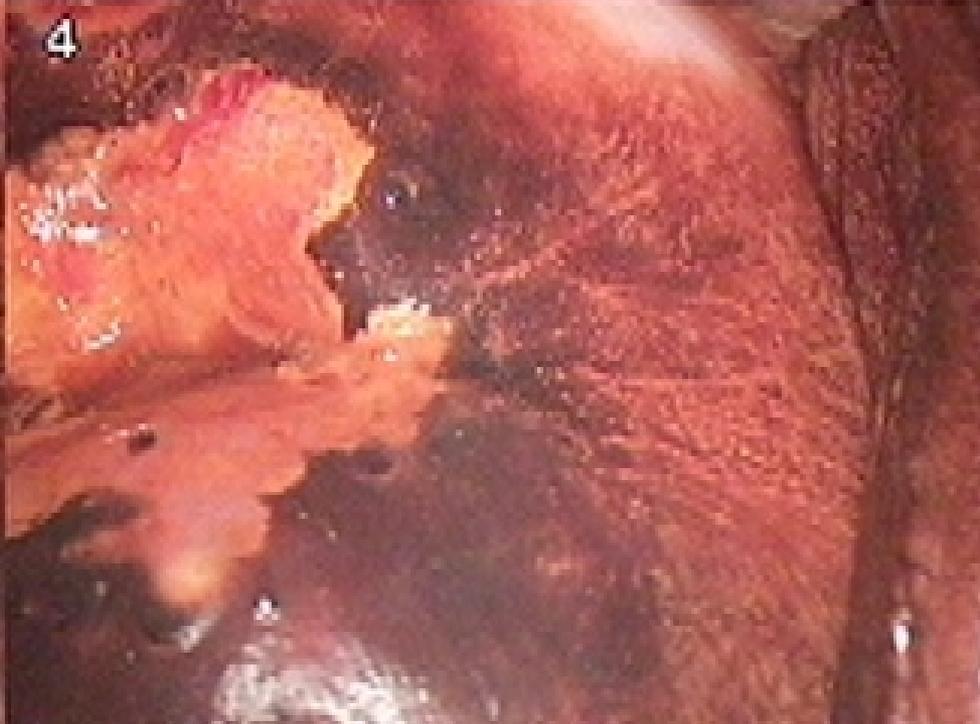
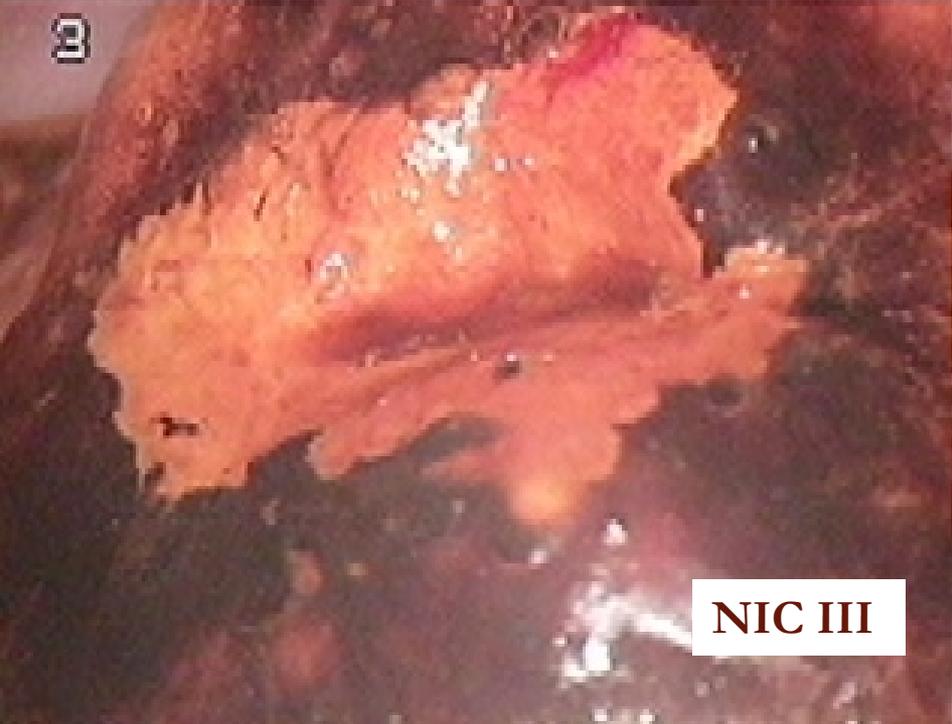
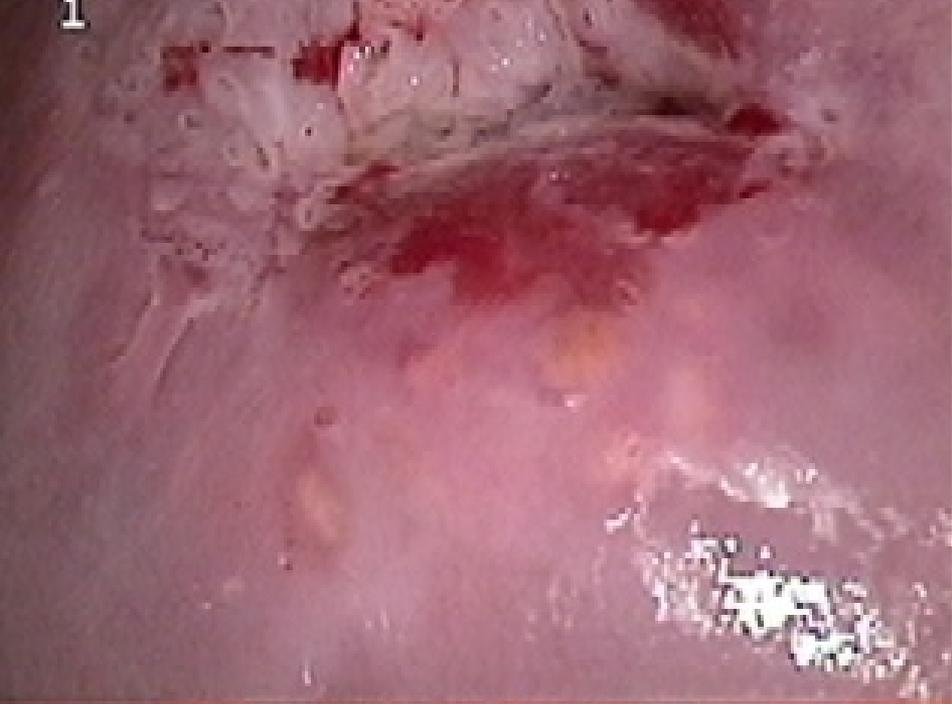


