix y Ca de vagina, todos encontrados simultáneamente.

Dos (2) con Ca de cervix y Ca de vulva. Uno (1) con Ca de cervix y Ca de vagina.

La frecuencia de cáncer multicéntrico correspondió a una tasa del 22.2%, ver Tabla No. 6.

Se trató de analizar si había alguna relación entre el tratamiento dado a la primera lesión y la aparición de la segunda neoplasia primaria; vimos que solamente un caso de Ca de cervix EII que recibió tratamiento con radioterapia, un (1) año después presentó un Ca de vulva in situ; otro paciente con Ca de endometrio EIV, el cual recibió radioterapia y quimioterapia, presentó un año y medio después un Ca de cervix EII, por lo cual no se puede concluir nada por ser la muestra bastante pequeña.

## DISCUSION

Como se observa de los datos recolectados el H.U.V. atiende un número relativamente alto de casos con Ca ginecológico, 1.118 casos entre controles y nuevos en un período de un año.

Las edades donde se encontraron la mayoría de los casos corresponden a aquellas en las cuales las neoplasias son

Tabla No. 6

### CANCERES MULTICENTRICOS VS. LESIONES PRIMARIAS MULTIPLES

No. de casos	Edad años	Sitio inicial	Terapia	Otro sitio	Intervalo de tpo. años	Terapia	Estado del paciente
1	66	Ca de vulva Invasivo	Vulvectomía total	Ca de Cervix E III Ca Vagina In Situ	0 0	Radiación Radiación	Asintomática
2	51	Ca Cervix E II	Radiación	Ca Vulva In Situ	1	Vulvectomía Total	Asintomática
3	34	Ca Cervix In Situ	Histerectomía total	Ca Vagina In Situ	1	Vaginectomía	Asintomática
4	56	Ca de Cervix	Cirugía Radical	Ca Vulva In Situ	14	Vulvectomía	Asintomática

más frecuentes, siendo el promedio de 57 años en este estudio, con un intervalo de 4.5 años entre la primera y la segunda lesión.

En cuanto a las asociaciones más frecuentes encontramos la de Ca de cervix y Ca basocelular de piel, la cual ocupa el primer puesto con un 16.6%, el basocelular en nuestros pacientes fue encontrado en la nariz, lo cual puede estar relacionado con la mayor exposición a las radiaciones solares (29).

En la revisión de las historias de estos pacientes se buscó siempre antecedentes familiares de cáncer, pero no fue posible hacer un análisis al respecto ya que estos datos no estaban consignados.

Revisando la literatura concerniente a cáncer múltiple se encontró que los factores hereditarios son evidentes en la génesis de neoplasias malignas en animales de experimentación (4), pero hay poca información verdadera para sustentar el concepto de que tales factores tienen influencia sobre la presencia de cáncer en el hombre (4). La incidencia dada varía desde un 14%, de la serie de Tullis (24) a un 50% en la serie de Welch (30).

En un estudio realizado por Moertel de 2.346 pacientes (18, 19, 20) estudió 6.681 familiares de los anteriores, para lo cual los dividió en tres (3) grupos.

**Grupo 1:** Familiares de pacientes con múltiples lesiones neoplásicas primarias.

**Grupo 2:** Familiares de pacientes con una sola lesión primaria.

**Grupo 3:** Familiares de pacientes sin historia de cáncer.

Cuando se determinó la tasa de ocurrencia de cáncer para todos los miembros de las familias se encontró que:

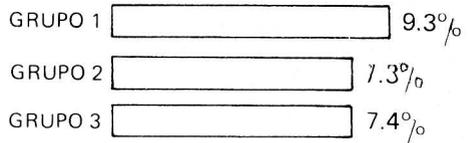
a) Los familiares de pacientes con un sólo cáncer no difieren significativamente

de los familiares sin cáncer Grupo 2 y 3.

