

CARCINOMA DE CUELLO UTERINO REVISION Y MANEJO

Hospital Regional Federico Lleras - Ibagué

Trabajo presentado al III Congreso
Colombiano de Cancerología
Junio de 1.977

Doctor Jaime Rengifo Pardo*

Señores Oscar Rusinsky, Aída Vargas, María de la Luz Valencia, José Moreno, Internos Rotatorios.

Este trabajo no muestra nada nuevo, pero significa el estudio y revisión de los casos de carcinoma del cuello uterino en los dos primeros años de funcionamiento del Hospital Regional Federico Lleras de Ibagué.

MATERIAL Y METODOS . .

Se analizan 80 casos de carcinoma

* Jefe Departamento Ginecoobstetricia Hospital Federico Lleras.

del cuello vistos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Federico Lleras de Ibagué, en el período comprendido entre el 1º de agosto de 1.974 y el 31 de Julio de 1.976. Aunque solamente los carcinomas in situ, y los microinvasivos fueron tratados por nosotros, se presentan los casos de carcinomas invasivos previamente diagnosticados, fueron enviados al Instituto Nacional de Cancerología, salvo los considerados intratables que no fueron remitidos.

DISTRIBUCION

Gráfica Nº 1

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
DISTRIBUCION

TOTAL INGRESOS HOSPITALARIOS	13.207
TOTAL INGRESOS OBSTETRICOS	5.806 = 1.37%
TOTAL CASOS CA CUELLO UTERINO	80 = 1.37%
IN SITU	46 = 57.5%
INVASIVO	34 = 42.5%

El total de ingresos hospitalarios en ese período fue de 13.207. El total de ingresos al departamento de ginecoobstetricia fue de 5.806, sobre este total se presentaron 80 carcinomas de cuello, para un 1,37% de los ingresos

en ginecoobstetricia.

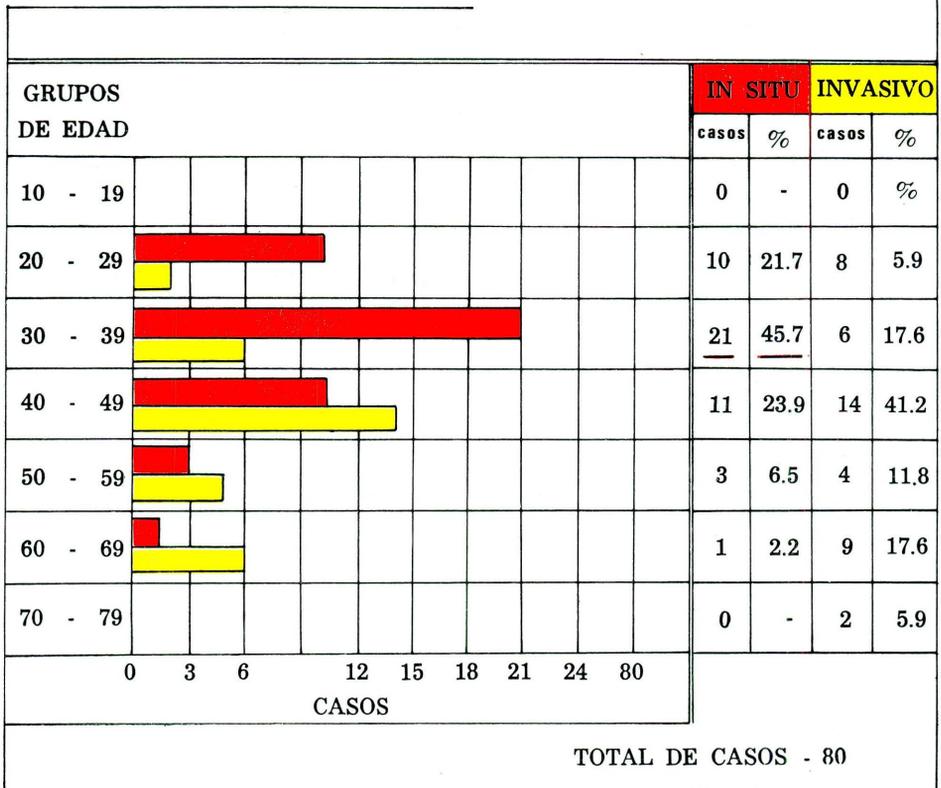
Así mismo se discriminaron así.