NIC III

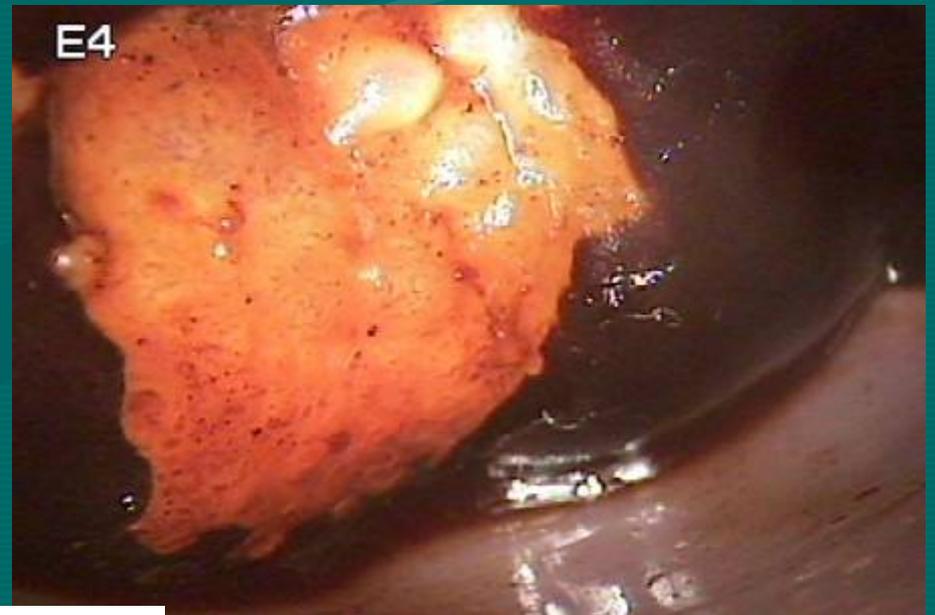
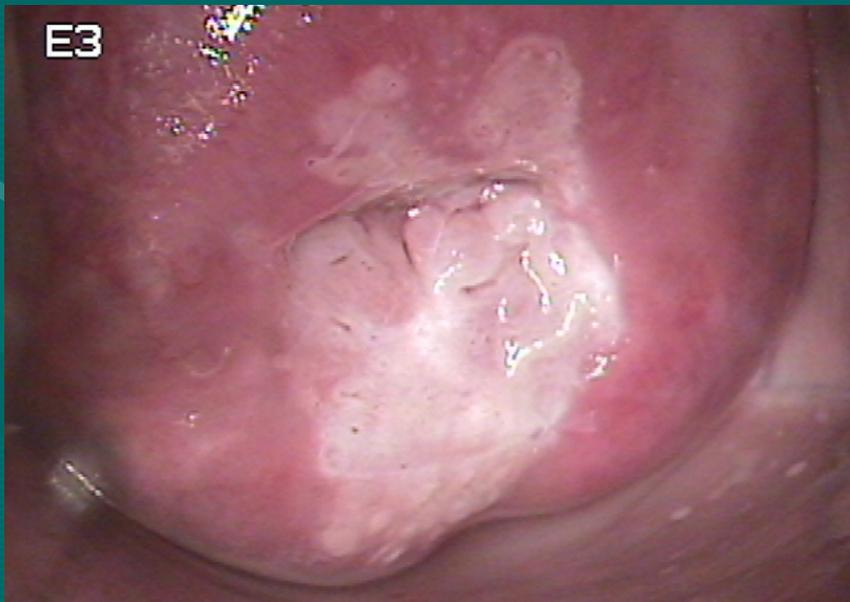
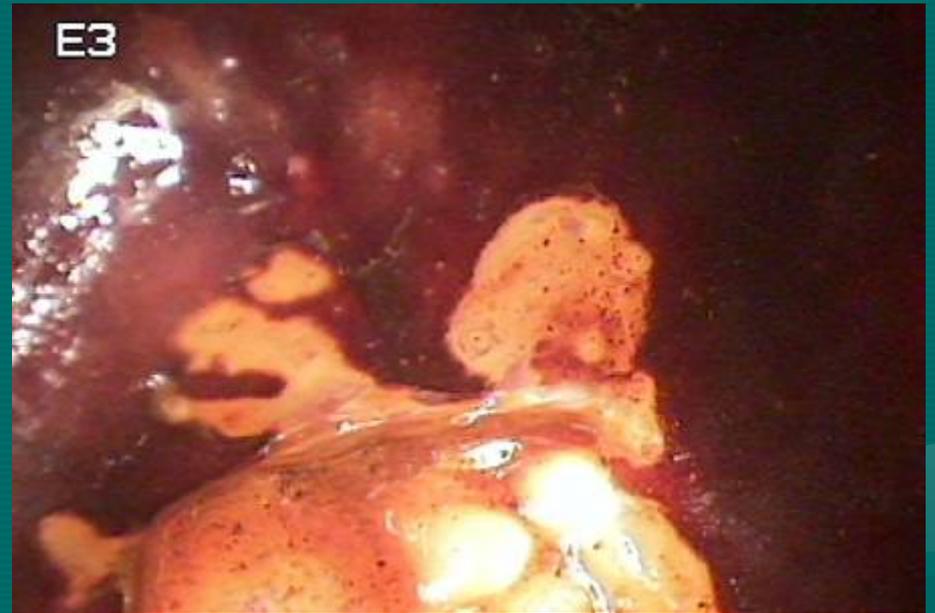


NIC III

**E3**



**NIC I. Labio Anterior**  
**NIC III. Labio Posterior**



**IDEM con Lugol**

# Diagnóstico.

- **Asintomático. (hasta Ib).**
- **Pesquisar mujer de riesgo.**
- **Examen físico completo**
- **Citología.**
- **Colposcopia.**
- **Test de Schiller.**
- **Biopsia.**
- **Unión escamo columnar.**
- **técnicas de tipificación viral**

# Estrategia de Tratamiento en la NIC

- ❖ edad
- ❖ paridad
- ❖ estudio de canal endocervical
- ❖ característica de la lesión
- ❖ resultado histológico
- ❖ patología ginecológica asociada
- ❖ posibilidad de seguimiento
- ❖ métodos disponibles

NIC elección terapéutica **CONSERVADORA.**

Puede ser radical pero de forma **SELECTIVA.**

# Conducta en la NIC

**NIC I**      **Expectante**  
**Tratamiento destructivo local.**  
**Métodos Físicos (calor o frío)**

**NIC II-III**   **Tratamiento Escisional**  
**(de elección)( cono por asa,**  
**láser o bisturí frío)**

**CONSERVADORA**

# Cáncer de cuello uterino.

## Estadios Clínicos.

### 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 mm extensión horizontal.

Ib1. > de 5 mm de profundidad y > de 7 mm de extensión horizontal.

Ib2. > de 4 cms de tamaño.

### Estadio II. se extiende fuera del cervix.

II a. Vagina hasta tercio medio

II b. Dos tercios proximales del parametrio.

