

1. Clasificación Anatómica de las Lesiones:

Endocérvix

Exocérvix

**Alrededor del 90 % de los cánceres cervicales son del epitelio pavimentoso poli
estratificado del exocérvix**

2. Clasificación Histológica de Reagan adoptada por la F.I.G.O.

Carcinoma Epidermoide Queratinizante.

Carcinoma Epidermoide No Queratinizante de Células Grande.

Carcinoma Epidermoide de Células Pequeñas

Adenocarcinoma

Adenoescamoso

Adenoacantoma

Otros.

43



CANCER DEL CUELLO UTERINO. ESTADIOS CLINICOS.

ESTADIO I. Limitado al cuello del útero

- Ia1. < de 3mm de profundidad y > de 7 mm de extensión
- Ia2. Entre 3 y 5 mm de profundidad y > de 7 de extensión horizontal.
- Ib1. > de 5 mm de profundidad y > de 7 mm de extensión horizontal ,hasta 4cm de tamaño.
- Ib2. > de 4 cm de tamaño.

ESTADIO II. Se extiende fuera del cervix.

- II a1 Vagina hasta tercio medio. ≤ 4 cm
- II a2 Vagina hasta tercio medio. ≥ 4 cm

II b. Dos tercios proximales del parametrio.

CANCER DEL CUELLO UTERINO.
ESTADIOS CLINICOS.

ESTADIO III. Se propaga a vagina y pared de la p elvis.

III a. Vagina hasta tercio externo

III b. Toma total de parametrios y/o ureterohidronefrosis o insuficiencia renal

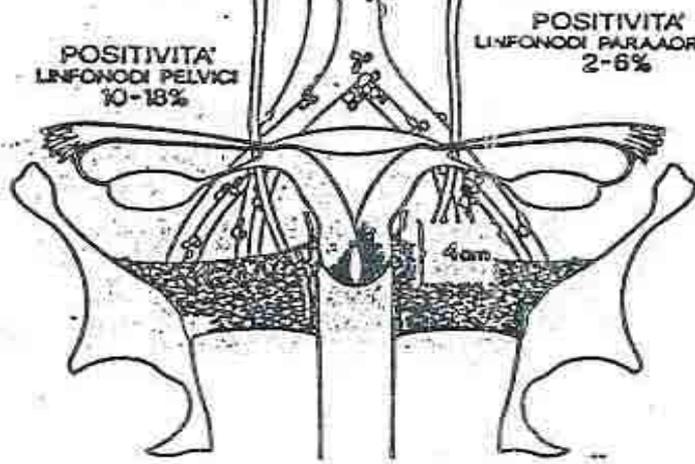
ESTADIO IV. Fuera de la pelvis verdadera

IV a. Infiltración de mucosa vesical y/o rectal

IV b. Metastasis a órganos distantes

POSITIVITA'
LINFONODI PELVICI
10-18%

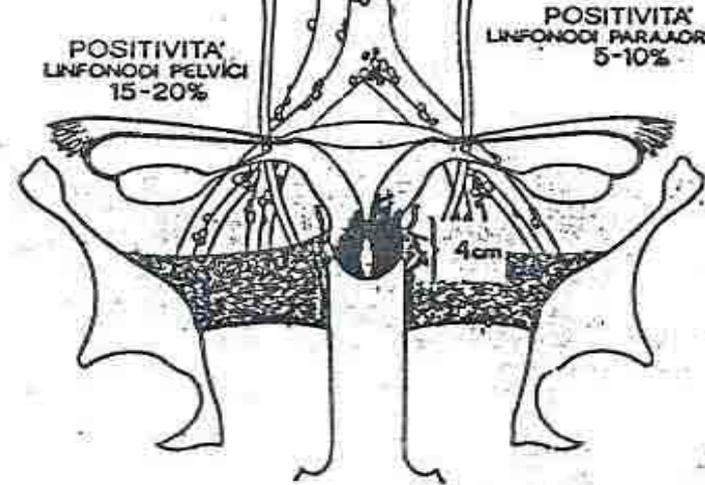
POSITIVITA'
LINFONODI PARAAORTICI
2-6%



1) Stadio Ib piccolo volume:
> 5 mm ≤ 4 cm - limitato al collo.