Carcinoma in situ 46 casos 57,5%
Carcinoma invasivo 34 casos 42,5%

EDAD

Gráfica Nº 2

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
EDAD



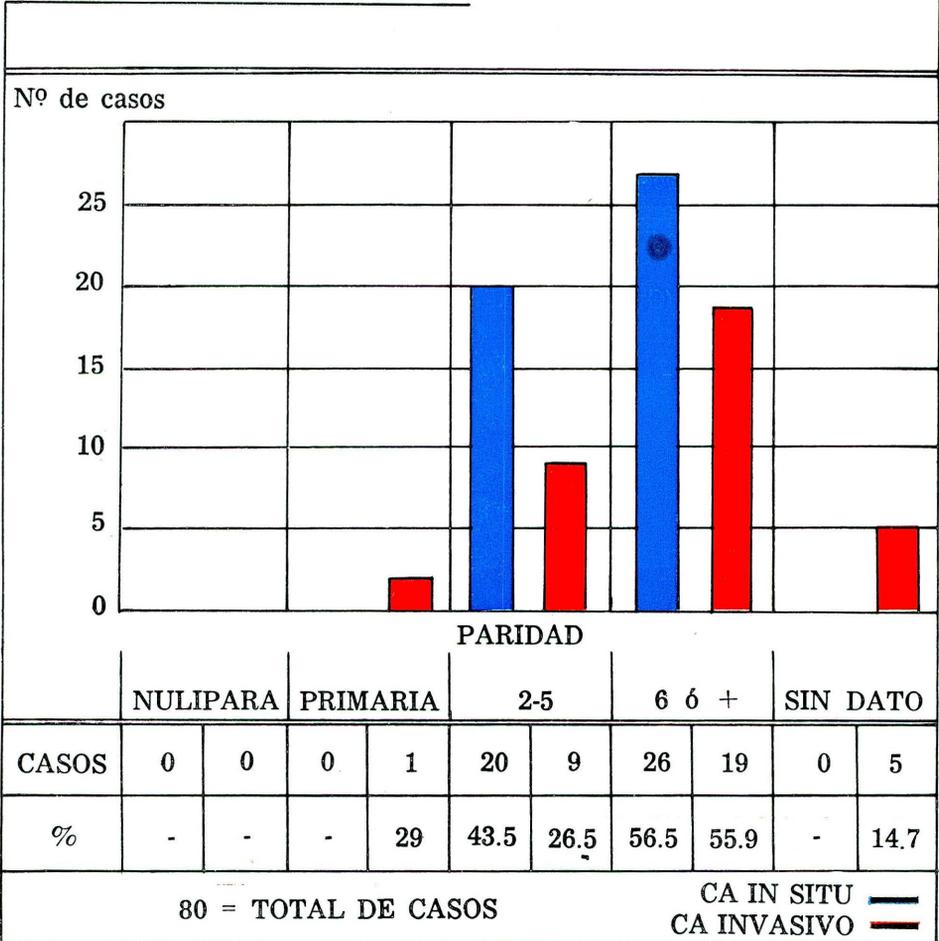
No se presentaron casos en menores de 20 años. La mayor incidencia para carcinoma in situ fue en el grupo de

30 a 39 años con un 45,7%. Para el carcinoma invasivo el grupo de 40 a 49 años con 41,2%.

PARIDAD

Gráfica Nº 3

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
PARIDAD



No encontramos en nulíparas. En primíparas solo se presentó un caso de carcinoma invasivo. En cambio la incidencia fue más alta en las multipa-

ras, con mayores índices en los grupos de 6 o más hijos, que en los grupos de 2 a 5 hijos.