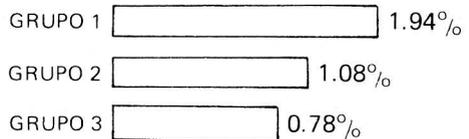
b) Los miembros de familias de pacientes con carcinomas múltiples muestran una incidencia del 26% mayor sobre los miembros de familias de pacientes sin cáncer.

La diferencia más llamativa se evidenció cuando se buscó la tasa de ocurrencia en familiares de menos de 50 años. Se observó que familiares de pacientes con un sólo cáncer mostraron un incremento del 37% y familiares de pacientes con múltiples cánceres mostraron un 149% de incremento sobre la incidencia vista en familiares de pacientes sin cáncer; este autor concluyó que había una incidencia alta de Ca en los grupos jóvenes de familiares de pacientes con neoplasias múltiples, como lo muestra el siguiente gráfico:

**TASA DE OCURRENCIA.  
TODOS LOS FAMILIARES**



**TASA DE OCURRENCIA.  
FAMILIARES MENORES DE 50 AÑOS**



En la literatura se hace mención de la asociación entre carcinoma de seno y del endometrio (6, 17, 21) por ser tejidos que padecen acentuada influencia cíclica hormonal. En nuestro estudio no se en-

contraron casos de estos. Hay informes recientes que afirman que no hay evidencia convincente que un cáncer en un órgano estrógeno sensitivo, **amente** la probabilidad de carcinogénesis en otro órgano sensitivo (9, 17, 18). Hubo dos casos en nuestro estudio, en los cuales había una interrelación entre la primera y la segunda neoplasia, es decir que hubo relación definida entre el tratamiento de la primera y la aparición de la segunda, se trataba de un caso de Ca de cervix EII, que recibió tratamiento con radioterapia y un (1) año después presentó Ca de vulva "in situ" y otro caso es una paciente con Ca de endometrio EIV, que recibió radioterapia y quimioterapia, presentando después un Ca de cervix EII. Como se sabe, hay revisiones (4.5), que informan que el tratamiento radioterapéutico y médico es proporcional a los cambios fisiológicos reproducidos.

Desafortunadamente los procedimientos terapéuticos producen cambios fisiológicos que no son limitados al tumor atacado, sino que afectan los tejidos adyacentes y todo el organismo; así tenemos que es reconocida la posibilidad de que procedimientos terapéuticos retarden el cáncer en un tejido pero pueden ser carcinogénicos para otros (7, 13, 17).

El posible papel de la irradiación como causa de cáncer del fondo uterino fue estudiada por Speert y Peightal (25), estos autores encontraron que cerca del 8% de mujeres con cáncer del fondo uterino habían tenido previamente irradiaciones de dicho fondo y, sugieren que la irradiación puede tener un efecto carcinogénico sobre el fondo uterino.

En un estudio de casos informados (34) para cáncer múltiple del tracto genital bajo, se encontró que hubo 8 pacientes que habían recibido radioterapia por tumor cervical antes del desarrollo de la segunda lesión sobre vulva. La susceptibilidad de la piel a la radiación es bien conocida. Silverstone (26) describe

los cambios de la radiación en la piel y anota: "Si la radiación destruye la piel entonces ocurre radionecrosis quedando libre de elementos viables y rara vez sufre cambios malignos; sin embargo, el tumor puede aparecer en el borde del tejido viable de la lesión radio-necrótica".

Los casos multifocales ginecológicos se refieren a pacientes a quienes se había hecho diagnóstico inicial de Ca escamocelular de cervix y concomitante o posteriormente se desarrolla una nueva lesión escamocelular, en vulva o vagina independientemente del tratamiento recibido. May (10), en 1958, menciona la aparición de Ca in situ de vagina luego de histerectomía por Ca in situ del cervix y Koss (8), en 1961 llamó la atención sobre varios casos en los cuales, después del tratamiento exitoso de un Ca de cervix con radioterapia, aparecieron lesiones de Ca "In situ" en el mismo cuello tratado o en la vagina.

