



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Licenciatura**

Medicina Humana

**Materia**

Ginecología y obstetricia.

**Docente**

Dr. Josué Vázquez Sumoza.

**Trabajo**

Infografía del cáncer cervicouterino.

**Estudiante**

Kevin Jahir Kraul Borrallés

**Grado y grupo**

7 semestre

Grupo "A"

Parcial 1

Tapachula, Chiapas

10 de Septiembre de 2025



# Cáncer de Cuello Uterino

## DEFINICIÓN

Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células del endocérvi y exocérvi, que puede invadir estructuras adyacentes.

Se origina principalmente en la llamada zona de transformación (unión entre el epitelio columnar del endocérvi y el epitelio escamoso del exocérvi) sitio de continuos cambios metaplásicos.

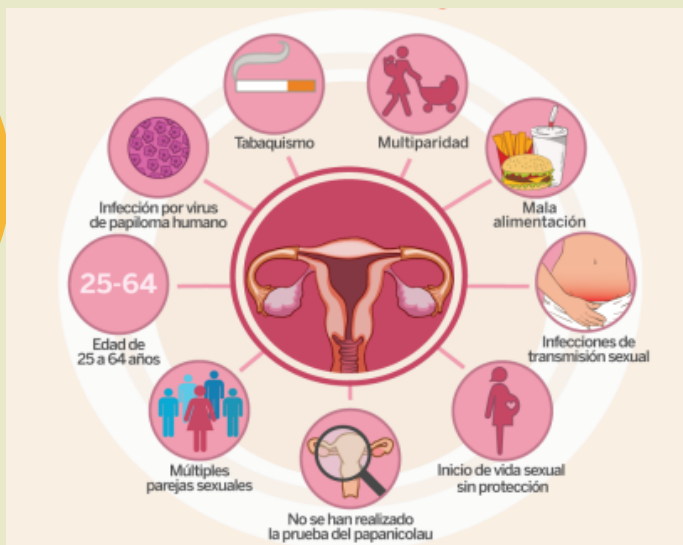
Alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix (endocérvi/ectocérvi), debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano, y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución.

## EPIDEMIOLOGÍA



- 2º Más diagnosticado
- Causa de muerte en mujeres
- Tasa de incidencia 12.6 por cada 100.000
- Tasa de Mortalidad 5.7 por cada 100.000
- 80% se diagnostican en etapas avanzadas (IIb-IV).
- Morelos 18.6, Chiapas 17.2, Veracruz 16.4

