



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura

Medicina Humana

Materia

Ginecología y obstetricia.

Docente

Dr. Josué Vázquez Sumoza.

Trabajo

Infografía del cáncer cervicouterino.

Estudiante

Kevin Jahir Kraul Borralles

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 endocérvid y exocérvid, que puede invadir estructuras adyacentes.

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

Alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix (endocérvid/ectocérvid), debido a la persistencia de serotipos oncocáncerogenos 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

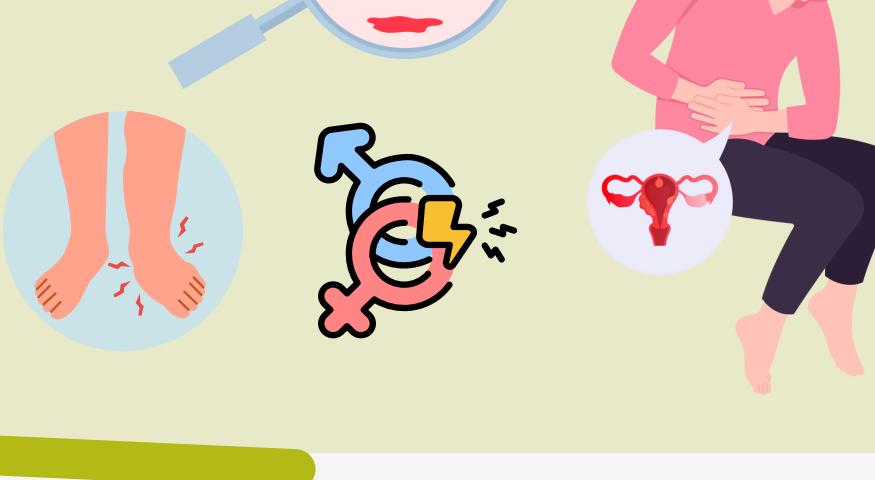
FACTORES DE RIESGO



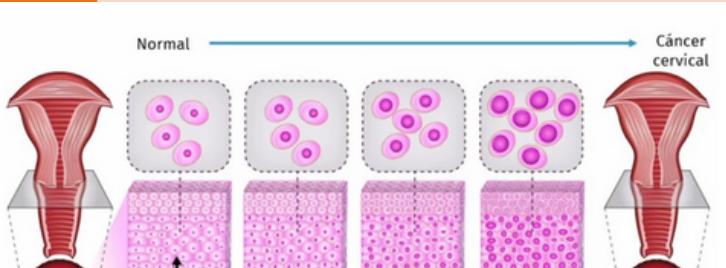
- INFECCIÓN POR VPH AR 16 Y 18
- Sin tamizaje previo
- Uso de anticonceptivos orales
- Inicio sexual antes de los 18 años
- Historia de neoplasia intraepitelial vaginal/ vulvar.
- Nivel socioeconómico bajo
- Inmunosupresión/VIH
- Tabaquismo
- Parejas sexuales >2 por año
- Antecedente de infecciones de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

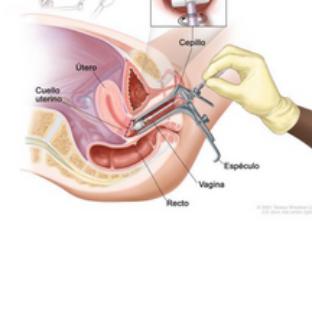


El VPH entra por microtraumas durante el contacto sexual e infecta las células basales de la zona de transformación cervical. Si la infección persiste >2 años, expresa proteínas E6 y E7, que inactivan a p53 y pRb, favoreciendo proliferación descontrolada y activación de la telomerasa. Esto inmortaliza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



CÁNCER 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

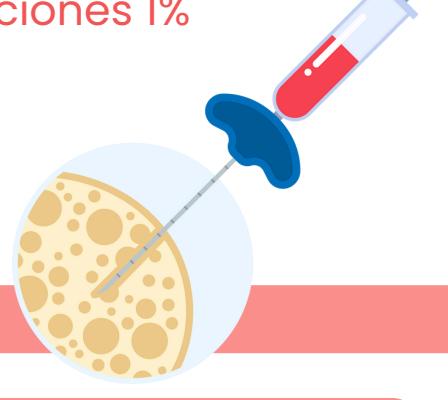
1. Historia clínica y examen físico
2. BH, TC, QS, PFH y PFR
3. Biopsia de cérvix
4. Prueba VIHC
5. Cese de hábito tabáquico
- 6.ImagenRMN/TC-PET
7. Considerar citoscopia o rectoscopia



BIOPSIA

Biopsia por colposcopía:
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: Tumoración 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"