En la casuística de este estudio, tres de los casos hallados tuvieron al comienzo Ca de cervix (uno Ca "in situ" y dos un estado II) y posteriormente al tratamiento quirúrgico o de la radiación se observaron las lesiones en vagina y/o en vulva.

Muchas preguntas (34) se originan acerca de la patogénesis de la segunda lesión en el tracto genital bajo, como son las siguientes:

1. ¿Está la segunda lesión relacionada de cualquier manera con la primera o es un ejemplo de malignidad múltiple?

La incidencia de neoplasia múltiple primaria en un mismo individuo recopilada de varios autores se describe en la Tabla No. 7.

Como se ve estadísticamente la posibilidad de un segundo cáncer es de 2 a 7 veces mayor que la posibilidad del desarrollo de un sólo cáncer, entonces puede

existir cierta susceptibilidad del individuo al estímulo carcinogénico.

Autor	Año	Referencia	Incidencia %
Day	1968	3	3.15
Slaughter	1944	28	3.50
Broders	1943	6	3.30
Warren y Gates	1932	33	3.70
Mider	1952	13	4.50
Stalker	1939	27	4.50
Moertel	1961	18	5.10
Warren y Ehren Reich	1944	32	6.80

- ¿Es la segunda lesión de origen multicéntrico o simplemente representa un tratamiento inadecuado de la lesión inicial y por tanto cancerización del epitelio adyacente?

Cuando una segunda superficie cancerosa aparece adyacente al área tumoral después de la terapia para la primera lesión, el problema llega a ser complejo, entonces el caso informado es sugestivo de cancerización existiendo una anaplasia residual probablemente en el margen del espécimen removido.

- ¿Hay un origen embriológico similar para el tracto genital que pueda jugar un papel en la susceptibilidad del epitelio a ciertos agentes carcinogénicos?

Estudios (34) realizados en fetos femeninos en varias etapas de su desarrollo, sugieren que la vulva, vagina y ectocervix, son de origen embriológico diferente; tienen una capacidad normal para queratinizarse y una respuesta variable al estímulo hormonal (13). En adición a estas diferencias lo más llamativo es la frecuencia de cambios malignos en estos tejidos (34). Se considera generalmente que la posibilidad de cambios anaplásicos en el cervix es de 150–120 veces mayor

que en la vagina y 15 a 20 veces mayor que en la vulva (34). Estos hallazgos sugieren que aunque el epitelio de esas áreas es básicamente similar, son llamativas las diferencias en sus variaciones patológicas, respuestas fisiológicas y derivaciones embriológicas y, finalmente puede ser reconocido que tejidos de origen embriológico similar, no necesariamente responden al mismo estímulo o lesiones similares, ej: trompas de falopio y fondo de útero.

- ¿Hay razón para creer que la segunda lesión es el resultado de la terapia para la primera lesión?

Se ha discutido el hecho de que cuando se utiliza la radioterapia como tratamiento más que como paliación del Ca de cervix, aumenta la posibilidad de que los órganos adyacentes (útero, vagina y vulva), sufran cambios neoplásicos con el tiempo.

## CONCLUSIONES

- La aparición de neoplasias primarias múltiples ya no es una curiosidad médica, sino un problema médico, con una incidencia en aumento.
- La asociación más frecuente en este estudio, es la de carcinoma basocelular de la piel con el Ca de cervix (16.6%).
- Las asociaciones neoplásicas en este estudio ocurren a edad avanzada (57 años en promedio). Encontrándose la mayoría entre los 40 y los 70 años de edad.
- La frecuencia de ocurrencia de un cáncer secundario primario está probablemente relacionado con la edad del paciente en el momento del diagnóstico de la lesión y, con la expectativa de vida después del tratamiento de la lesión inicial.