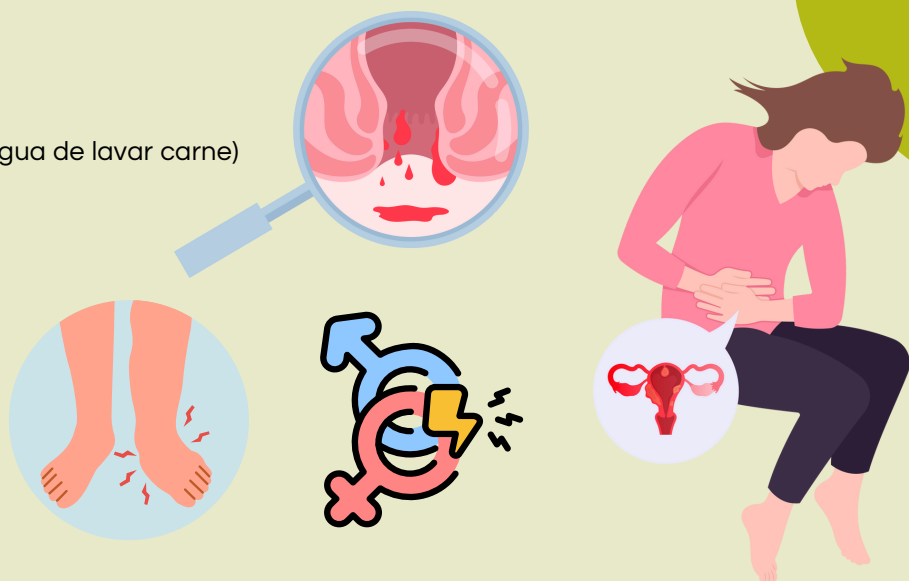
## FACTORES DE RIESGO



- INFECCIÓN POR VPH AR 16 Y 18
- Sin tamizaje previo
- Uso de anticonceptivos orales
- Inicio sexual antes de los 18 años
- Historia de neoplasia intraepitelial vaginal/ vulvar.
  - Nivel socioeconómico bajo
- Inmunosupresión/VIH
- Tabaquismo
- Parejas sexuales >2 por año
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual

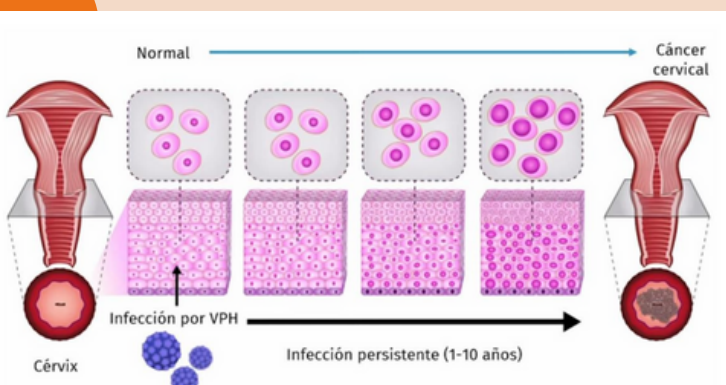
## MANIFESTACIÓN CLÍNICA

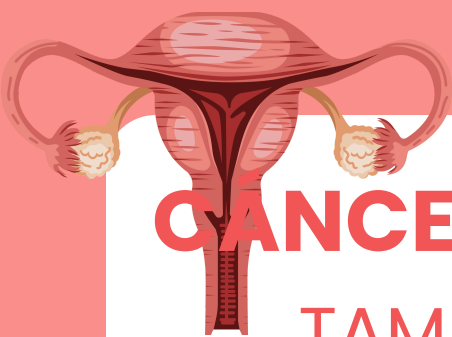
- 85% Asintomático, en estadios tempranos.
- Sangrado transvaginal pós-menopáusico 66% (agua de lavar carne)
- Sangrado transvaginal postcoital 40-65%
- Sangrado transvaginal intermenstrual 25-50%
- Dispareunia 45%
- Pérdida de peso 42%
- Secreción vaginal fétida 17%
- Hematuria 11%
- Dolor lumbar, pelvis o piernas 9%
- Disuria 7%
- Metrorragia 4%
- Edema de miembros inferiores 3%
- Insuficiencia renal 2%



## FISIOPATOLOGÍA

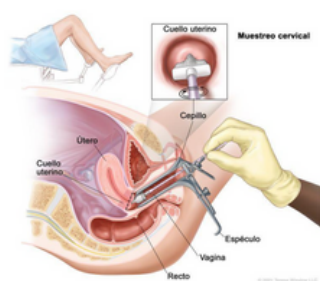
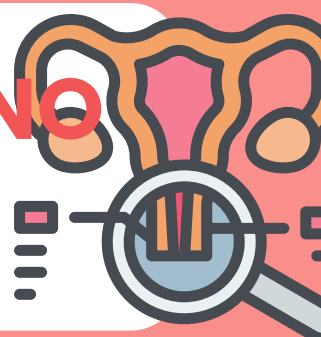
El VPH entra por microtraumas durante el contacto sexual e infecta las células basales de la zona de transformación cervical. Si la infección persiste >2 años, expresa proteínas E6 y E7, que inactivan a p53 y pRb, favoreciendo proliferación descontrolada y activación de la telomerasa. Esto inmortaliza las células y puede progresar de displasia a carcinoma cervicouterino, sobre todo por los tipos 16 y 18.