POSITIVITA'
LINFONODI PELVICI
15-20%

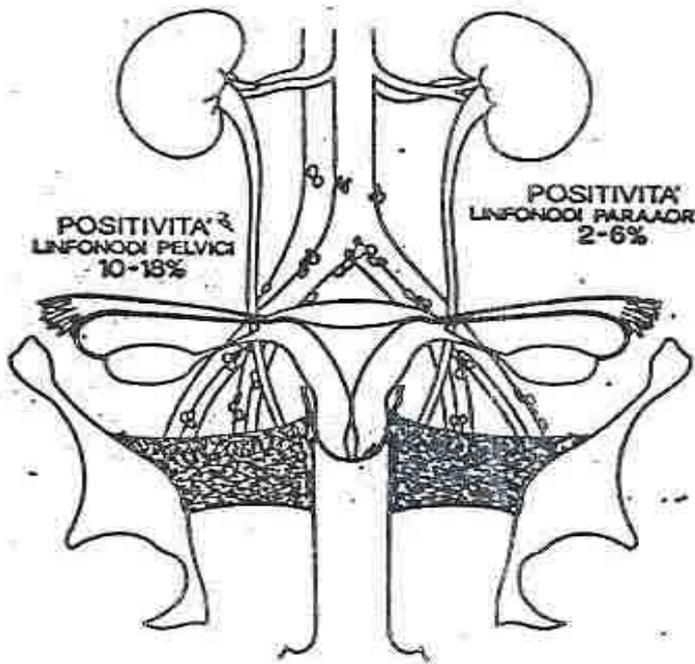
POSITIVITA'
LINFONODI PARAAORTICI
5-10%



2) Stadio Ib grosso volume:
> 4 cm - limitato al collo.

POSITIVITA'
LINFONODI PELVICI
10-18%

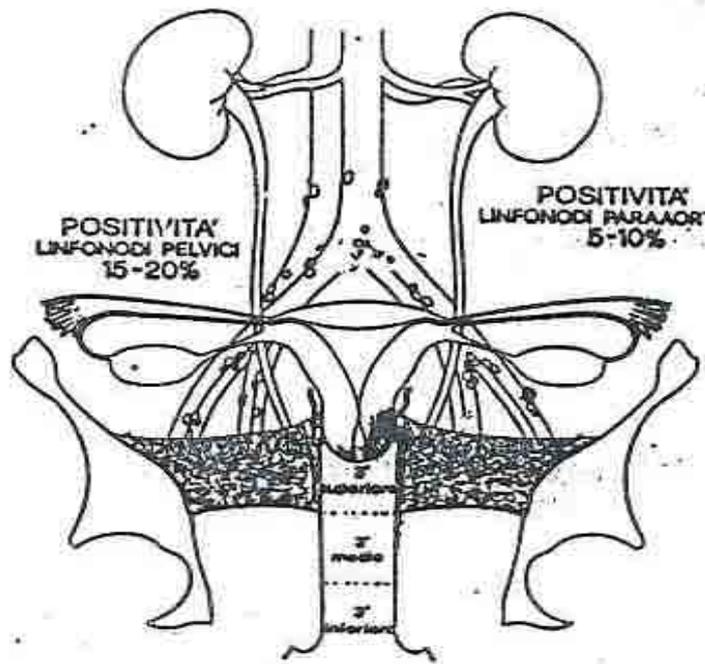
POSITIVITA'
LINFONODI PARAAORTICI
2-6%



3) Stadio IIa: iniziale (fornici vaginali).