5. Actualmente no hay bases para pensar que la existencia de una neoplasia implique una influencia carcinogénica o un aumento de la susceptibilidad de otro órgano o sistema de órganos a un futuro Ca.
6. Es posible que algunos procedimientos terapéuticos empleados en el tratamiento de una neoplasia maligna, como la radioterapia ejerzan una influencia carcinogénica en otros órganos o tejidos.
7. Familiares de pacientes con cáncer múltiple, tienen una mayor posibilidad de presentar una neoplasia maligna.
8. El carcinoma es frecuentemente una enfermedad de todo un tejido o una gran porción de este más que una simple neoplasia.
9. Desde el punto de vista práctico pensar siempre que un paciente con una neoplasia controlada puede presentar otra neoplasia primaria en cualquier momento y no ser una simple metástasis del primer tumor:
10. Es importante tener en cuenta el concepto de multicentricidad desde el punto de formación embriológica del tracto genital bajo, como explicación en la aparición simultánea de varias lesiones primarias.

### MULTIPLE INJURIES OF TUMORS IN PATIENTS AT THE GYNECOLOGICAL CLINIC OF THE UNIVERSITY HOSPITAL DEL VALLE

#### CONCLUSIONS:

1. When primary multiple neoplasms appear it is no longer a medical curiosity, but a medical problem, with an increase in incidence.
2. The most frequent association in this investigation, is the basal cell carcinoma of the skin with the cervical cancer (16.6%).
3. The neoplastic associations in this investigation occur at a more advanced age (57 as an average). The majority are between 40 and 70 years of age.
4. The frequency in which a secondary primary cancer occurs is probably related with the age of the patient at the moment of the diagnostic of the injury and, with the expectation of life after treatment of the initial injury.
5. At this moment there are no grounds that enable us to think that the existence of a neoplasm implies a carcinogenetic influence or an increase of the susceptibility of another organ or system of organs to a future cancer.
6. It is possible that some therapeutic procedures used in the treatment of a malignant neoplasm, like irradiation can have a carcinogenetic influence on other organs or tissues.
7. Relatives of patients with multiple cancer have more probabilities of presenting a malignant neoplasm.
8. From a practical point of view, a patient with a controlled neoplasm may present another primary neoplasm in any moment and not be a simple metastasis from the first tumor.
10. It is important to have in mind the concept of multicentricity from the embriological formation point of the lower genital tract, this explains the simultaneous appearance of several primary injuries.