# CANCER DE CUELLO UTERINO

## TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO

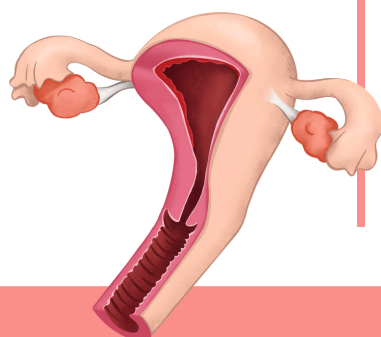


### ESTRATEGIAS DE TAMIZAJE

- PCR de ADN – VPH
- Duo-test con la prueba de VPH y citología cervical
- Citología cervical

### CLAVES DIAGNÓSTICAS

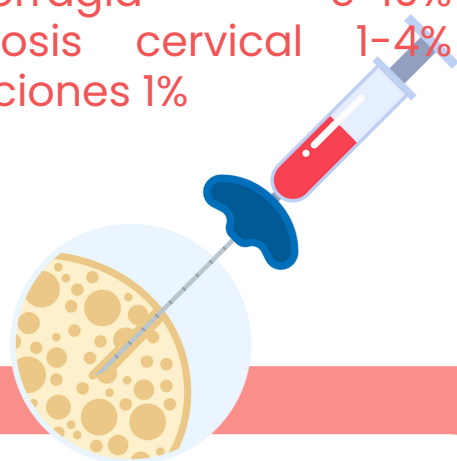
1. Historia clínica y examen físico
2. BH, TC, QS, PFH y PFR
3. Biopsia de cérvix
4. Prueba VIHc
5. Cese de hábito tabáquico
6. ImagenRMN/TC-PET
7. Considerar citoscopia o rectoscopia



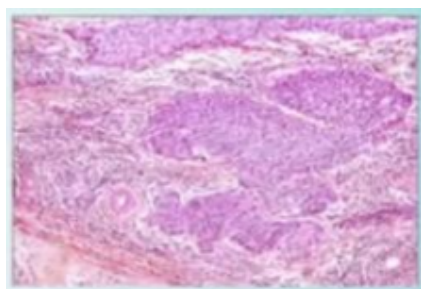
### BIOPSIA

Biopsia por colposcopia:  
Sensibilidad 92.3%,  
Especificidad 93.8%.  
Diagnóstico y terapéutico.  
Complicaciones en el 7-20%:

- Hemorragia 5-10%
- Estenosis cervical 1-4%
- Infecciones 1%



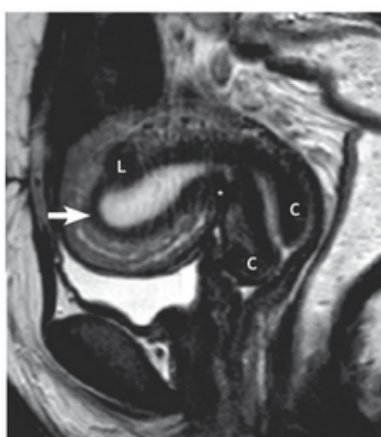
### HISTOLOGÍA



Celulas escamosas 75%  
Adenocarcinoma 15%  
Carcinoma adenoescamoso 10%  
otros (neuroendocrino de celulas pequeñas) <5%

### RMN

- Mejor método para identificar tumores primarios >10 mm y extensión de la enfermedad
- T2: Tumoraación hiperintensa exofítica, infiltrante o en forma de barril
- Cuando es visible, deberá ser estadio 1B o superior