POSITIVITA'
LINFONODI PELVICI
15-20%

POSITIVITA'
LINFONODI PARAAORTICI
5-10%



4) Stadio IIa: varia rino al 3° medio.

PROFILAXIS

- Educación sexual
- Métodos de barrera para el coito
- Tratamiento de las lesiones benignas del cuello uterino y traqueloplastia
- Divulgación de las posibilidades de diagnóstico precoz de las lesiones por el método de papanicolau
- Tratamiento curativo de las etapas pre invasivas.

Adenocarcinoma Endometrial. Objetivos

- Conocer tipos de esta neoplasia en relación a posibles factores etiológicos.
- Saber la clínica más frecuente de esta entidad.
- Incorporar métodos de pesquisa. Importancia de la misma
- Conocer las formas de diagnosticar esta patología y su diagnóstico diferencial.
- Integrar la conducta actual ante esta neoplasia.

Situación actual.

- Lesión maligna más frecuente de las vías genitales femeninas (en los países desarrollados).
- Representa el 13% del cáncer femenino.
- Constituye el 50% de todos los cánceres ginecológicos en EE.UU.
- El año 2000 mostró una tasa cruda de incidencia de 7.8 por 100 000 mujeres en Cuba.
- La tasa cruda de mortalidad para el año 2002, en nuestro país, fue de 4.5 por 100 000 mujeres.

INCIDENCIA Y MORTALIDAD EN CUBA



- El año 2003 mostró una tasa cruda de incidencia 7.8×100 mil mujeres.
- La tasa cruda de mortalidad para el año 2003 fue $4.5 \times 100\ 000$ mujeres.

Incremento en la prevalencia debido a:

- Aumento de la población femenina y mayor expectativa de vida.
- Mejor nutrición y frecuente obesidad.
- Disminución de la paridad.
- Programa de educación sanitaria (diagnóstico más frecuente y precoz).
- Estrógeno terapia sustitutiva.

Pesquisa

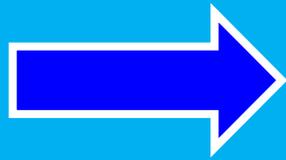
I.- Sospecharlo si:

- Sangramiento genital postmenopáusico.
- Existencia de factores de riesgo.
- Útero aumentado de tamaño, regular, blando.

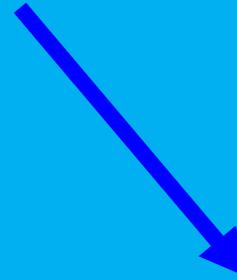
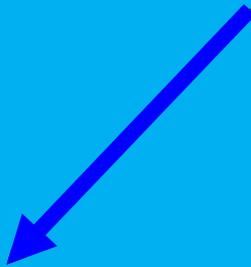
II.- Ecografía midiendo espesor endometrial:

Si 4 mm ó más (transvaginal) y 7 mm ó más (abdominal) realizar legrado uterino.

Epidemiología



Relación probada con
estrógenos sin
contraposición



Endogenos:

- Menarquia precoz
- Menopausia tardia
- Anovulacion
- Infertilidad
- Ovarios poliquisticos
- Tumor secretor de
estrogens

Exogenos

- Terapia de reemplazo
- Uso de Tamoxifeno
- Conversion periférica en tejido
graso en obesas

Factores predisponentes

- **Estrógenos endógenos:**
 - Obesidad**
 - 21 a 50 lbs**
 - mayor de 50 lbs**
 - Nuliparidad**
 - Menopausia (mayor de 52 años)**

 - Diabetes**
 - Anovulación**
 - Tumores secretores de estrógenos.**
 - Sind. de ovario poliquístico.**
- **Estrógenos exógenos (THS, Tamoxifen, otros tipos y aplicaciones)**

FACTORES QUE INCREMENTAN RIESGO

Otros:

- Nulíparidad.
- Obesidad.
- Diabetes.
- Hipertensión.
- Menopausia (mayor de 52 años)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

