

UDS

Docente:

Dra. Karen Michelle Bolaños Pérez

Alumna: Ana Luisa Ortiz Rodríguez.

Licenciatura: Medicina Humana.

7° Semestre 4° Parcial.

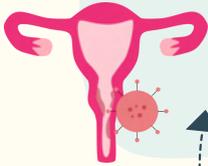
Materia: Clínicas Ginecologías y Obstétricas.

Cáncer Cervicouterino .

Actividad: Infografía.

DEFINICIÓN

Es de los tumores malignos ginecológicos más frecuentes. La neoplasia cervical invasiva se inicia como una lesión intraepitelial.

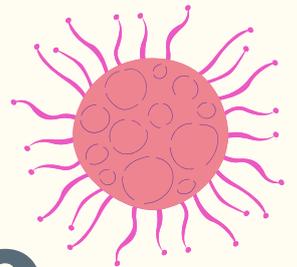


ETIOLOGIA

Daño intraepitelial. En la zona de metaplasia escamosa. Localizada: En la unión de los epitelios escamoso y cilíndrico del cérvix.



CANCER CERVICOUTERINO



MICROSCOPICAMENTE

Lesiones pre malignas o pre invasivas. Se caracterizan por la atipia de las células epiteliales.



EPIDEMIOLOGIA

La segunda causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. Mujer mexicana de 25 años y más de edad.



CANCER CERVICOUTERINO



FACTORES DE RIESGO.

- Infección persistente por VPH (SEROTIPOS 16 Y 18) .
- Inicio de vida sexual a edad temprana.
- Multiparidad.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Pareja con alto riesgo.
- Historia de ITS.
- Tabaquismo.
- Mujeres de 30 años sin ninguna citología.

VPH.

Se considera la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente.

Afecta especialmente a mujeres y hombres jóvenes, su incidencia se relaciona directamente con la actividad sexual.

LOS VPH 6 Y 11 BAJO RIESGO

Son responsables de las verrugas anogenitales, lesión intraepitelial de bajo grado.

VPH 16-18 DE ALTO RIESGO

Oncogénico.
Originan lesiones displásicas, consideradas el precursor directo de gran cantidad de neoplasias especialmente de CCU, ano y orofaringe.

Se encuentran en todo el espectro de las lesiones intraepiteliales e invasoras, tanto del epitelio escamoso como del glandular.

VPH

Primer paso para la infección por VPH.

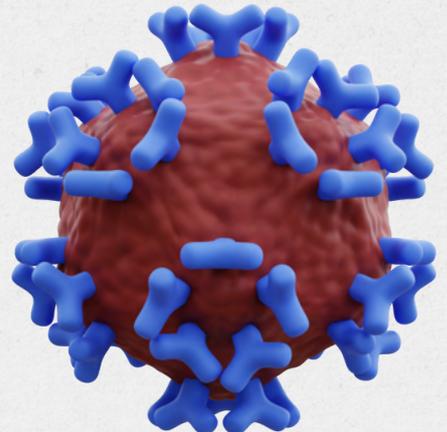
Es el contacto de viriones intactos con las células basales del epitelio escamoso.

Después de la introducción del virus.

•En el epitelio la infección puede expresarse de manera latente, productiva o transformante.

IMPORTANTE SABER:

La trascendencia del VPH-AR en el origen, evolución y desarrollo de las lesiones precursoras y del CCU.



CANCER CERVICOUTERINO



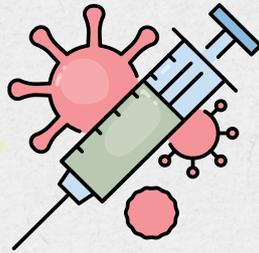
PREVENCION.

VACUNA BIVALENTE O TETRAVALENTE CONTRA VPH.

Se recomienda administrar a niñas y mujeres la vacuna contra el VPH Con el fin de disminuir la carga de la enfermedad por lesiones precursoras y CCU.

Una dosis para niñas de 9 a 14 años de edad.

Una dosis para niñas y mujeres de 15 a 20 años de edad.



VACUNACION.

A partir de los 9 a 45 años de edad.

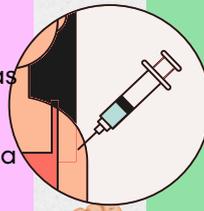
Las personas inmunodeprimidas, incluyendo las que viven con VIH.

Deben recibir al menos dos dosis y cuando sea posible tres dosis

VACUNACION.

El embarazo no es una contraindicación.

Preferible vacunar después de que finalice el evento obstétrico.



TAMIZAJE

Primario.

La detección molecular de VPH-AR en lugar de la CC.

Para identificar oportunamente las lesiones precursoras de CCU y de adenocarcinoma en personas de 30 a 49 años de edad.

Pudiéndose extender el tamizaje a personas de 50 a 64 años de edad.

TAMIZAJE

•Se deberá seguir tamizando después de los 65 años de edad en las siguientes condiciones:

- Persona que nunca se ha tamizado.
- Persona inmunosuprimida o que vive con VIH, incluyendo a las sometidas a histerectomía.
- Persona con histerectomía por lesión de alto grado o cáncer, aún con seguimiento hasta por 25 años y con última prueba molecular positiva.

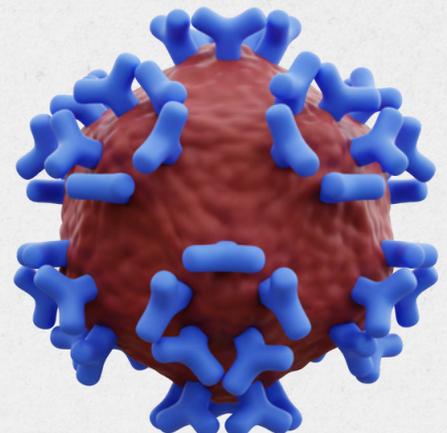
Cuando la detección con VPH-AR es positivo para genotipos 16 y 18.