PROCEDENCIA

Gráfica Nº 4

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
PROCEDENCIA

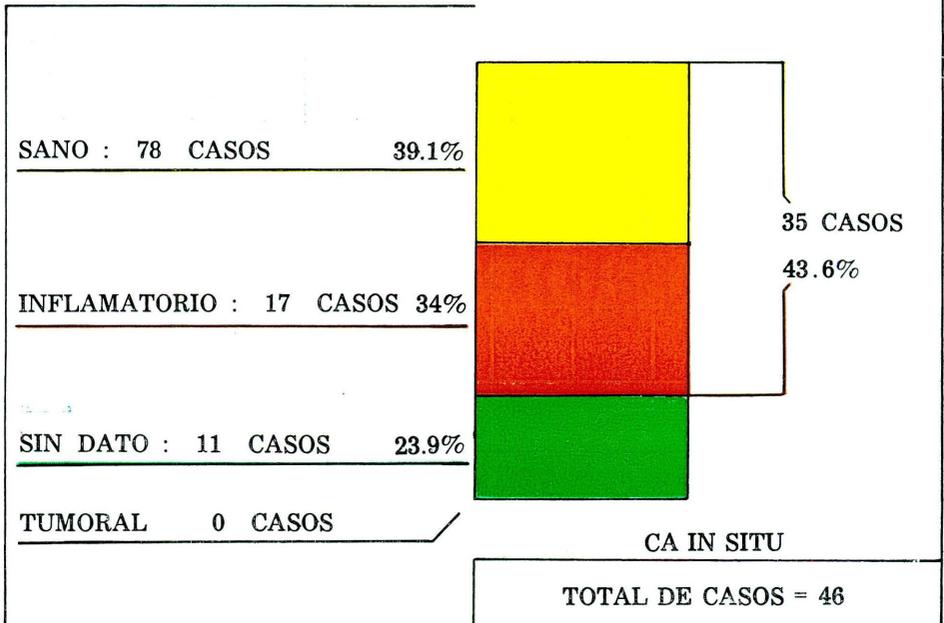
	IN SITU		INVASIVO	
URBANA	32	69.6	20	58.8
RURAL	14	30.4	14	41.2

En relación a la procedencia los mayores porcentajes corresponden a la zona urbana, 69,6% y 58,8% in situ e invasivo respectivamente, mientras la rural tiene 30,4% y 41,2% en casos in situ e invasivo.

ASPECTO CLINICO (Gráficas Nos.5 y 6)