ANOVULACION

**HIPERPLASIA GLANDULAR DEL
ENDOMETRIO**

HIPERPLASIA ADENOMATOSA

HIPERPLASIA ATIPICA

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

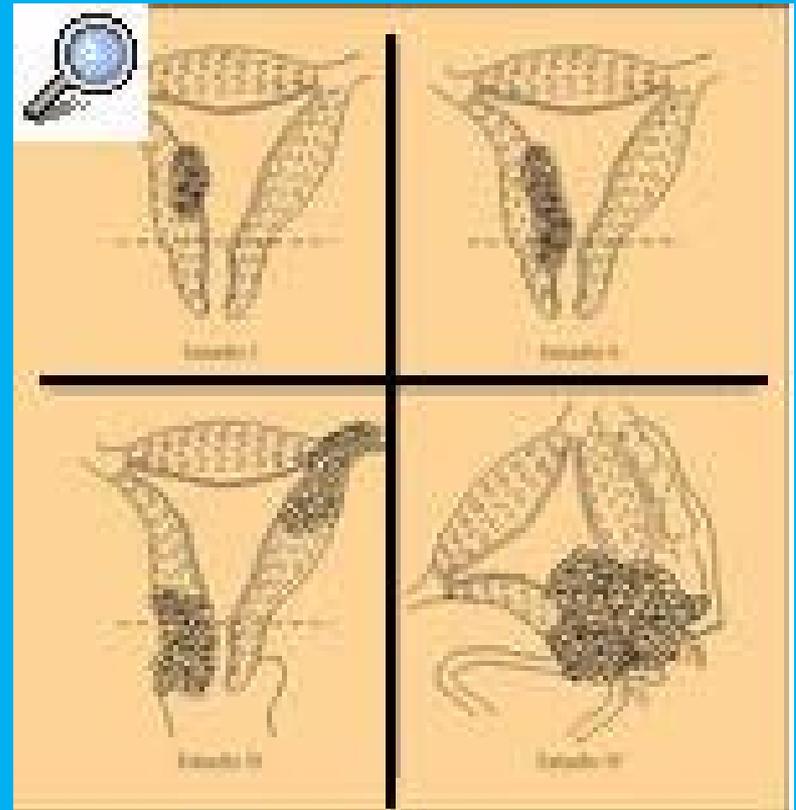
No se conoce si esta secuencia es estrictamente necesaria, pues la Hiperplasia de endometrio es un estadio reversible ya que solo el 1.5 % del total de pacientes con Hiperplasia Quística desarrollaran Cáncer de Endometrio

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS

- Existen varios tipos histológicos de tumores malignos del útero pero el de mayor frecuencia es el de Endometrio reconocido como **ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO**

