



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE VERACRUZ

HOSPITAL REGIONAL " RIO BLANCO " VER. S. S. A.

**" CANCER CERVICOUTERINO. RESULTADOS DE LA
RADIOTERAPIA EN PACIENTES DE UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA S.S.A. "**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DRA. ARACELI GALVEZ LORANCA



RIO BLANCO VERACRUZ

1996

MARZO 1996.

Se hace Constar que se revisó el trabajo de
Investigación, Titulado:

"CANCER CERVICOUTERINO, RESULTADOS DE LA RADIOTERAPIA -
EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA S.S.A."

HOSPITAL REGIONAL RIO BLANCO, VERACRUZ.

En contenido adecuado para su presentación.



DRA. M. AGUIRRE G.

Asesor de Tesis.
Jefe de Servicio Cirugía General.

HOJA DE AUTORIZACION DE IMPRESION
RIO BLANCO, VER A 10 DE ABRIL DE 1996.

PREVIA REVISION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION TITULADO:

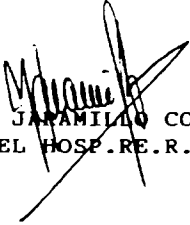
CANCER CERVICOUTERINO, RESULTADO DE LA RADIOTERAPIA -
EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA - -
SECRETARIA DE SALUD.

CUYO AUTOR ES: DRA. ARACELY GALVEZ LORANCA

SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU IMPRESION Y PRESENTACION

FINAL COMO TESIS RECEPCIONAL.

Vo. Bo.


DRA. YOLANDA JARAMILLO COSME
DIRECTORA DEL HOSP. RE. R. B.

Vo. Bo.


DR. ALEJANDRO PIMENTEL D.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVEST.

Al Dr. Miguel Angel Muñoz Serna
Por el mejor ejemplo Médico,
dedicación, apoyo y amor, todos y cada
uno de los días que la residencia --
implicó.

"Tu presencia en mis actos"

I N D I C E

Pags.

| | |
|---|-----|
| Antecedentes..... | 3 |
| Definición operacional..... | 7 |
| Objetivos..... | 8 |
| Definición de la población Objetivo..... | 9 |
| Ubicación Temporal y Espacial de la población..... | 9 |
| Criterios de Inclusión..... | 10 |
| Criterios de Exclusión..... | 10 |
| Diseño estadístico..... | 11 |
| Especificación de las variables y escalas de medición.. | |
| | 12 |
| Análisis e interpretación de la información..... | 21 |
| Resultados..... | 23 |
| Conclusiones..... | 35 |
| Resumen..... | 36 |
| Bibliografía..... | 37. |

El uso de Radium en el tratamiento de carcinoma de cervix se introdujo en 1913, en el Congreso de Halle, las técnicas descritas se podían realizar en la mayoría de los pacientes con carcinoma de cervix. A pesar de una regresión más lenta después de la irradiación. Lo cual refleja la cinética celular y el crecimiento lento, no se ha observado ninguna diferencia entre el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide en lo que se refiere al tumor y supervivencia, en la actualidad las dos modalidades principales de radioterapia son la irradiación externa con fotones y la braquiterapia. Se usa la irradiación externa previa a las inserciones intracavitarias en paciente con: a) lesiones de cervix voluminosas para mejorar la geometría de la aplicación intracavitaria, tumores exofíticos, etc.. Siendo importante la radiación a ganglios linfáticos con márgenes laterales considerables a los óseo. La dosis óptima se administra combinando la irradiación a la pelvis además de adecuar dosis a parametrios.

Usando estas técnicas, los resultados de la terapéutica en los estadios IB y IIA son comparables con los de irradiación únicamente o irradiación combinada con histerectomía. Allt y Jhonsson una puesta al día del mismo estudio aleatorizado, describen mejor el control del tumor pélvico y supervivencia con menos complicaciones, los lugares anatómicos de recidiva en el carcinoma después de la irradiación está intimamente relacionado con el estudio del tumor. Las recidivas clínicas son dudosas.