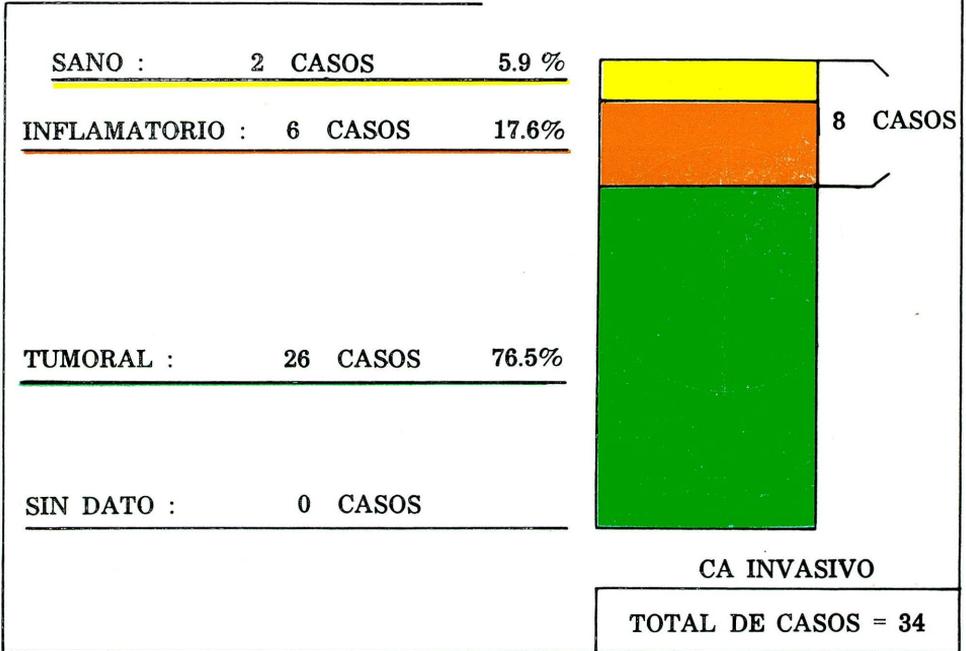
Gráfica Nº 5

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
ASPECTO CLINICO DEL CUELLO



Gráfica Nº 6

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
ASPECTO CLINICO DEL CUELLO



En el carcinoma in situ, encontramos un 39, 1% de cuellos sanos, un 34% de cuellos inflamatorios y un 23,9% sin dato claro en historia clínica de admisión, pero no se encontró ningún caso reportado como tumoral.

En tanto, en el carcinoma invasivo se reportaron como tumorales un 76,5% de los casos, inflamatorios un

17,6% y como cuello sano un 5,9% (casos posteriormente reportados como microinvasivos).

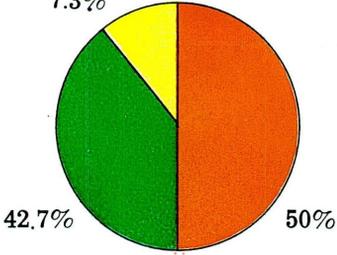
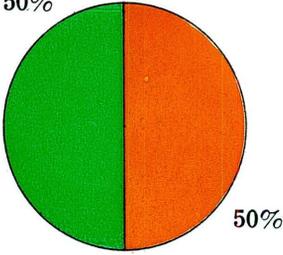
METODOS DIAGNOSTICOS

Se utilizaron la citología y la biopsia. No hay estudios colposcópicos por carecer el Hospital de colposcopia.

CITOLOGIA

Gráfica Nº 7

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
DIAGNOSTICO

CITOLOGIA VAGINAL		CA IN SITU		CA INVASIVO	
					
		CA IN SITU		CA INVASIVO	
	Negativa (I - II) 3 CASOS	Negativa (I - II) 0 CASOS		Negativa (I - II) 0 CASOS	
	Dudosa (III) 18 CASOS	Dudosa (III) 3 CASOS		Dudosa (III) 3 CASOS	
	Positiva (IV - V) 21 CASOS	Positiva (IV - V) 3 CASOS		Positiva (IV - V) 3 CASOS	
	TOTAL DE 42 CASOS	TOTAL DE 6 CASOS		TOTAL DE 6 CASOS	
	NO SE PRACTICO EN 4 CASOS	NO SE PRACTICO EN 28 CASOS		NO SE PRACTICO EN 28 CASOS	

Se practicó en 42 de los 46 casos, dudosa en 18, y positiva en 21. En cuatro casos no se practicó porque las pacientes venían remitidas de Pro-familia con biopsia positiva.

En los 36 casos de carcinoma inva-sivo solo se practicó en 6, tres repor-tados como dudosa y 3 como positiva. En los demás casos se fue directamen-te a biopsia.

BIOPSIA (Gráfica Nº 8)

La biopsia fue reportada como carcinoma in situ en 45 casos, 97,8% y como displasia-severa en un caso 2.2%

En el carcinoma invasivo se reportaron en 31 con 91,2% en tres casos no se practicó biopsia.

TRATAMIENTO

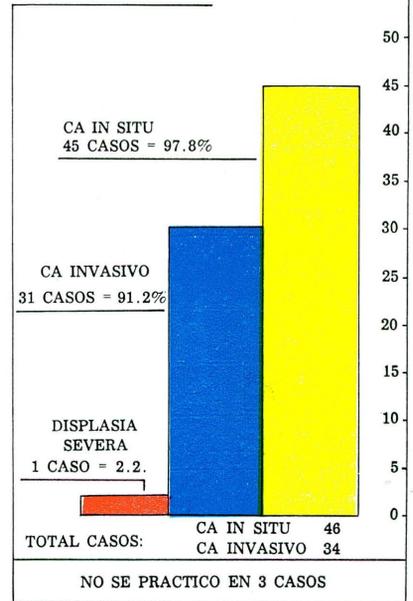
En los 46 casos presentados se efectuó conización o histerectomía ampliada. 18 conizaciones y 28 histerectomías 40 y 60% respectivamente.

