

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**SEMESTRE CURSANTE:
5TO SEMESTRE UNIDAD 4**

**MATERIA:
MEDICINA INTERNA.**

**TEMA DEL TRABAJO:
CANCER CERVICUTERINO.**

**FECHA DE ENTREGA:
29/11/2021**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

CANCER CERVICUTERINO

El cáncer es una enfermedad en la cual las células en el cuerpo se multiplican sin control. Cuando este comienza en el cuello del útero, se llama cáncer cervicouterino, o cáncer de cérvix, o cáncer del cuello del útero. El cáncer se puede extender a otras partes del cuerpo posteriormente.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal de cáncer de cuello uterino en las mujeres. También es un factor de riesgo para el cáncer de pene en los hombres y anal en hombres y mujeres. Los mismos tipos de VPH que infectan las áreas genitales pueden infectar la boca y la garganta.

La infección por VPH es muy común, y la mayoría de las mujeres y de los hombres pueden tenerlo alguna vez en su vida, aunque no lo sepan o no tengan síntomas. En la mayoría de las personas la infección del VPH desaparece por sí misma en menos de un año, sin causar problemas de salud. Pero en algunas personas, especialmente en aquellas mayores de 30 años, la infección persiste por años y puede causar cáncer. El VPH puede causar cambios en las células en el cuello uterino. Los tipos de cambios cubren la gama desde lesiones de bajo riesgo, lesiones precancerosas, hasta cáncer. Las verrugas genitales ocasionadas por el VPH pueden desaparecer por sí mismas o pueden requerir extirpación, pero no suelen causar cáncer. Las lesiones precancerosas son una etapa precursora del cáncer cervicouterino. Estas lesiones pueden transformarse en cáncer a lo largo de muchos años si no se tratan tempranamente. Aunque no hay una cura para la infección por VPH, hay tratamientos para las verrugas, lesiones y cambios precancerosos y cancerosos causados por el virus.

Quienes tienen más riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino son aquellas mujeres que tienen una infección por VPH persistente y las que tienen otros factores de riesgo, tales como tener relaciones sexuales desde muy jóvenes, o si ella o la pareja han tenido diversas parejas sexuales en la vida. Hay otros factores que aumentan el riesgo de VPH y cáncer cervicouterino entre las mujeres, pero que no lo causan por sí mismos. Tienen mayor riesgo:

- ↳ Quienes han dado a luz a tres o más hijos
- ↳ Quienes han tenido hijos antes de los 17 años
- ↳ Las mujeres que fuman
- ↳ Quienes tienen alguna enfermedad que afecte el sistema inmunológico
- ↳ Quienes no se someten a exámenes preventivos

El cáncer cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, acontece en 10% de todos los cánceres, es la tercera neoplasia más diagnosticada. Cada año alrededor de 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. Se estima que produce alrededor de 231,000 muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo. Las zonas de alto riesgo incluyen Sudamérica, Este y Sur de África y la India. En los Estados Unidos existen más de 10,000 nuevos casos al año con más de 3,700 muertes por año atribuidas a esta enfermedad. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu, cada año se reportan 68,000 casos nuevos.

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular. La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamocolumnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia. Cuando la metaplasia ocurre, existe siempre un potencial neoplásico. En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC. En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera (crecimiento exofítico), en contraste, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico). Las células de reserva en la unión escamocolumnar han sido vigiladas con interés como origen del adenocarcinoma cervical. Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamocolumnar.

Las neoplasias preinvasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor, dispareunia, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la

acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción y defecación. Se pueden presentar síntomas relacionados con metástasis a distancia y constitucionales en enfermedad muy avanzada.

El diagnóstico presuntivo de cáncer cervicouterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica. Los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino son: Citología Cervical y Visualización Directa con Ácido Acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical). Las pruebas biomoleculares como Captura de Híbridos y RPC (Reacción de la Polimerasa en Cadena), pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

La Secretaría de Salud en México en 2005 presentó la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014- SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, aceptada y publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2007. De acuerdo con la norma, las especificaciones establecidas para la realización de pruebas de tamizaje de detección oportuna son:

- Se realizará en todas las mujeres entre 25 a 64 años, en especial en aquellas con los factores de riesgo mencionados, así como a quien lo solicite independientemente de su edad.
- Se debe localizar a las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico en un lapso no mayor a cuatro semanas.
- En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se debe realizar la detección cada tres años.
- Cuando el resultado citológico reporte lesión intraepitelial o cáncer se debe informar a las pacientes que el resultado no es concluyente y que se requiere de un diagnóstico confirmatorio. Para ello se enviarán a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, se continuara con el manejo establecido.

Dependiendo de la etapa (extensión) en la que se encuentra el cáncer, se podrían realizar uno o más de los siguientes tratamientos:

- Biopsia en cono: para el cáncer de cuello uterino en sus estadios tempranos se puede hacer una biopsia en cono con márgenes amplios. Esta cirugía conserva la fertilidad. Esta cirugía extirpa el ectocérvix y el canal endocervical utilizando un escalpelo. No es un tratamiento adecuado si el tumor es grande o si ha invadido profundamente, o si se encuentra en los pequeños vasos

sanguíneos o espacios linfáticos (invasión del espacio linfovascular). La biopsia en cono es el método preferido en comparación con el procedimiento de extirpación electroquirúrgico de lazo.

- Traquelectomía: esta cirugía conserva la fertilidad. Extirpa el cuello uterino, la parte superior de la vagina y los tejidos adyacentes. Es un tratamiento adecuado para los estadios tempranos de la enfermedad que no se pueden tratar con una biopsia en cono. Por lo general es adecuada para el cáncer en estadios tempranos. La toma de muestras de los nódulos linfáticos (ganglios pélvicos y/o ganglios paraaórticos) se puede hacer al mismo tiempo.
- Cirugía: para el cáncer en estadios tempranos. el procedimiento quirúrgico preferido es una histerectomía radical modificada con muestreo de ganglios linfáticos. Esta es la forma más común de curar el cáncer de cuello uterino en sus estadios tempranos. Se extirpan el cuello uterino y los 2 cm. superiores de la vagina, y se muestrean los ganglios linfáticos locales. Una vez extirpado el útero, una mujer no podrá quedar embarazada. Se pueden hacer distintos tipos de histerectomías. La elección del procedimiento dependerá de cuán extendido esté el cáncer y de cuáles sean los tejidos u órganos que necesitan ser extirpados para eliminar el cáncer.
- Radioterapia: la radioterapia podría ser administrada después de la cirugía o en lugar de la cirugía, y es el tratamiento predilecto durante cualquier etapa de la enfermedad, con excepción de las etapas más tempranas.

La tasa de supervivencia a 5 años de todas las personas con cáncer de cuello uterino es 66 %. Sin embargo, las tasas de supervivencia pueden variar según factores como la raza, el origen étnico y la edad. Para las mujeres blancas, la tasa de supervivencia a 5 años es del 71 %.