

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina Interna.

Trabajo:

CA Cervico - Uterino

Docente:

Dr. Zebadua Guillen Eduardo.

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

5° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 16 de Junio del 2021.

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal

EPIDEMIOLOGÍA

Constituye, en forma primaria, un problema de salud a nivel mundial por su alta incidencia y prevalencia, principalmente en los países del tercer mundo y ocupa el 2do. lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer. De acuerdo a los reportes de incidencia a nivel mundial, se menciona en el GLOBOCAN que se presentan cerca de 500,000 casos nuevos por año y la mayor tasa de incidencia se presenta en Haití, donde se reportan 93 casos por cada 100,000 habitantes. El 80% de los casos se diagnostica en países en vías de desarrollo donde el riesgo es 15 veces mayor que en países industrializados.

En México, la tasa de incidencia es de 40.5 x 100,000 habitantes, afortunadamente su mortalidad ha disminuido a un ritmo de 5% por año a partir de 1998.3 Siendo en la actualidad de 15.46% correspondiendo a un total de 4273 casos en el 2005. En los estados del sureste la tasa de mortalidad se encuentra sobre el 25%.

FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples reportes en relación con los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo del CaCu, sin embargo, es clara la relación con algunos de ellos en particular. El grupo de edad más afectado está dentro de los 25 hasta los 64 años, es muy baja la incidencia en pacientes fuera de este grupo.

Bajo nivel socioeconómico, bajo nivel cultural, inicio de vida sexual temprana (cuando se inicia a los 17 años vs. 23 años se aumenta 5 veces el riesgo de desarrollo del CaCu), si se tienen tres o más parejas sexuales el riesgo de desarrollo del CaCu se triplica, además en el caso de sexoservidoras se aumenta el riesgo 4 a 5 veces más y en caso de que el compañero sexual tenga múltiples parejas sexuales, se incrementa 3 veces la posibilidad de desarrollo del CaCu.

Desde el punto de vista oncogénico, el principal factor de riesgo asociado con el desarrollo del CaCu es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) del cual se conoce que existen más de 200 serotipos, catalogándose en 2 grupos: alto y bajo riesgo de oncogenicidad. Correspondiendo al primer grupo los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59 y al grupo de bajo riesgo serotipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 y 81.

Existen además algunos otros factores como lo son: antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, hábito tabáquico (RR 2.1), multiparidad aumentando el riesgo en 5 veces, así como la deficiencia alimenticia principalmente de vitamina A y folatos.

DIAGNÓSTICO

Sintomatología

Desafortunadamente, la sintomatología relacionada con el cáncer cervicouterino en etapas iniciales es prácticamente nula, en ocasiones se presentan datos clínicos de manifestación de cuadros de infecciones cervicovaginales caracterizadas por flujo vaginal, disuria, prurito genital y dispareunia, aunque el mayor porcentaje de pacientes se presentan asintomáticas.

En el caso de lesiones invasoras iniciales, el dato pivote reportado en la literatura es la presencia de sangrado transvaginal anormal, posterior al coito y la mayoría de las veces el sangrado es indoloro.

En lesiones avanzadas la variedad de sintomatología abre un grupo importante de manifestaciones clínicas generalmente secundarias a crecimiento tumoral, o bien, secundarias a invasiones o diseminación extrapélvica de la lesión que van desde dolor a nivel radicular, linfedema de extremidades inferiores, datos clínicos de insuficiencia renal crónica, así como datos de bajo gasto cardiaco secundaria a cuadros de anemia crónica acompañada en estos pacientes.

Exploración física

Definitivamente, lo que contribuye a un mejor diagnóstico en los pacientes con cáncer cervicouterino es la exploración física, el cual proporciona al clínico, en caso de lesiones avanzadas, una adecuada clasificación para el manejo y pronóstico, sin embargo, en lesiones iniciales son muy pocos los datos que se presentan

positivos para llegar al diagnóstico. La exploración física en estos pacientes debe incluir la especuloscopia, el examen pélvico transvaginal y el transrectal.

Citología cervical

Como parte del diagnóstico temprano y escrutinio, se debe realizar la citología cervical en mujeres que han iniciado una vida sexual activa, mayores de 18 años de edad, las que nunca se han realizado citología alguna, así como pacientes que han cursado con cuadros repetitivos de leucorrea y enfermedades de transmisión sexual. La citología cervical presenta una sensibilidad de 51% y una especificidad del 98% para llegar al diagnóstico de cáncer cervicouterino.

Se considera que idealmente la citología y la exploración pélvica se debe realizar en forma anual a todas las pacientes si no existen factores asociados, o bien, de riesgo para el desarrollo de una neoplasia cervical; en caso contrario, la revisión y citología deben realizarse cada 6 meses dependiendo del número de factores involucrados.^{12,13} En caso de pacientes que previamente se diagnosticaron con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o con cáncer invasor, el seguimiento es cada 3 meses durante los 2 primeros años y cada 6 meses los siguientes 3 años, para posteriormente llevar su seguimiento citológico anual.