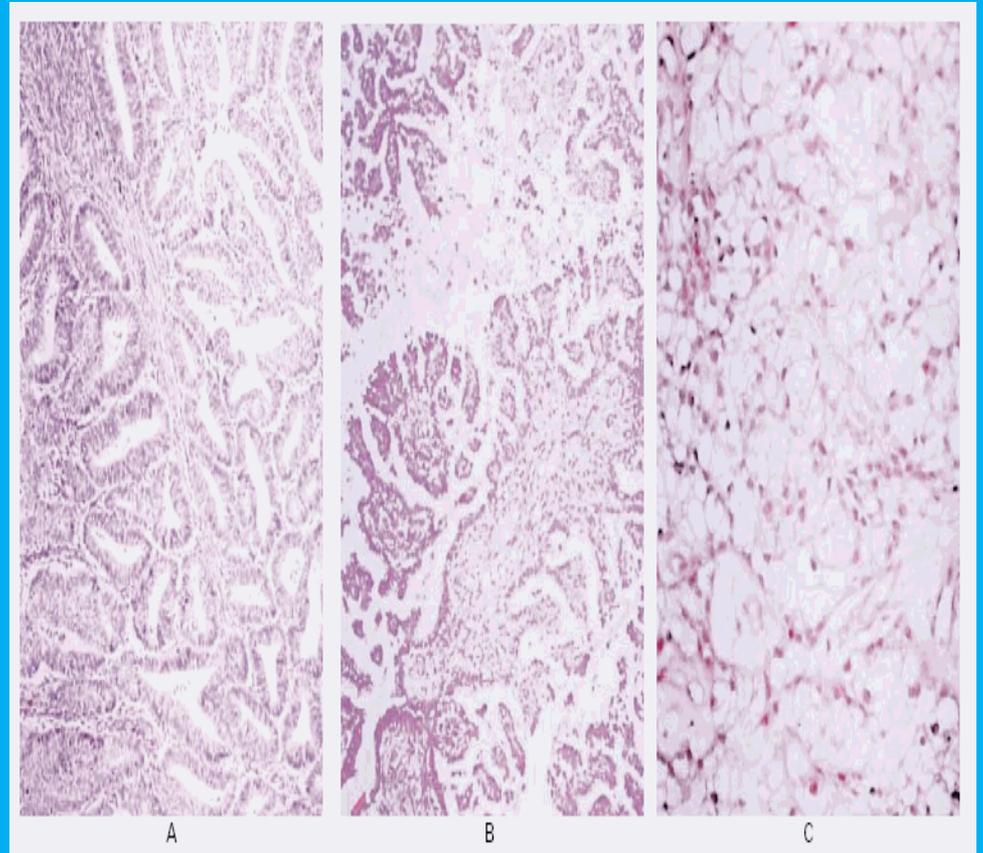
CARACTERISTICAS

- Puede surgir en cualquier porción del endometrio
- Circunscrito o difuso
- Aspecto polipoideo o difuso
- La invasión del miometrio es muy importante



ASPECTO MICROSCOPICO

- Maduro o bien diferenciado
- Inmaduro o poco diferenciado
- Adenoacantoma



Estadio patológico del tumor (FIGO 1988)

| | |
|--------------------|--|
| Estadio I | A: Tumor limitado al endometrio B: < 1/2 del miometrio C: > 1/2 del miometrio |
| Estadio II | A: Afectación glandular cervical B: Invasión estroma - cervical |
| Estadio III | A: Tumor invade serosa y/o anejos y/o citología peritoneal positiva. B: Metástasis vaginales. C: Metástasis en ganglios pélvicos y para aórtico |
| Estadio IV | A: Invade vejiga y mucosa intestinal B: Metástasis a distancia incluidos ganglios inguinales e intra - abdominales |

Es importante que tengas este conocimiento pues te ayudará a comprender la importancia de diagnosticar este cáncer en las etapas iniciales.

Diagnóstico

DIAGNOSTICO

```
graph TD; A[DIAGNOSTICO] --- B[ANAMNESIS]; A --- C[CUADRO CLINICO]; A --- D[EXAMENES COMPLEMENTARIO];
```