En décadas pasadas las tasas de incidencia adaptadas a la edad para Cacú ha disminuido en forma constante. El cáncer cervical era el más alternado con el de mama, en la actualidad es menos la relación al de ovario y al endometrial, no existiendo alguna duda ha cerca de la citología exfoliativa introducida en 1943 por Papanicolau y Traut. Esta ha tenido un impacto fundamental sobre la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer cervical sometida a la citología.

A mediados del siglo XIX Rigoni de Italia observó que la frecuencia de CaCu variaba en los diferentes grupos de mujeres, observando mayor incremento en las casadas que en las solteras, así como en las mujeres de 30 a 40 años. En las décadas de los 50 y - 60 aparecieron algunas rediniciones de la epidemiología de CA CU con hallazgos que concluyeron incremento en las mujeres casadas, - incremento ante la inestabilidad marital en promiscuas (prostitutas etc.). La conclusión hasta ahora en general, se sabe que la incidencia del CA CU se desarrolla primordialmente en tres factores: Edad temprana de la primera relación sexual entre los 15 y - 17 años, disminuyendo después de los 34, múltiples parejas sexuales , multiparidad, nivel sociocultural deficiente como consecuencia promordial de lo anterior. La evaluación preterapéutica es la parte más importante del manejo, y es imperativo que los métodos ambulatorios del tratamiento sean utilizados. La mayoría de los -- pacientes presentan afección en estadio IB, el intervalo entre el procedimiento ambulatorio y el tratamiento definitivo es amplio, - la mayoría iniciando su tratamiento a los 12 meses siguientes. Los errores más comunes en la evaluación de las pacientes ante los -- tratamientos ambulatorios se consideraron los siguientes estatus: Falta de información sobre su estado real, perspectivas, calidad de vida, economía, tiempo que invierte dejando actividades de diversa índole, de transporte, de pago de servicios, ya sean en forma directa o indirecta, mejoría transitoria considerandola adecuada como para no continuar; psicología deformada y derrotista, el miedo a complicaciones falsamente comentadas, etc. . Pero en realidad con un seguimiento adecuado, las posibilidades de prolongar sobrevida y con calidad gracias a la disciplina, es buena condicionante. Existen estudios tan amplio como los realizados en Japón(4) en donde 1022 pacientes con las características aquí mencionadas fueron tratadas con radiación de 1968 a 1982 en dosis alta con resultados excelentes, sugiriendo en forma comprobada en todos los aspectos que Vgr para las etapas Ia, las dosis optimas - en el punto A fueron de 2900 a más de 200 Gy con 4 a 5 fracciones ó fracciones de 600 y 700 CGy administrados en 4 a 5 semanas. La radiación intracavitaria como terapia ha sido reconocida como uno

CANCER CERVICOUTERINO, RESULTADOS DE LA
RADIOTERAPIA EN PACIENTES DE UN HOSPI-
TAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA S.S.S.

(HOSPITAL REGIONAL RIO BLANCO, VERACRUZ)

* Enero 1990 a Diciembre de 1994

Dra. Araceli Gálvez Ioranca.

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Paciente femenino con diagnóstico Histológico independiente de la etapa ó estadio oncológico.
- b) Que haya recibido tratamiento completo con radioterapia intra ó extracavitaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Que no exista expediente disponible.
- b) Que no tenga diagnóstico histopatológico.
- c) Que no tenga nota de tratamiento radioterápico.

OBTENCION DE LA MUESTRA

Todos los casos reportados en este período.

de los tratamientos más efectivos para el cáncer de cervix uterino. La modalidad generalmente practicada es la combinación de terapia con radiación intracavitaria de bajas dosis y la irradiación pélvica externa, lo cual ha producido resultados clínicos exitosos. Pero debido a sus efectos adversos (exposición prolongada al equipo médico y físico, así como sobrecarga psicológica) se diseñó con iguales resultados la terapia de dosis altas determinando la modalidad más útil para el cancer cervical con muchas ventajas en la práctica clínica con la probabilidad de reincidencia ó no según trataremos de analizar.

OBJETIVOS

- 1.-Determinar la prevalencia por etapas c.ónicas.
- 2.-Determinar los tipos Histológicos.
- 3.-Conocer las posibles fallas al tratamiento.
- 4.-Estado actual de la erradicación ó actividad.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la evolución del CaCu Post radiación.