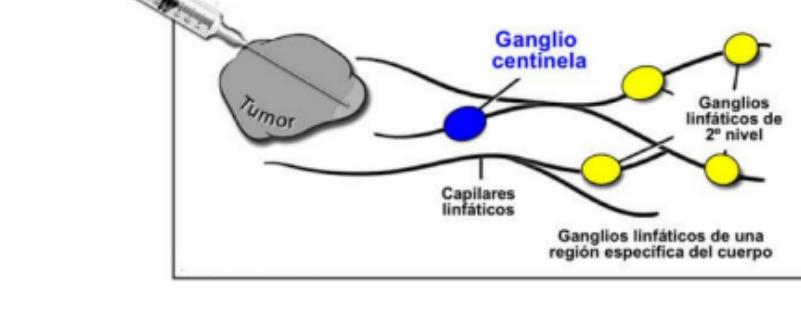
GANGLIO CENTINELA

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



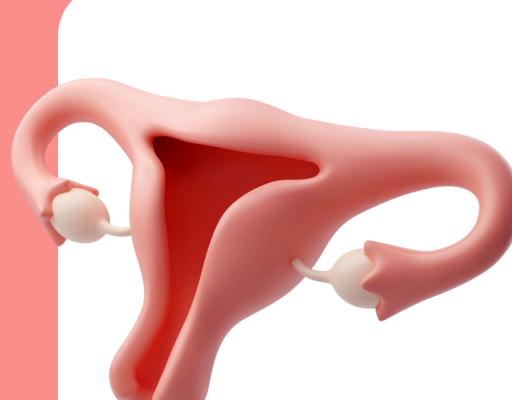
ESTADIFICACIÓN

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 parametros.

Estadio III:

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

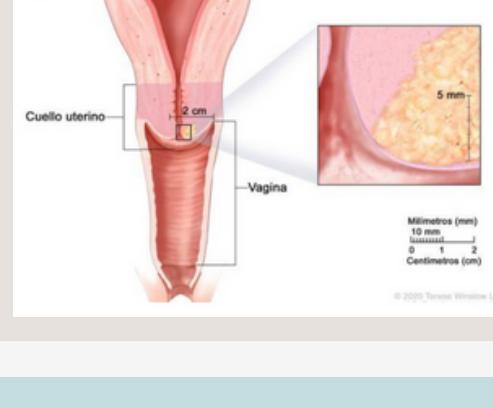
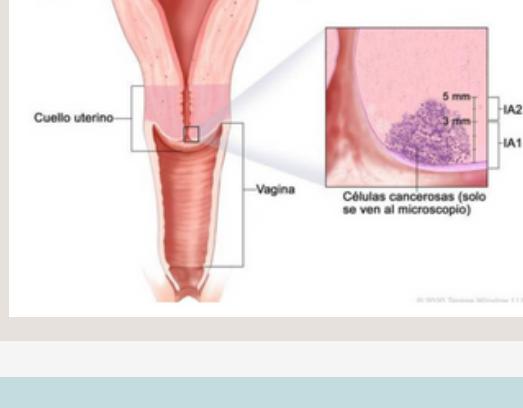
Estadio IV:

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

TRATAMIENTO FIGO DEL CACU

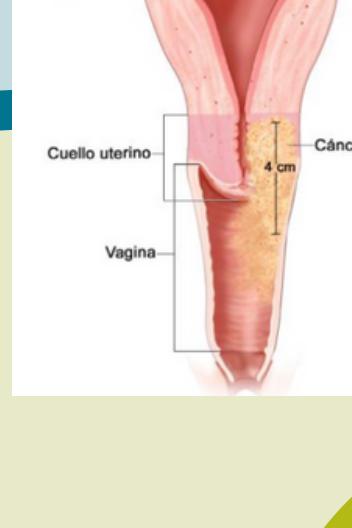
Estadio I (confinado al cuello uterino)

- 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) \pm 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 (parametros): Quimiorradiación concomitante.

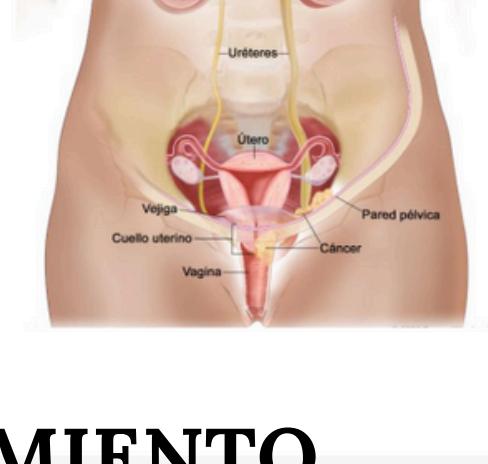
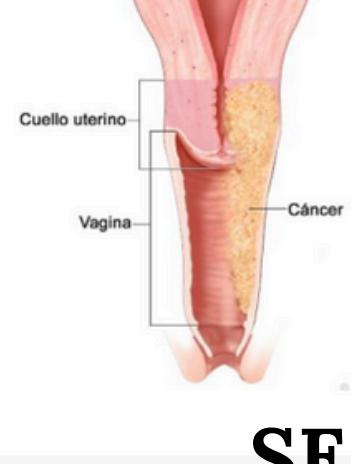


Estadio III (pared pélvica, 1/3 inferior de vagina o hidronefrosis)

- 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 \pm inmunoterapia (ej. BEVACIZUMAB), radioterapia paliativa.



SEGUIMIENTO

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