## BIBLIOGRAFIA

1. BILLROTH, T.: Chirurgische Klinik Wien 1871-76 Berlin 1879, A. Hirschwald.
2. BROWN L.B., LATOUR, J.P.A. and DODDS, J.P. Multiple primary malignant tumor involving the female genital tract. *Am. J. Obstet, Gynecol*, 73: 127-133, 1957.
3. DAY, J.C.: *Am J. Obstet and Gynecol* 75:1976, 1968.
4. EWING J.: *Neoplastic diseases*; Ed. Philadelphia Pa W.B. Saunders Company 1952; p. 5.
5. HANSEN J.D.: and COLLINGS C.G.: Multicentric Squamous cell carcinoma of the lower female genital tract. *Am. J. Obstet Gynecol* 98: 982-986, 1968.
6. HURT H.H. and BRODERS, A.C.: Multiple primary malignant neoplasms *J. Lab. and Clin Med.* 18: 765-777, 1943.
7. JIMERSON G.K. and MERRIL J.A.: Multicentric, Squamous malignancy involving both cervix and vulva. *Cancer* 26: 150-153, 1970.
8. KOSS L.C. MELAMED, M.R. and DANIEL W.W.: In situ epidermoid carcinoma of the cervix and vagina following radiotherapy for cervical cancer. *Cancer* 14: 353-360, 1961.
9. LEWINSON E. SERRAF N.A.: Bilateral cancer at the Johns Hopkins Hospital. *Cancer* 28: 1297-1301, 1971.
10. MAY H.C.: Carcinoma in situ of vagina subsequent to hysterectomy for carcinoma in situ of cervix. *Am. J. Obstet. Gynecol* 76: 807-811, 1958.
11. MARCUS, S.L.: The multicentric origin of carcinoma of the cervix, vagina and vulva. *Am. J. Obst. and Gynecol* 80: 802, 1960.
12. Mc PERSON H.A.: Epidermoid carcinoma of cervix, vagina and vulva. A regional disease. *Obstet Gynecol* 21: 145-149, 1963.
13. MIDER, G.B. SCHLLING, J.A.: DONOVAN, J.C.; *Cancer* 3: 1104, 1952.
14. NEWMAN WAND CRAMER J.K. The multicentric origin of carcinoma of the female anogenital tract: *Sury Gynece Obstet* 108: 273-281, 1959.
15. MOERTEL, C.G., and SOULE, E.H.: Problem of second breast; Study of 118 patients with bilateral carcinoma of breast. *Ann Surg.* 146: 764-71, 1957.
16. OSTERGERD D.R. and MORTON: Multifocal carcinoma of female genitalia. *Am J. Obstet. Gynecol* 99: 1006-1015, 1967.
17. Mc MAHON B. AUSTIN J.H.: Association of carcinoma of Breast and Corpus uteri. *Cancer* 23: 275-280. 1969.
18. MOERTEL CH. G. DOOKERTY M.B., BAGGESTONSS A.H.: Multiple primary neoplasms I. Introduction and presentation of data. *Cancer* 14: 221-230, 1961.
19. MOERTEL CH. G. DOCKERTY M.B., BAGGESTONSS A.H.: Multiple primary malignant neoplasms II. Tumor of different tissues or organs. *Cancer* 14: 231-237, 1961.
20. MOERTEL CH. G. DOCKERTY M.B., BAGGESTONSS. A.H.: Multiple primary malignant neoplasms III. Tumor of multiple origin. *Cancer* 14: 238-248, 1961.
21. PIERCE, V.K., and SLAUGHTER D.P.: Association of breast and pelvic disease. *Cancer*: 1: 468-471, 1948.
22. PELLER, S.: Metachronous multiple malignancies in 5.876 patients. *Am. J. Hyg* 34: 1: 11, 1941.

23. PAMBERTON, J. DETT: Surg Gynecol and Obst 68: 595, 1939. Anaplasia in the lower genital tract.
24. TULLIS J.L.: Multiple primary malignant lesions. J. Lab. Clin. Med. 27: 588-594, 1942.
25. SPEERT, H., and PEIGHTAL. T.C., Malignant tumors of uterine fundus subsequent to irradiation for benign pelvic conditions. Am J. Obstet Gynecol 57: 261-273, 1949.
26. SILVERSTONE, S.M.: J. Mt Sinai Hosp. 9: 74, 1942.
27. STALKER, L.K., PHILLIPS, R.B., and PAMBERTON, J. de T.: Surg Gynec and Obstet 68: 89-98, 1944.
28. SLAUGHTER, D.P.: Multiplicity of origin of malignant tumors; collective review Internat Obst Surg: 89-98, 1944.
29. STEWART D., DANTO J.L., NADDIN S.: Tumores Malignos. Carcinoma de celulas basales. Texto de dermatología C. 1974 p. 365-367.
30. WELCH J.W.: Multiple primary malignant lesions. Am J. Obstet Gynecol 55: 314-317, 1954.
31. WATSON T.A.: Incidence of multiple cancer. Cancer 6: 365-371, 1953.
32. WARREN, S. and ENRENREICH, T.: Multiple primary malignant tumors and suceptibility to cancer. Cancer Res. 4: 554-570, 1944.
33. WARREN S., and GATES O.: Multiple primary malignant tumors, survey of literature and statistic study. Am. J., Cancer 16: 1358-1414, 1932.
34. WOODRUFF J.D. and WILLIAM T.J.: Multiple site of anaplasia in lower genital tract. Am J. Obstet Gynecol 85: 724-740, 1963.