



**UNIVERSIDAD DEL
SURESTE**

**DRA. KAREN MICHELLE
BOLAÑOS PEREZ**

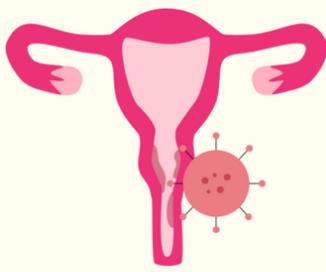
**MAYDELIN GALVEZ
ARGUETA**

INFOGRAFÍA

CYO

7 SEMESTRE

4 PARCIAL



CANCER CERVICO UTERINO

→ ES DE LOS TUMORES MALIGNOS GINECOLÓGICOS MÁS FRECUENTES; CONSTITUYE LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE POR NEOPLASIA MALIGNA EN LA MUJER MEXICANA DE 25 AÑOS Y MÁS DE EDAD.

NEOPLASIA CERVICAL INVASIVA:

Se inicia como una lesión intraepitelial (pre maligna) en la zona de metaplasia escamosa, localizada en la unión de los epitelios escamoso y cilíndrico del cérvix.

VPH

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



Los VPH 6 y 11 de bajo riesgo son responsables de las verrugas anogenitales.

Los de alto riesgo oncogénico (VPH 16 y 18) originan lesiones displásicas, consideradas el precursor directo de gran cantidad de neoplasias especialmente de CCU

EPIDEMIOLOGÍA

- La segunda causa de muerte por cáncer en mujeres de 25 y más años de edad.
- Fue la causa de 4111 defunciones y se presentaron 3058 casos nuevos de esta enfermedad.
- Incremento en el número de cánceres que se presentaron antes de los 45 años de edad y la cifra de casos nuevos que ocurrieron después de los 65 años de edad

PREVENCIÓN

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:

1 Dosis: Niñas de 9 a 14 años de edad

1 Dosis: Niñas y mujeres de 15 a 20 años de edad

9 a 45 años de edad, las personas inmunodeprimidas, y que viven con VIH, deben recibir al menos **2 dosis** y **cuando sea posible, 3.**

FACTORES DE RIESGO

- Infección persistente por VPH (SEROTIPOS 16 Y 18)
- Inicio de vida sexual a edad temprana
- Multiparidad
- Múltiples compañeros sexuales
- Historia de ITS (Chlamydia y Herpes)
- Pareja con alto riesgo
- Tabaquismo.

TAMIZAJE

Tamizaje primario la detección molecular de:

1.- **VPH-AR en lugar de la CC**

En personas de 30 a 49 años de edad, con un intervalo de detección de cinco años.

2.- **A partir de los 25 años de edad**, en personas que viven con VIH, para la identificación oportuna.

Las personas que viven con VIH y presentan bajos niveles de CD4, deben ser tamizadas **cada 6 a 12 meses.**

SEGUIR TAMIZANDO

Después de los 65 años de edad en las siguientes condiciones:

- **Persona que nunca se ha tamizado**
- **Persona inmunosuprimida y/o que vive con VIH**
- **Persona con histerectomía por lesión de alto grado o cáncer**
- **Persona con prueba molecular positiva, seguir tamizando de forma anual hasta negativizarse**

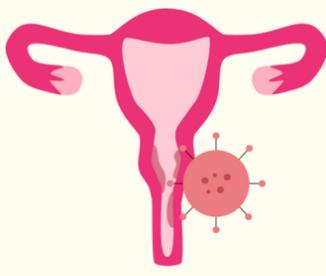
La detección con VPH-AR es positivo para genotipos 16 y 18 se debe realizar valoración colposcópica sin necesidad de triaje previo con citología.

CLÍNICA

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ES ASINTOMÁTICA

Etapas tardías:

- **METRORRAGIA - SÍNTOMA MÁS PRECOZ Y CARACTERÍSTICO.**
- **LEUCORREA - (FLUJO SEROSO, PURULENTO Y MUCOSO, EN ENFERMEDAD AVANZADA ES FÉTIDO)**
- **AGUA DE LAVAR CARNE**



CANCER CERVICO UTERINO



→ ES DE LOS TUMORES MALIGNOS GINECOLÓGICOS MÁS FRECUENTES; CONSTITUYE LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE POR NEOPLASIA MALIGNA EN LA MUJER MEXICANA DE 25 AÑOS Y MÁS DE EDAD.

ESTADIFICACIÓN



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	
III A		Extensión 1/3 inferior de vagina sin afectar pared pélvica	
	III B	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	
IV A		Extensión a órganos adyacentes	
	IV B	Extensión a órganos a distancia	

TRATAMIENTO

Se recomienda que el tratamiento debe iniciarse antes del primer mes sin exceder los tres meses

Se sugiere **escisión electroquirúrgica con asa**: Para las personas de población general y las que viven con VIH

En mujeres embarazadas se debe diferir el tratamiento de lesiones precursoras de CCU, hasta después del embarazo.

TODAS LAS PERSONAS CON UN TAMIZAJE POSITIVO DEBEN TENER UNA EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA ANTES DEL TRATAMIENTO.



ANEXOS: TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS Y CCU

- < 25 años de edad - No tamizar
- 25-29 años de edad - Citología cervical
- 30-64 años de edad - VPH-AR
- >65 años de edad -

Finalizar Tamizaje:
Resultado negativo en los últimos 10 años:

- 3 citologías negativas.
- 2 pruebas de VPH-AR

No antecedentes de NIC en 20 años previos

Continuar tamizaje:

- Persona que nunca se ha tamizado.
- Persona inmunosuprimida y/o que vive con VIH, incluyendo 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, deberá continuar con tamizaje independientemente de la edad.
- Persona con prueba molecular positiva, se deberá seguir tamizando de forma anual, hasta negativizarse.

TRATAMIENTO POR ESTADIOS

- ESTADIO IA1: **•Histerctomía si la paciente tiene paridad satisfecha, con conservación de ovarios en mujeres jóvenes**
- ESTADIO IA2: **•Histerectomía radical más Linfadenectomía pélvica.**
- ESTADIO IB1 – IIA1: **•Histerectomía Radical más Linfadenectomía**
- ESTADIO IB2 – IIA2 – IIB – III – IVA: **•Radioterapia + Quimioterapia Concomitante**