# Cáncer de cuello uterino.

## Estadio III.

**Se propaga a zonas lejanas de la pelvis.**

**III a. Vagina hasta tercio externo**

**III b. Toma total de parametrios e hidrouretronefrosis**

## Estadio IV. fuera de la pelvis verdadera

**IV a. Crecimiento a órganos vecinos**

**IV b. Diseminación a órganos distantes**

# Cáncer invasor. Conducta:

**Estadio Ia1:** Histerectomía de elección simple sin ooforectomía.  
Conización de excepción.

**Estadio Ia2:** Histerectomía ampliada sin ooforectomía + linfadenectomía pélvica. Radioterapia complementaria si ganglios positivos.

**Estadio Ib1:** histerectomia ampliada con ooforectomía. Radioterapia complementaria

**Estadio Ib2:** Radioterapia + Quimioterapia.

# Factores pronósticos del cáncer cervical. Índice de Supervivencia.

- **volumen tumoral**
- **grado del tumor**
- **tipo histológico**
- **propagación linfática**
- **invasión vascular**
- **profundidad de la invasión estromal**
- **toma de ganglios paraaorticos**
- **edad**
- **estado de salud**

## Estudio Independiente.

1. Profundizar en la Historia Natural del Cáncer Cérvico Uterino y del PVH, como elemento indispensable en la Génesis del Cáncer de Cervix. (Libros de texto referidos en Bibliografía)
2. Revisar el Programa Nacional de Diagnostico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. ( Biblioteca del Hospital y Facultad de Medicina, así como Procedimientos del laboratorio de citología y consulta de Patología de cuello)

## Bibliografía.

Programa Nacional de Diagnostico Precoz  
CCU.

Texto Básico: Colectivo de autores.

Obstetricia y Ginecología.

Literatura Auxiliar:

Programa de Atención Materno Infantil

Literatura de consulta:

Botella Llusia. Tratado de Ginecología

Texto de Ginecología de Rigol.

# 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.**

# Adenocarcinoma endometrial.

- **Características actuales.**
- **Posibles factores predisponentes.**
- **Pesquisa del cáncer endometrial.**
- **Otros métodos diagnósticos.**
- **Estadiaje actual.**
- **Tratamiento.**

## 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.**

## **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.**

# Factores predisponentes

- **Estrógenos endógenos:**

**Obesidad. 21 a 50 lb. de sobre peso y obesidad más de 50 libras.**

**Nuliparidad.**

**Menopausia (mayor de 52 años).**

**Diabetes .**

**Anovulación .**

**Tumores secretores de estrógenos.**

**Síndrome de ovario poliquístico.**

- **Estrógenos exógenos .**

# 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) confirmación diagnostica legrado uterino.

# Otros métodos diagnósticos:

- **Histeroscopia**
- **Histerosalpingografía. ( ? )**
- **Citología endometrial por aspiración.**
- **Citología vaginal.**
- **Test de Schiller.**

# • **Estadio Clínico del cáncer Endometrio (FIGO)**

- Estadio I**
- A: Tumor limitado a endometrio**
  - B: Invasión < 1/2 miometrio.**
  - C: Invasión > 1/2 miometrio.**
- Estadio II**
- A: Afectación glandular endocervical.**
  - B: Invasión estromal cervical.**
- Estadio III**
- A: Tumor invade serosa y/o anejos y/o citología peritoneal positiva.**
  - B: Metástasis vaginales.**
  - C: Metástasis en ganglios pélvicos y paraaórticos.**
- Estadio IV**
- A: Tumor invade vejiga o mucosa intestinal.**
  - B: Metástasis a distancia (incluido ganglios intraabdominales y/o inguinales).**

## **Conducta actual.**

**Realizar tto. quirúrgico en todos los casos posibles.**

**Realizar dicho tto. antes de cualquier otra medida terapéutica.**

**Lugar de la radioterapia . ( ? )**

**Incluir la toma de muestras linfáticas si necesario.**

**Seguir metodología quirúrgica sistemática:**

**( lavado peritoneal para citología, abrir la pieza para evaluar extensión al cervix y al músculo)**

# Metodología quirúrgica

**1- Vía de acceso:**

**Abdominal.**

**2- Tipo de incisión:**

**Laparotomía media umbilical.**

**3- Lavado peritoneal:**

**Sistemático, bajo riesgo e información valiosa.**

**4- Exploración abdominal:**

**Linfadenectomía selectiva**

**5- Tipo de histerectomía:**

**Extrafacial, con ooforectomía bilateral.**

# Otras terapéuticas:

- Radioterapia
- Hormonoterapia.
- Quimioterapia.

## **Estudio Independiente.**

- 1. Profundizar en los aspectos Epidemiológicos para el cáncer de Endometrio.**
- 2. Indicaciones exógenos de estrógenos.**
- 3. Profundizar en el estudio clínico y medios diagnósticos para el cáncer de Endometrio .**

## **Bibliografía.**

**Las mismas además revisar.**

**Ginecología quirúrgica. Te Linde . Octava Edición**