DEFINICION DE LA POBLACION
OBJETIVO

- a) Paciente con diagnóstico histológico independiente de la etapa clínica establecida.

- b) Que haya recibido tratamiento completo con radioterapia.

UBICACION TEMPORAL Y ESPACIAL
DE LA POBLACION.

El estudio comprendió el período de 5 años, el cual abarcó de enero de 1990 a diciembre de 1994, incluyendo a todas las pacientes con CACU comprobado -- histológicamente las cuales fueron manejadas con radiación.

DEFINICION OPERACIONAL

R A D I O T E R A P I A :

Tratamiento de las enfermedades por medio de irradiaciones ionizantes. (por su especial capacidad para interaccionar con los átomos y moléculas del organismo, produciendo una ionización que se traduce en efecto biológico.

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Paciente femenino con diagnóstico Histológico independiente de la etapa ó estadio oncológico.
- b) Que haya recibido tratamiento completo con radioterapia intra ó extracavitaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Que no exista expediente disponible.
- b) Que no tenga diagnóstico histopatológico.
- c) Que no tenga nota de tratamiento radioteráico.

OBTENCION DE LA MUESTRA

Todos los casos reportados en este período.

DISEÑO ESTADISTICO

- * Encuesta descriptiva

- * Retrospectivo

- * Observacional

- * Descriptivo

ESPECIFICACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

CACU: DEFINICION:Cáncer cervicouterino.
INSTRUMENTO DE MEDIDA:Etapas clínicas.
ESCALAS DE MEDICION:Ordinal.
TIPO DE VARIABLE:Categórica.

EDAD: DEFINICION:Años de la paciente en el-
momento de tratamiento con
radioterapia.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA:
a)Rangos:20 - 29 años
30 - 39 "
40 - 49 años
más de 50 ".

ESCALA DE MEDICION:Ordinal.
TIPO DE VARIABLE:Categórica.

TIPO HISTOLOGICO

DEFINICION: Tipo de CACU reportado en hoja de patología.

INSTRUMENTO DE MEDIDA: Observacional al reporte histopatológico:

- a) Epidermoide
- b) Adenocarcinoma
- c) Adenoescamoso
- d) Otros.

ESCALA DE MEDICION: Ordinal.

TIPO DE VARIABLE: Categórico.

TIPO DE RADIOTERAPIA EMPLEADA

DEFINICION: Referente exclusivamente al tipo extra ó intracavitario.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:

- a) Radioterapia externa unicamente.
- b) Radioterapia intracavitaria unicamente.
- c) Radioterapia intracavitaria combinada con radioterapia externa.
- d) Radioterapia externa con sobredosis externa al primario.

ESCALA DE MEDICION: Ordinal.

TIPO DE VARIABLE: Categórica.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL CACU ANTES DEL TRATAMIENTO:

DEFINICION:Tiempo desde los primeros signos y síntomas al tratamiento con radioterapia.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:

- a)1 mes
- b)2 meses
- c)3 meses
- d)4 meses
- e)5 meses
- f)Más de 5 meses.

ESCALA DE MEDICION:Ordinal.

TIPO DE VARIABLES:Catógórica.

ETAPA CLINICA:

DEFINICION:Etapa clínica en la que se encuentra el CaCu en el momento de el tratamiento con Radioterapia.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:

- a)I A
- b)II A
- c)II B
- d)III A
- e)III B
- f)IV A
- g)I B
- h)In situ.

ESCALA DE MEDICION:Ordinal.

TIPO DE VARIABLE:Catógórica?

- b)Tx No convencional: Cualquier otra variante diferente a a)
- c)Imposibilidad económica: Cuando se indico el tratamiento por el médico pero el paciente no acudió por motivo económico.
- d)Abandono; Cuando el paciente dejó de acudir a la consulta por más de 6 meses.
- e)Falla primaria: Cuando el paciente recibió tratamiento convencional adecuado y no respondió al mismo, con recaída posterior a la radioterapia.

ETAPAS CLINICAS MANEJADAS

Insitu ó 0: Preinvasivo, intraepitelial.

