



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Carcinoma invasor de cuello".

ACTIVIDAD: Mapa conceptual

ASIGNATURA: Sexualidad humana

UNIDAD IV "Oncología en la sexualidad"

CATEDRÁTICO: Dr. Ricardo Acuña Del Saz

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 09 DE DICIEMBRE DEL 2020

# CARCINOMA INVASOR DE CUELLO

El cáncer de cérvix es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer, y afecta al grupo de edad de 25-69 años y solamente es superado por el cáncer de mama.

## CLÍNICA

Mayormente asintomática

**Precoz característico** y  
Metrorragia, leucorrea (flujo seroso, purulento o mucoso y en cuestiones avanzadas fétido).

Dolor pélvico, disuria, hematuria, rectorragia, estreñimiento, fistulas, hidronefrosis con lesión renal y síntomas generales.

Presencia de sangrado intermenstrual, postcoital, postmenopáusico, apariencia anormal del cérvix y dolor pélvico.

## DIAGNÓSTICO

1. Citología cérvico-vaginal o test de Papanicolaou (al comenzar VSA).
2. TAC para realizar estadificación y planificar el tx
3. RM y recomendaciones para la planeación del tratamiento en etapas no operables.

## TRATAMIENTO

### Precoz

1. Conización
2. Histerectomía
3. Radioterapia

### Tx detallado por estadios

#### In situ

conservador o definitivo

#### Estadio IA1

**Con paridad satisfecha**  
Conización o histerectomía tipo A conservando los ovarios en las mujeres jóvenes.  
**Sin paridad satisfecha**  
Conización

#### Estadios IA2

**Con paridad satisfecha**  
Histerectomía tipo B con linfadenectomía.  
**Sin paridad satisfecha**  
Conización con linfadenectomía pélvica o traquelectomía pélvica bilateral.

#### Estadios IB1 <2cm

**Sin paridad satisfecha**  
Traquelectomía + linfadenectomía a pélvica.  
**Con paridad satisfecha**  
histerectomía radical o tipo C + linfadenectomía a pélvica.

#### Estadio IB1 >2cm y estadios IIA1

**Si no existe contraindicación para la cirugía**  
De elección la histerectomía radical tipo C, + linfadenectomía pélvica paraórtica.  
**Si hay contraindicación de cirugía**  
Radioterapia externa y braquiterapia intracavitaria.

#### Estadios IB2- IIA2- IIB- IIVa

Radioterapia y quimioterapia concomitante. Completando el tratamiento preferentemente en 8 semanas o menos.

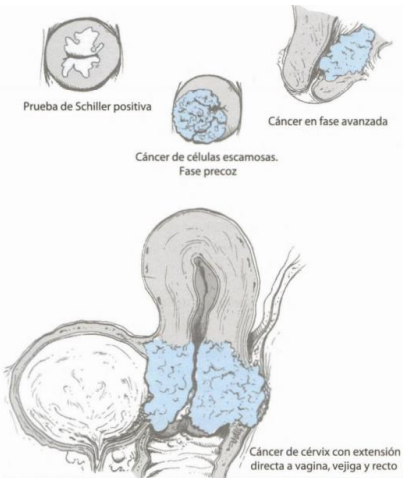
#### Estadio IVB

Tratamiento paliativo. Quimioterapia y radioterapia con la finalidad de reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida.

## Estadificación del cáncer de cérvix

Estadio I	Tumor confinado al útero	
	IA	Carcinoma microscópico con tamaño menor de 7 mm superficial y 5 mm invasión estroma
	IA 1	Invasión estroma < 3 mm
	IA 2	Invasión estroma > 3 mm pero < 5 mm
Estadio II	Tumor sobrepasa el cuello uterino pero no alcanza pared pélvica o 1/3 inferior de vagina	
	IIA	No invasión parametrios
	IIA 1	Lesión clínicamente visible < 4 cm
	IIA 2	Lesión clínicamente visible > 4 cm
Estadio III	Tumor afecta pared pélvica y/o 1/3 inferior vagina y/o produce hidronefrosis	
	IIIA	Extensión 1/3 inferior vagina sin afectar pared pélvica
	IIIB	Extensión pared pélvica y/o hidronefrosis o anulación funcional de un riñón
Estadio IV	Tumor se extiende fuera pelvis o afecta mucosa vesical o rectal	
	IVA	Extensión a órganos adyacentes
	IVB	Extensión a órganos a distancia

**PROFILAXIS:** Realizar citología anual y colposcopia + revisiones en los primeros dos años son cada 3 o 6 meses y hasta el 5to año cada 6 o 12 meses al igual que sean revisiones anuales.



## **FUENTES BIBLIGRÁFICAS**

- ✚ **Mar, M., Fabian, H., Adrián, V., Laura, L. & Michel, D.. (2017). Cto Ginecología y obstetricia. C/Albarracin: © CTO EDITORIAL, S.L. 2017. Pp. (45-49).**