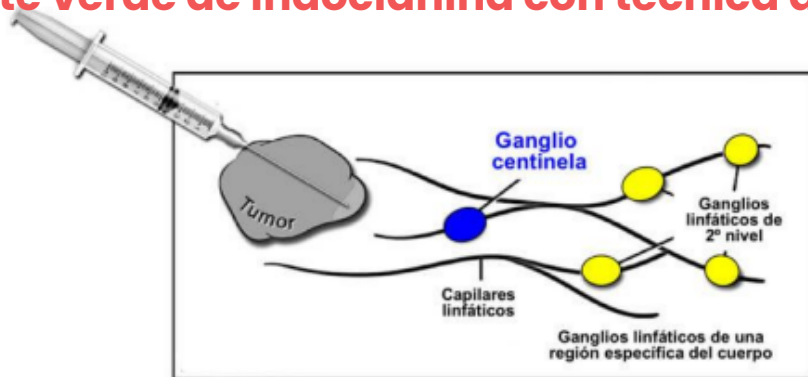
### PET-C

- Utilizada para valorar el estado ganglionar de etapas avanzadas
- Se une a células con alta tasa metabólica "malignas"

## GANGLIO CENTINELA

El primer ganglio linfático que encuentran las células tumorales al intentar diseminarse:

- Aplicación de contraste radioactivo
- 1º ganglio en teñirse
- Marcaje con:
  - Colorante azul
  - Radiocoloide
  - Tinte verde de indocianina con técnica de infrarrojo



## ESTADIFICACIÓN

**ESTADIO 1.** Se limita estrictamente al **cérvix**. Se debe descartar la extensión al cuerpo uterino.

**ESTADIO 2.** El carcinoma invade **más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina** ni a la pared pélvica.

**ESTADIO 3.** El carcinoma afecta el **tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o** causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos.

**ESTADIO 4.** El carcinoma se ha extendido **más allá de la pelvis verdadera** o ha afectado [probado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto.



## ESTADIOS FIGO

Los estadios FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) son la clasificación clínica del cáncer cervicouterino según la extensión

## TNM CACU

**Estadio I: Confinado al cuello uterino.**

- Ia1: invasión <3 mm.
- Ia2: invasión 3–5 mm.
- Ib1: tumor clínico <4 cm.
- Ib2: tumor clínico ≥4 cm.

**Estadio II: Más allá del cuello, sin llegar a pared pélvica.**

- IIa1: tumor <4 cm.
- IIa2: tumor ≥4 cm.
- IIb: con invasión a parametrios.

**Estadio III:**

- Afecta pared pélvica o 1/3 inferior de vagina.
- Puede causar hidronefrosis o pérdida funcional de un riñón.

**Estadio IV:**

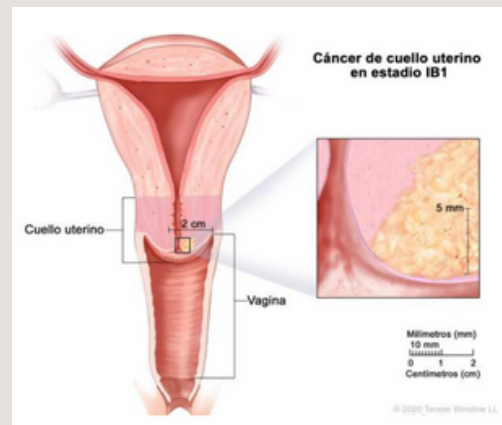
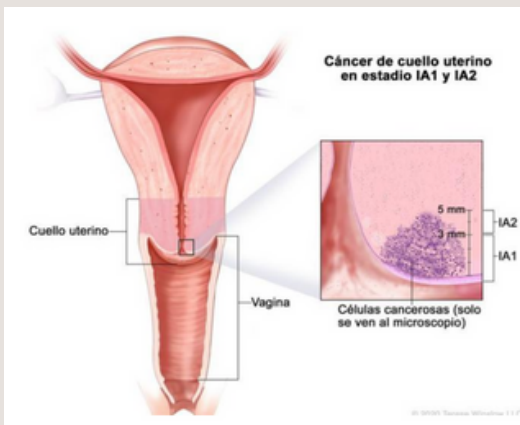
- IVa: invade vejiga o recto.
- IVb: metástasis a distancia (pulmón, hueso, ganglios).



