

**UNIVERSIDAD DEL
URESTE
DOCENTE: DRA. KAREN
MICHELLE BOLAÑOS
PÉREZ.**

**ALUMNA: CELSO FABIAN
BARRIOS MENDEZ**

**LICENCIATURA:
MEDICINA HUMANA.**

**7 SEMESTRE.
MATERIA: GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

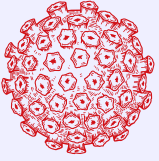
**TEMA: CANCER CERVICO
UTERINO**

**ACTIVIDAD: INFOGRAFIA
FECHA DE ENTREGA:
SÁBADO 7 DE DICIEMBRE**

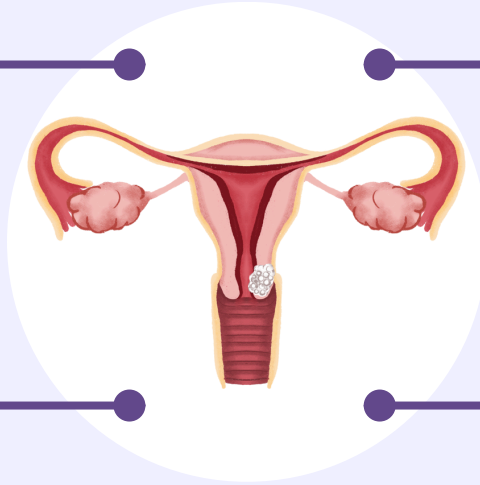
CANCER CERVICO UTERINO.

DEFINICION

CCU es de los tumores malignos ginecológicos más frecuentes.

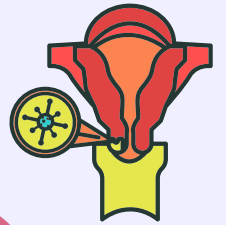


En la zona de metaplasia escamosa.



La neoplasia cervical invasiva se inicia como una lesión intraepitelial, pre maligna.

Localizada en la unión de los epitelios escamoso y cilíndrico del cérvix.



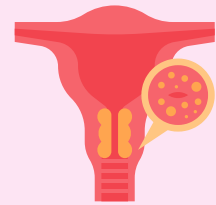
MICROSCÓPICAMENTE

Lesiones pre malignas o pre invasivas.



Se caracterizan por la atipia de las células epiteliales.

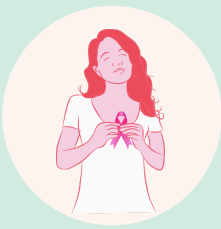
Del estrato basal en las lesiones iniciales más leves y con afectación progresiva ascendente de todo el espesor epitelial.



Lesiones más avanzadas que pueden dar origen al cáncer invasor.



EPIDEMIOLOGIA



La segunda causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer.



Mujer mexicana de 25 años y más de edad.



En Mexico del año 2021 el CCU fue la causa de 4111 defunciones y se presentaron 3058 casos nuevos de esta enfermedad.

FACTORES DE RIESGO



Infección persistente por VPH (SEROTIPOS 16 Y 18)
Inicio de vida sexual a edad temprana.



Multiparidad.
Múltiples compañeros sexuales.

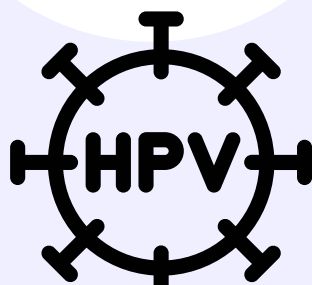
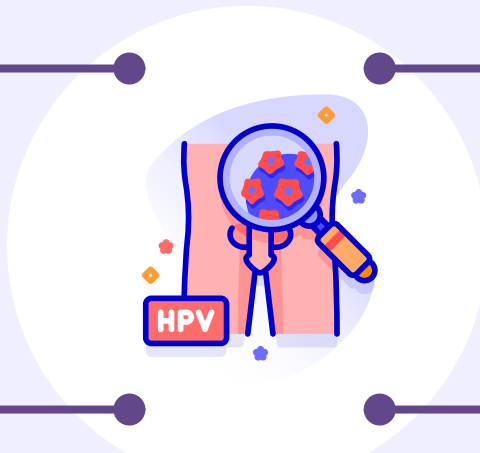


Pareja con alto riesgo.
Historia de ITS (Chlamydia y Herpes)

LA INFECCIÓN POR EL 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.



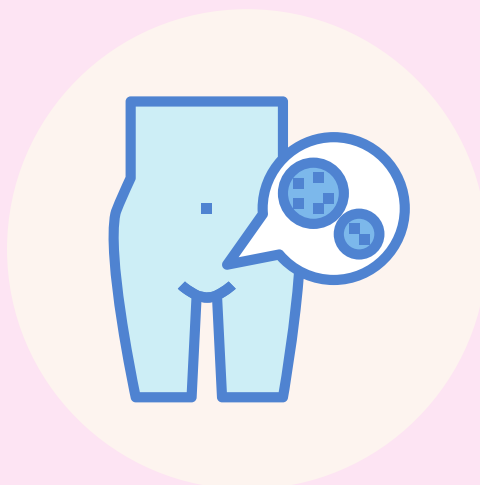
• **LOS VPH 6 Y 11 DE BAJO RIESGO.**
• Son responsables de las verrugas anogenitales, lesión intraepitelial de bajo grado (LEIBG).

• **LOS DE ALTO RIESGO VPH-AR.**
• Oncogénico VPH 16 y 18.
• Originan lesiones displásicas, consideradas el precursor directo de gran cantidad de neoplasias especialmente de CCU, ano y orofaringe.

¿A QUIÉN AFECTA?

