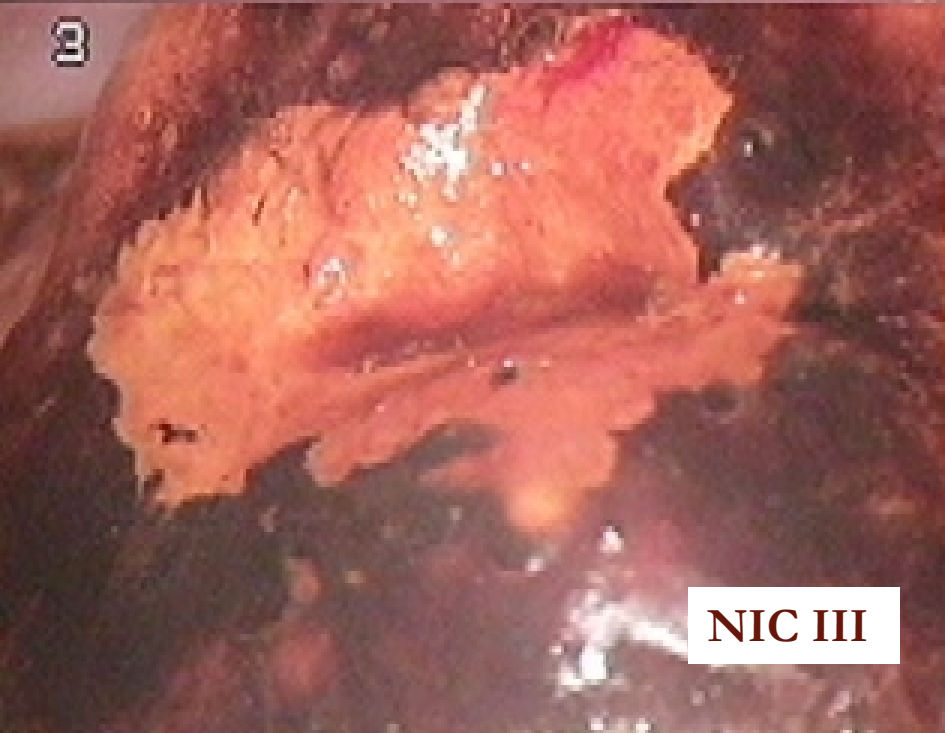


NIC III

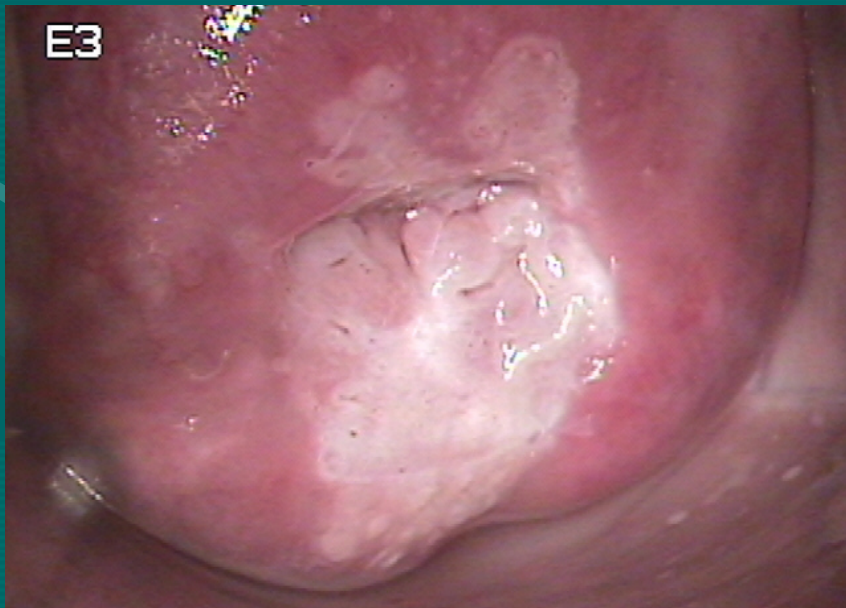
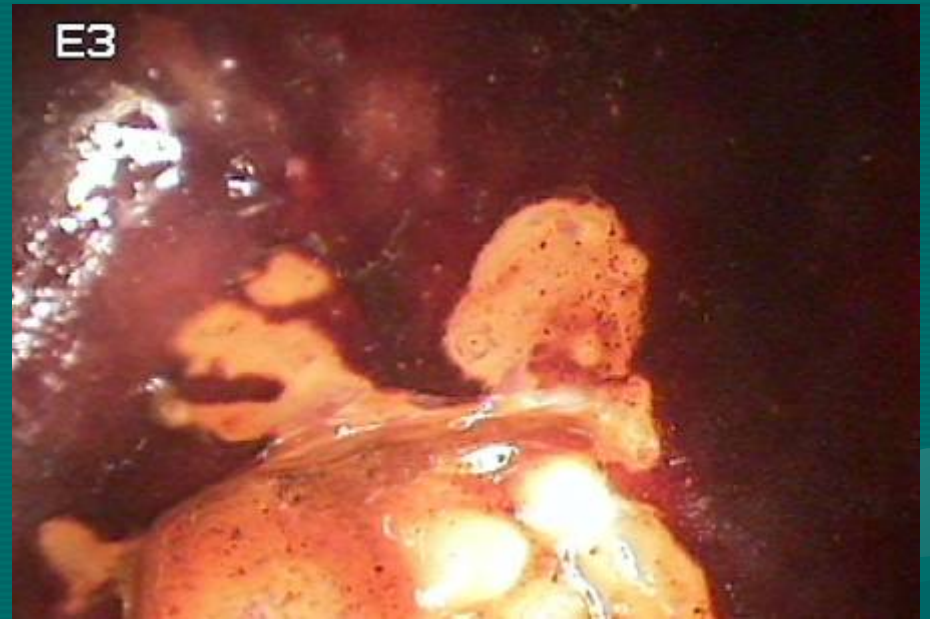


NIC III

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.**
- **Estadíaaje 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