En caso de mujeres de bajo riesgo con 3 estudios citológicos anuales normales, se podrá optar por realizar la citología cada 2 o 3 años de acuerdo a las características clínicas de las pacientes. En caso de pacientes con histerectomía por patología benigna el seguimiento se puede realizar cada 3 años.

Reporte citopatológico

Existen, por lo menos, 4 clasificaciones histológicas para el reporte del resultado citológico, sin embargo, las más conocidas y utilizadas son: la clasificación de Papanicolaou y el sistema Bethesda.

Clasificación de Papanicolaou.

Clase I. Sin anormalidades.

Clase II. Cambios celulares mínimos (benignos).

Clase III. Células sospechosas, no diagnósticas de cáncer.

Clase IV. Células muy sugestivas de cáncer. Clase V. Células diagnósticas de cáncer.

SISTEMA BETHESDA 2001

Esta nomenclatura se originó en el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, Maryland, en 1988 y modimodificada en 1991 y 2001. Fue creada para estandarizar o unificar criterios en el reporte citopatológico cervicovaginal.

La mayor utilidad de esta nomenclatura está basada en separar dos tipos de lesiones precursoras del carcinoma y que son de evolución biológica diferente:

- * Lesión intraepitelial de bajo grado de malignidad. Infección por HPV, condiloma, displasia leve.
- * Lesión intraepitelial de alto grado de malignidad.

Displasia moderada, Displasia grave, Ca in situ.

COLPOSCOPIA

Dentro de la escala de estudios de abordaje y revisión de los pacientes con diagnóstico de CaCu, la colposcopia cumple un rol específico de suma importancia por su sensibilidad de hasta 95%, con una especificidad de 98% como método único de diagnóstico, además que a diferencia de la citología es posible realizar una valoración sistemática del cérvix, ya que este estudio es de complementación, además con el uso del ácido acético permite la identificación de lesiones premalignas y malignas con gran precisión. Asimismo, es posible tomar una biopsia bajo visión directa de las áreas sospechosas de malignidad.

El reporte colposcópico que se puede realizar se clasifica como sigue:

1. Satisfactoria (por la adecuada visualización de la zona transicional) con adecuada correlación citológica.

Sin alteraciones.

Infección de VPH.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

Neoplasia invasora.

2. No satisfactoria. Con hallazgos citológicos o histopatológicos antes mencionados.

Indicaciones de toma de biopsia colposcópica.

Datos sugestivos de NIC.

Evidencia de epitelio acetoblanco asociado con infección de VPH.

Datos sugestivos de cáncer invasor.

Resultado citológico positivo para malignidad sin evidencia colposcópica de la misma, donde está indicado el cepillado endocervical y en caso negativo la realización de cono cervical.

Existen casos en los cuales no hay la posibilidad de argumentar un diagnóstico adecuado de la patología invasora cervical, sin embargo, existen hallazgos que sugieren fuertemente la presencia de un cáncer invasor:

1. Patrón vascular atípico.
2. Pérdida del puntilleo regular o del patrón en mosaico visto en las lesiones de alto grado.
3. Epitelio acetoblanco denso.
4. Zona de transformación anormal con extensión al canal endocervical.
5. Fragilidad capilar.
6. Orificios glandulares engrosados.

Citología positiva para VPH.

NIC I (LIEBG)
NIC II (LIEBG)
NIC III (LIEAG)
(Conservación fertilidad)

Clínica de displasias

Citología o colposcopia positiva para:

NIC III-CaCu *in situ*
Cáncer microinvasor
Cáncer invasor
Algún otro tipo de neoplasia
Paciente embarazada

Centro oncológico

TRATAMIENTO

De acuerdo a los resultados obtenidos con los estudios citológicos y colposcópicos se presentan las siguientes opciones de manejo

MANEJO GENERAL POR ETAPAS

SOBREVIDA GLOBAL A 5 AÑOS POR ETAPAS

Etapa I. 80%

Etapa II. 60-80%

Etapa III. 35-45%

Etapa IV. 2-15%

Etapa I. Lesiones confinadas al cérvix
IA. Tumores subclínicos
IB. Lesiones evidentes clínicamente
IB1. Lesiones menores de 4 cm

Tratamiento quirúrgico

IB2. Lesiones mayores de 4 cm
Etapa II. Invasión parametrial o vaginal

Tratamiento QTP y RTP

Etapa III. Invasión parametrial total →

Tratamiento QTP y RTP

Etapa IV. Diseminación sistémica →

Quimioterapia +/-RT paliativa

SEGUIMIENTO

Durante los primeros 2 años, cada 3 meses con realización de papanicolaou y colposcopia anual, de los 2 a 5 años posteriores al manejo cada 6 meses con citología cervical y colposcopia anual, y posteriormente, anualmente con citología y colposcopia, con seguimiento de por vida.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Dan, L., Deniis, L., Larry, J., & Loscazo, J. (2012). Harrison Principios de Medicina Interna (18a Edicion ed., Vol. 2). CD MX, CD MX, Mexico: Mc Graw Hill.

Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatologia(9a edición ed). Barcelona, Español: Wolters Kluwer.

Argente, H., & Alvarez, M. Semioogia Medica (Fisiopatologia, Semiotecnia y Propedeutica) CD MX, Mexico.