Se debe realizar valoración colposcópica sin necesidad de triaje previo con citología.

HISTOLOGIA

El 90 % son de tipo EPIDERMOIDE

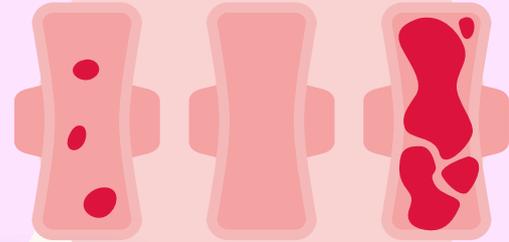
1. Carcinoma de células grandes queratinizado.
2. Carcinoma de células grandes no queratinizado.





EN LA MAYORIA DE LOS CASOS.

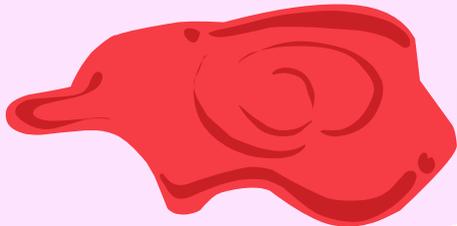
ASINTOMÁTICA.



CANCER CERVICOUTERINO

ETAPAS

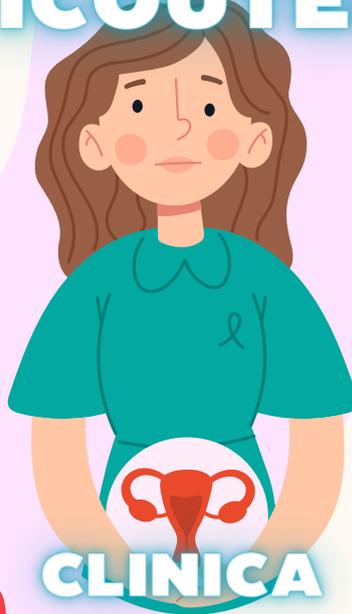
METRORRAGIA.
Síntoma más precoz y característico.



AGUA DE LAVAR CARNE



CLÍNICA



TARDIAS.

LEUCORREA.
flujo seroso, purulento y mucoso, en enfermedad avanzada es FÉTIDO



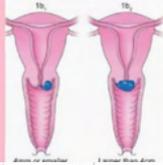
OTROS:

- Dolor pélvico.
- Disuria.
- Rectorragia.
- Estreñimiento.
- Fístulas.
- Hidronefrosis.



ESTADIFICACION

ESTADIO I



Tumor Confinado al Útero

IA	Carcinoma microscópico menor 7mm superficial y 5mm invasión estroma	
	IA 1	Invasión estroma menor 3mm
	IA 2	Invasión estroma +3mm
IB	Lesiones clínicamente visibles limitadas al cuello uterino o lesiones microscópicas mayores que IA	
	IB1	Lesión visible clínicamente menor 4cm
	IB2	Lesión visible clínicamente +4cm

ESTADIO II



Tumor Sobrepasa el Cuello Uterino pero NO alcanza PARED PÉLVICA

IIA	NO invasión de parametrios.	
	IIA 1	Lesión clínicamente visible menor 4cm
	IIA 2	Lesión clínicamente visible + 4cm
IIB	SÍ INVADE parametrios	

ESTADIO III

Tumor AFECTA PARED PÉLVICA y/o 1/3 de pared vaginal y/o hidronefrosis o anulación funcional del riñón

IIIA	Extensión 1/3 inferior de vagina sin afectar pared pélvica
IIIB	Extensión pared pélvica y/o hidronefrosis o anulación de función de riñón.

ESTADIO IV

Tumor se EXTIENDE FUERA DE PELVIS o afecta mucosa vesical o rectal

IVA	Extensión a órganos adyacentes
IVB	Extensión a órganos a distancia

CANCER CERVICOUTERINO

TRATAMIENTO.

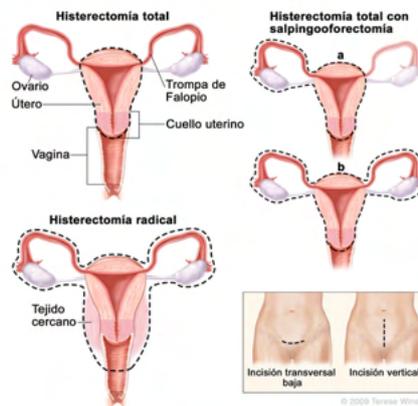
Primera elección: Tratamiento Quirúrgico.
Ofrece conservación de función ovárica y
mantiene vagina funcional.

Conización

Procedimiento quirúrgico que se realiza para tratar lesiones en el cuello uterino.

Histerctomía simple.

Cirugía que consiste en extirpar el útero y el cuello uterino.



Histerectomía radical

Es una cirugía que consiste en extirpar el útero, el cuello uterino, parte de la vagina, y los tejidos y ligamentos circundante.

ESTADIO IB1 – IIA1:
Histerectomía Radical más Linfadenectomía.

ESTADIO IB2 – IIA2 – IIB – III – IVA: Radioterapia + Quimioterapia Concomitante

ESTADIO IA1.

Histerctomía si la paciente tiene paridad satisfecha, con conservación de ovarios en mujeres jóvenes

ESTADIO IA2.

Histerectomía radical más Linfadenectomía pélvica.

En caso de deseo embarazo se realizará Traquelectomía Radical + Linfadenectomía Pélvica.