De los 18 conos fueron reportados 15 como carcinoma in situ y tres como displasia-severa (gráfica 9). De las 28 histerectomías ampliadas 26 fueron reportadas como carcinoma in situ y dos como carcinoma microinvasivo.

De los casos de carcinomas invasivos 23 fueron enviados al Instituto Nacional de Cancerología, y los 9 restantes fueron considerados intratables.

Gráfica Nº 8

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 Junio 76
BIOPSIA

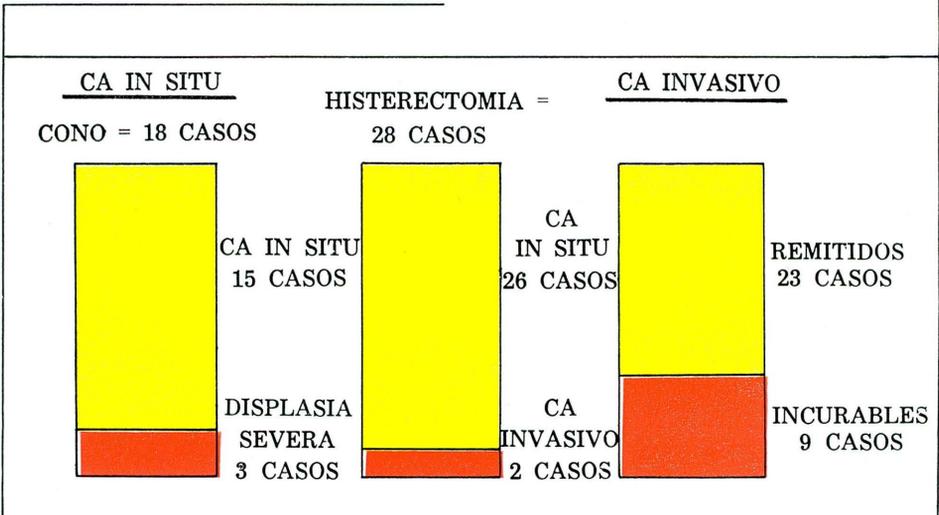


Gráfica Nº 9

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76

CONDUCTAS



GRUPOS DE EDADES EN TRATAMIENTO (Gráfica Nº 10)

Gráfica Nº 10

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76

EDAD Y TRATAMIENTO

CONO	EN 80 CASOS TRATADOS			HISTERECTOMIA	
	0	10 - 19	0		
50%	9	20 - 29	2	7.1%	
44.4%	8	30 - 39	12	42.9%	
5.6%	1	40 - 49	10	35.7%	
		50 - 59	3	10.7%	
		60 - 69	1	3.6%	
		70 - 79			
22.5% = 18		TOTAL	28	= 35%	

Podemos observar, que en el grupo de 20 a 29 se practicaron 9 conos y 2 histerectomías, En el grupo de 30 a 39, 8 conos y 12 histerectomías en el

grupo de 40 a 49, 1 cono y 10 histerectomías, en grupos de mayores edades solamente se practicó histerectomía ampliada.

PROCEDENCIA Y TRATAMIENTO

Gráfica Nº 11

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
PROCEDENCIA Y TRATAMIENTO

CONO			PROCEDENCIA	HISTERECTOMIA		
	77.8%	14	RURAL	18	64.2%	
	22.2%	4	URBANA	10	35.8%	
		18	TOTAL	28		
TOTAL DE CASOS TRATADOS = 46						

Se practicaron 14 conos a pacientes del area rural y 4 a pacientes del area urbana, Histerectomía a 18 de area rural y 10 del area urbana.