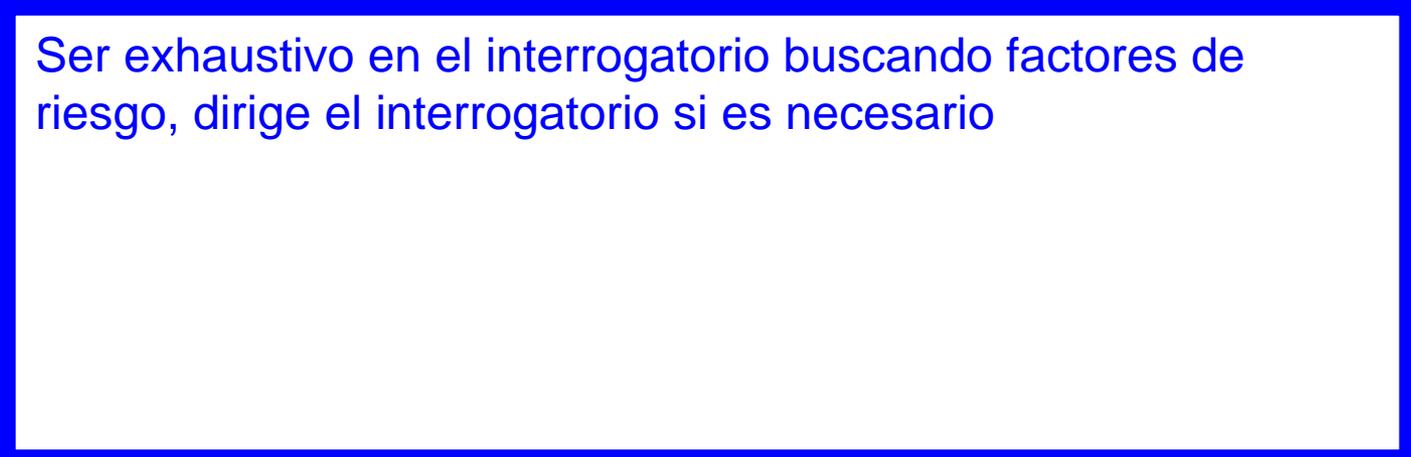
ANAMNESIS

CUADRO CLINICO

**EXAMENES
COMPLEMENTARIO**



EN RELACION A LA ANAMNESIS



Ser exhaustivo en el interrogatorio buscando factores de riesgo, dirige el interrogatorio si es necesario

Cuadro clínico

- Metrorragia generalmente post menopausica.
- Leucorrea sanguinolenta " agua de lavado de carne".
- Fetidez en las perdidas.
- Presencia de pus en las secreciones vaginales.
- Piometra (retención de pus en el útero).

El dolor y otros síntomas locales y/o generales son de aparición tardía en etapas avanzadas.

OTRAS CAUSAS DE SANGRAMIENTO POST-MENOPAUSICO

POLIPOS CERVICALES

TRAUMA POST COITO

ATROFIA

SEPSIS VAGINAL ASOCIADA A LA ATROFIA

YATROGENIA (INGESTION DE ESTROGENOS)

CANCER DE VULVA O VAGINA

CANCER DE OVARIO

LA BIOPSIA DE ENDOMETRIO CONSTITUYE EL MÉTODO FUNDAMENTAL EN EL DIAGNOSTICO

EXISTEN VARIAS TECNICAS PARA OBTENER LA MUESTRA DE ENDOMETRIO:

LEGRADO TOTAL
MICROLEGRADO
Histeroscopia

Se recomienda el **legrado total** pues el microlegrado tiene mayor porcentaje de error

SEGUIMIENTO SONOGRÁFICO

EXAMEN
ULTRASONOGRÁFICO

Endometrio

Lineal < 4 mm

5 a 9 mm

> 10 mm

Sangramiento

Sangramiento

Con o Sin
Sangramiento

Si

No

Si

No

Repetir 2 meses

Repetir
anual

Legrado

Repetir
En 3 m

LEGRADO

Tratamiento

Se plantean diferentes métodos que se van a considerar de acuerdo a la etapa clínica estos son:

- Cirugía
- Radioterapia
- Radioterapia y cirugía
- Quimioterapia
- Terapia hormonal

Bibliografía

- Orlando Rigol Ricardo. Obstetrícia y Ginecología. ISBN 959-7132-98-2. Capitulo 29, pág 296.
- Videoconferencia (Biblioteca del Hospital).
- González Merlo & Bosquet. Ginecología Oncológica. Capítulo 6 (pág 121), Capítulo 7 (pág 141), Capítulo 9 (pág 221).
- Ginecología de Novak (12^a edición). Sección IV, pág 447.
Sección VI, pág 1057 (Cáncer de Útero), pág 1111 (Cáncer de Cervix).
- Infomed sección ginecología oncológica.