Estadio I : Carcinoma estrictamente limitado a cervix - (no se incluyen los que se extienden a corpus).

IA: Carcinoma microinvasivo (invasión precoz del estroma).

IB: Todos los otros casos de estadio I.

Estadio II: El carcinoma se extiende más allá del cervix, pero no se extiende en la pared pélvica. se extiende hacia vagina, pero respeta el tercio inferior.

IIA: Sin compromiso parametrial evidente.

IIB: Con compromiso parametrial evidente.

LUGAR DE APLICACION DE RADIOTERAPIA

DEFINICION:Lugar del estado ó país en don
de se aplicó la radioterapia.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:a)Veracruz
b)Jalapa
c)Puebla
d)Otros.

ESCALA DE MEDICION:Ordinal.

TIPO DE VARIABLE:Catógórica.

*CAUSAS PROBABLES DE FALTA AL TRATAMIENTO

DEFINICION:Ninguna mejoría notada.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:a)TX Convencional
b)TX Incompleto
c)Imposibilidad econó
mica.
d)Abandono del trata-
miento.
e)Pérdida del segui-
miento del paciente.

ESCALA:Ordinal

VARIABLE:Catógórica.

a)TX Convencional:Radioterapia externa -
5000 Rads e intracavita
ria con uno ó dos tiem-
pos de colpostatos con
un período entre ambos,
en tratamiento mayor a
tres meses.

Estadio III :El carcinoma se ha extendido en la pared pélvica. Al tacto rectal no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared de la pélvis.

El tumor invade el tercio inferior de la vagina. Todos los casos con hidronefrosis ó riñones no funcionantes se deben incluir a no ser que se deban a otras causas.

IIIA :Sin extensión a la pared pélvica.

IIIB :Extensión en la pared pélvica ó hidronefrosis, ó ambas, ó riñón no funcionando.

Estadio IV :El carcinoma se ha extendido más allá de la pélvis verdadera ó clínicamente ha invadido la mucosa de la vejiga ó del recto. El edema ampollar de estas mucosas no permite la inclusión del tumor en el estadio IV.

IVA :Diseminación del crecimiento a órganos adyacentes.

IVB :Diseminación a órganos distantes.

CLASIFICACION DEGUN LA FIGO (1).

CLASIFICACION POR ESTADIOS

Es la de mayor importancia, idealmente más exacta, si en conjunto se realizará por médico y radioterapeuta. La mejor forma de practicar la clasificación de la enfermedad es con anestesia, sin embargo considerado poco práctico en numerosos centros. Debe iniciarse con una exploración bimanual que incluya al examen rectovaginal. A veces algunas pacientes necesitan administración de sedantes, sin embargo se trata de evitar el riesgo y el costo, tratándose de completar la exploración bajo anestesia general en la primera dosis intracavitaria.

La clasificación fué inicialmente propuesta en 1929 -- por el Subcomité Of the League of Nations, siendo posteriormente revisada en 1937 y 1950. Esta tarea fué asumida por la Internacional Federación of Gynecology and Obstetrics-- (F.I.G.O.) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y la International Unión Against Cáncer. Las recomendaciones de diagnóstico de extensión por este comité se revisaron por última vez en 1971.

La clasificación de la F.I.G.O. se basa en una evaluación clínica (Inspección, palpación y colposcopia) exámen radiológico del tórax, riñones, esqueleto, legrado y biopsia endocervical. (1).

INTERVALO ENTRE LA RADIOTERAPIA EXTERNA E INTERNA
O CAVITARIA.

DEFINICION: Lapso entre ambas indicaciones:

INSTRUMENTO DE MEDIDA: a) Menos de un mes
b) Uno a dos meses
c) Dos a tres meses
d) Más de tres meses
e) Solo se realizó de un tipo
f) No se especificó.

ESCALA DE MEDICION: Ordinal

VARIABLES: Categórica.

ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE

DEFINICION: Estado de salud de la paciente en el momento de la recolección de datos.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:

a) Viva con actividad tumoral
b) Viva con inactividad tumoral
c) Perdida con actividad tumoral
d) Perdida sin actividad tumoral
e) Muerta sin evidencia de Ca
f) Muerta con evidencia de Ca
g) Actualmente no se sabe su estado de salud.