MORBILIDAD (Gráfica 12)

Gráfica Nº 12

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CARCINOMA CUELLO UTERINO Agosto 74 - Junio 76
MORBILIDAD

ABSCESO DE PARED	1	2.2%
HEMATOMA CUPULA	6	13%
NINGUNA	39	84.8%

Encontramos 1 absceso de pared y 6 hematomas de cúpula para un 15,2%, de morbilidad. No hubo mortalidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se estudian 80 enfermas vistas durante dos años en el Hospital Regio-

nal Federico Lleras, de Ibagué clasificadas con diagnóstico de carcinoma del cuello uterino, 46 in situ y 36 invasivo. La mayor incidencia del carci-

noma in situ fue de la tercera década, en cambio en el carcinoma invasivo fue la cuarta década.

No se encontró en nulíparas. En primíparas solamente un caso de carcinoma invasivo. En cambio, para ambos grupos fue muy alta la incidencia en grandes múltiparas.

En relación con la zona, es mayor los casos de la urbana, pero se aprecia positivamente, un buen número de casos de área rural con carcinoma in situ, que han podido ser diagnosticados por controles citológicos hechos en puestos de salud y remitidos al Hospital. El aspecto clínico en el carcinoma in situ no muestra lesiones sospechosas ni tumorales, un gran porcentaje es de apariencia sana. En tanto en el invasivo se le encuentra reportado en gran mayoría como tumoral. Los dos casos reportados como sano fueron dos microinvasivos. La citología se practicó en 42 casos, confirmándose en 39 carcinoma in situ.

Las biopsias mostraron carcinoma in situ en 45 casos y displasia severa en 1.

Se practicaron 28 histerectomías 60% y 18% conizaciones 40%. Creemos que debe limitarse cada vez más la conización y pasar a la etapa de histerectomía, limitando la primera a pacientes jóvenes, que deseen tener más hijos, de difícil seguimiento o que rehúsen la histerectomía.

carcinoma in situ was found during the third decade, while for tre invasive carcinoma the greatest incidence was found in the fourth decade.

It was not found in nulliparous. In primiparous only one case of invasive carcinoma was found and for multiparous the incidence was very high in the two groups.

In what refers to the area, most of the cases were found in the urban zone, but a good number of the significant cases with carcinoma in situ detected in the rural area could have been diagnosed by cytological controls in health posts and then referred to the hospital.

The clinical aspect in the carcinoma in situ does not show suspicious or tumoral injuries, a great percentage of themis of healthy appearance. Mean while a great majority of the invasive carcinoma has been reported as tumoral. The two reported healthy cases were microinvasive. Cytology was practiced in 42 cases, retifying thus 39 carcinomas in situ cases.

The biopsies done showed carcinoma in situ in 45 cases and severe dysplasia in one patient.

CERVIX CARCINOMA

SUMMARY AND CONCLUSIONS.

The study covers eighty patients followed up during two years at the Hospital Regional Federico Lleras, of Ibagué, classified with a diagnosis of Cervix Carcinoma of Which there were 46 in situ cases and 36 invasive cases, The greatest incidence of the

CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO
BIBLIOGRAFIA

1. BOTELLA LLUSIA. Enfermedades del aparato genital femenino Tomo II, Página 467 y siguientes.
2. BEDOYA MARIANO. y Col. Epidemiología del Cáncer del Cérvix en el Perú Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. XXIII. Nº 5 septiembre - octubre 1972.
3. ERAZO JOSE VICENTE. y Col. Variables epidemiológicas relacionadas con el Cáncer del cuello uterino en pacientes con citologías III. IV y V. en Pópayán 1971. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. XXIII. Nº 6 noviembre - diciembre 1972.
4. FONNEGRA ALVARO. y Col. Relación entre Displasia severa carcinoma in situ del cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol XXIV. Nº 5. septiembre - octubre - 1973.
5. JORDAN GERMAN y Col. Avances en el manejo de las neoplasias intraepiteliales. Boletín del Instituto Nacional de Cancerología. Vol 2 Nº 5. julio - diciembre 1973.