# TRATAMIENTO FIGO DEL CACU

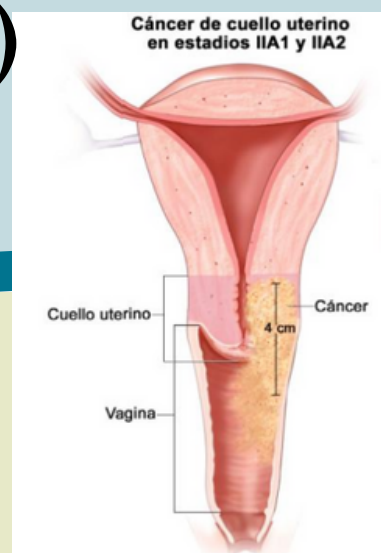
## Estadio I (confinado al cuello uterino)

- IA1: Conización (si desea fertilidad) o histerectomía simple.
- IA2: Conización (si desea fertilidad) Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica (o traquelectomía radical si desea fertilidad).
- IB1 (<4 cm): Conización (si desea fertilidad) O Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica / traquelectomía radical.
- IB2 (≥4 cm): Quimiorradiación concomitante (cisplatino) ± histerectomía post-radiación.



## Estadio II (más allá del cuello, sin llegar a pared pélvica)

- IIA1 (<4 cm): Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica o quimiorradiación.
- IIA2 (≥4 cm): Quimiorradiación concomitante.
- IIB (parametrios): Quimiorradiación concomitante.

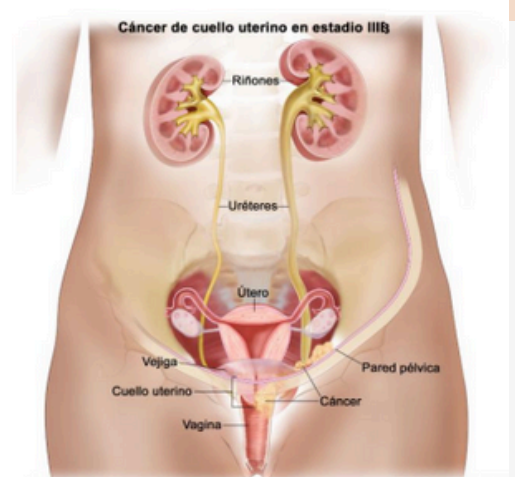
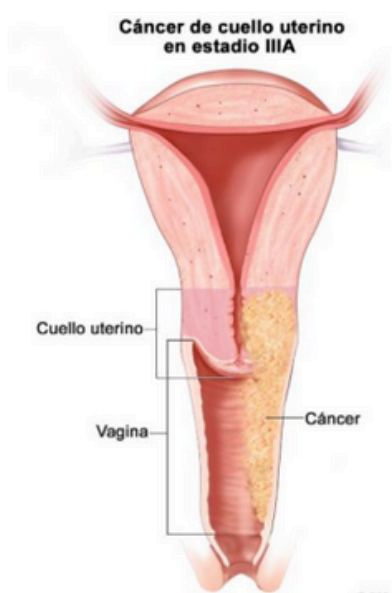


## Estadio III (pared pélvica, 1/3 inferior de vagina o hidronefrosis)

- IIIA: Quimiorradiación concomitante.
- IIIB: Quimiorradiación concomitante.
- IIIC (ganglios pélvicos o paraaórticos): Quimiorradiación + irradiación ganglionar.

## Estadio IV (invasión a órganos vecinos o metástasis)

- IVA: Quimiorradiación (posible exenteración pélvica en casos seleccionados).
- IVB: Tratamiento paliativo: quimioterapia sistémica ± inmunoterapia (ej. BEVACIZUMAB), radioterapia paliativa.



## SEGUIMIENTO

- Cada 3-6 meses los primeros 2 años. (citología)
- Cada 6-12 meses del 3° al 5° año. (citología)
- Anual a partir del 5° año