• El primer paso para la infección por VPH.

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



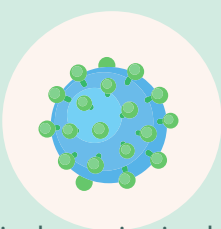
• Después de la introducción del virus.

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

EN LA INFECCIÓN DE TIPO LATENTE



• El ADN viral permanece en su forma circular libre o episomal en el citoplasma y no ocurren cambios morfológicos colposcopicamente identificables,



• Las LEIAG asociadas principalmente a los VPH-AR.
• Responsables de la pérdida del control de la proliferación celular son los oncogenes virales E6/E7.

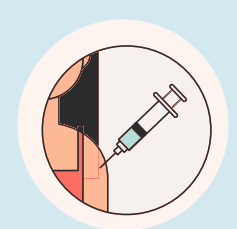


• Cuya sobre expresión es consecuencia de la pérdida del gen viral E2.

PREVENCIÓN



• **VACUNA BIVALENTE O TETRAVALENTE** contra VPH
• Se recomienda administrar a niñas y mujeres la vacuna contra el VPH.



• Una dosis para niñas de 9 a 14 años de edad.
• Una dosis para niñas y mujeres de 15 a 20 años de edad.
• 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.
• El embarazo no es una contraindicación, sin embargo.
• Preferible vacunar después de que finalice el evento obstétrico.



TAMIZAJE

- Se recomienda utilizar como prueba de 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.
- Con un intervalo de detección de cinco años.



•CUANDO LA DETECCIÓN CON VPH-AR ES POSITIVO PARA GENOTIPOS 16 Y 18.

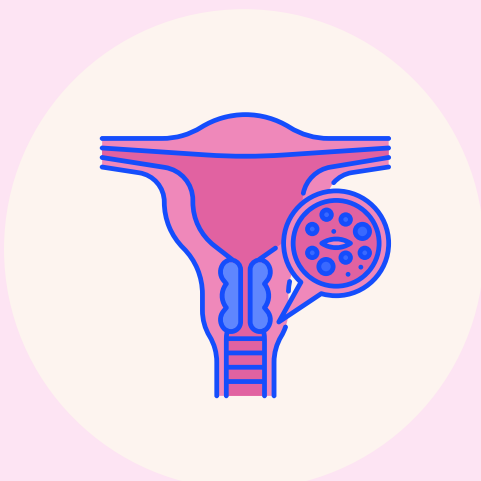
- Pudiéndose extender el tamizaje a personas de 50 a 64 años de edad.
- Se deberá seguir tamizando después de los 65 años de edad en las siguientes condiciones.

- 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.

HISTOLOGÍA

•El 90 % son de tipo EPIDERMOIDE.

•Carcinoma de células grandes queratinizado.



•Carcinoma de células grandes no queratinizado.

CLÍNICA

¡En la mayoría de los casos es asintomática.
Etapas tardías.

¡AGUA DE LAVAR CARNE



¡METRORRAGIA síntoma más precoz y característico.
¡Leucorrea (flujo seroso, purulento y mucoso, en enfermedad avanzada es FÉTIDO)

- Disuria.
- Rectorragia
- Estreñimiento
- Fístulas
- Hidronefrosis.
- Síntomas generales.

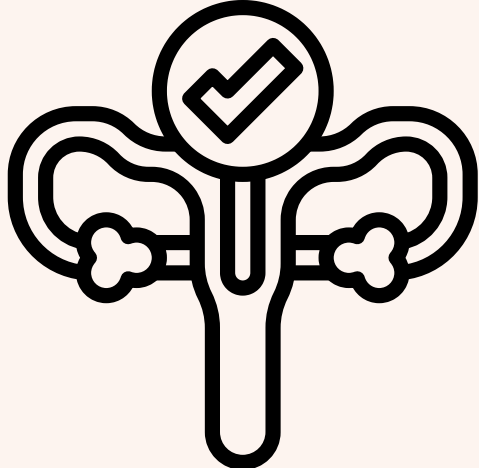
ESTADIFICACIÓN

ESTADIO I		Tumor Continado al Utero	
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 riñón.	

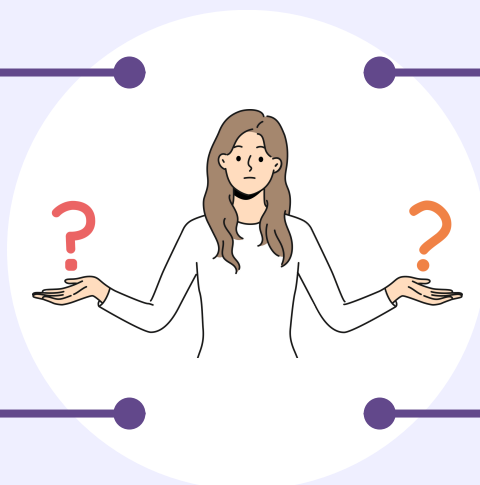
ESTADIO IV		Tumor se EXTIENDE FUERA DE PELVIS o afecta mucosa vesical o rectal	
IVA		Extensión a órganos adyacentes	
IVB		Extensión a órganos a distancia	



TRATAMIENTO

•PRIMERA ELECCIÓN: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

OPCIONES QUIRÚRGICAS



•Ofrece conservación de función ovárica y mantiene vagina funcional.

- 1. Conización.
- 2. Histerctomía simple.
- 3. Histerectomía radical.

•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.

•ESTADIO IB1 – IIA1

•Histerectomía Radical más Linfadenectomía.

•ESTADIO IB2 – IIA2 – IIB – III – IVA:

•Radioterapia + Quimioterapia Concomitante