RECURSOS: a) Residente de Cirugía General (Quién presenta el - trabajo).

b) Materiales: Expediente Clínico-Hoja de captación.

c) Económicos: Ninguno.

TIEMPO DE RADIACION

DEFINICION:Tiempo total de recibido el tratamiento.

INSTRUMENTO DE MEDIDA:Em nesec.-a)Un nes
 b)Dos meses
 c)Tres meses
 d)Cuatro meses
 e)Cinco meses
 f)Más de cinco m.
 g)No especificado pero
 recibido.

ESCALA DE MEDICION:Ordinal

VARIABLE:Categorica.

DOSIS DE RADICITERAPIARECIBIDA EN RADS.

DEFINICION:Medición de RADS por dosis.

EXTRACAVITARIO:a)7000
 b)6000
 c)5000
 d)4800

INTRACAVITARIO:a)3000
 b)3500
 c)1400
 d)2000

LOGISTICA:

- a) Captación de información
- b) Análisis de la información.
- c) Elaboración del escrito final.
- d) Total aproximado de tiempo.

ANALISIS DE LA INFORMACION.

Número total de casos en un período determinado(4años).

ETICA DEL ESTUDIO:

No procede por ser revisión de casos.

FORMAS DE PRESENTACION:

- a) Gráficas
- b) Cuadros de frecuencia.

ANALISIS E INTERPRETACION DELA INFORMACION

Se realizaren tablas de distribución como cuadros de frecuencia anteriormente comentados, para las diferentes variables estudiadas, expresando los resultados en porcentajes.

D I S E Ñ O

- a) Encuesta descriptiva.
- b) Retrospectivo.
- c) Longitudinal.
- d) Observacional.
- e) Descriptivo.

R E S U L T A D O S

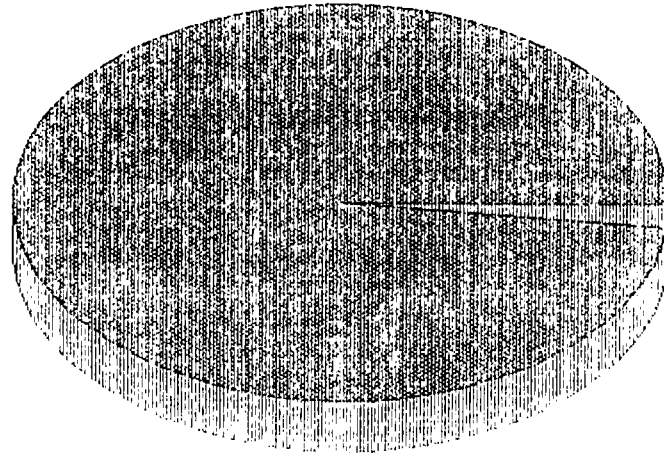
NIVEL SOCIOECONOMICO

| | Pacientes | % |
|-------|-----------|-------|
| BAJO | 52 | 98.11 |
| MEDIO | 1 | 1.88 |
| ALTO | 0 | 0 |
| | 53 | 99.99 |

CANCER CERVICOUTERINO

NIVEL SOCIOECONOMICO

BAJO
52



MEDIO
1

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

Nombre.-

Edad.-

Clasificación económica: Baja
 Media
 Alta

Etapa clínica según F.I.G.O de In Situ a IV.

Tipo Histológico: Epidermoide
 Adenocarcinoma
 Adenoescamosos
 Otros.

Año de diagnóstico.-

Tratamiento con radioterapia: a) externa unicamente
 b) Intracavitaria unicamente
 c) -xtra e intracavitaria -
 convencional.
 d) Externa y sobredosis
 e) Incompleta.

Hospital en donde recibió RT: Xalapa
 Veracruz
 Puebla
 Otros.

Tiempo de recibir RT.-

Intervalo entre la RT externa e interna.-

Estado actual de la paciente.-

Causa de falla del tratamiento.-

Dosis de radioterapia recibida.-

Observaciones individuales no especificadas.-

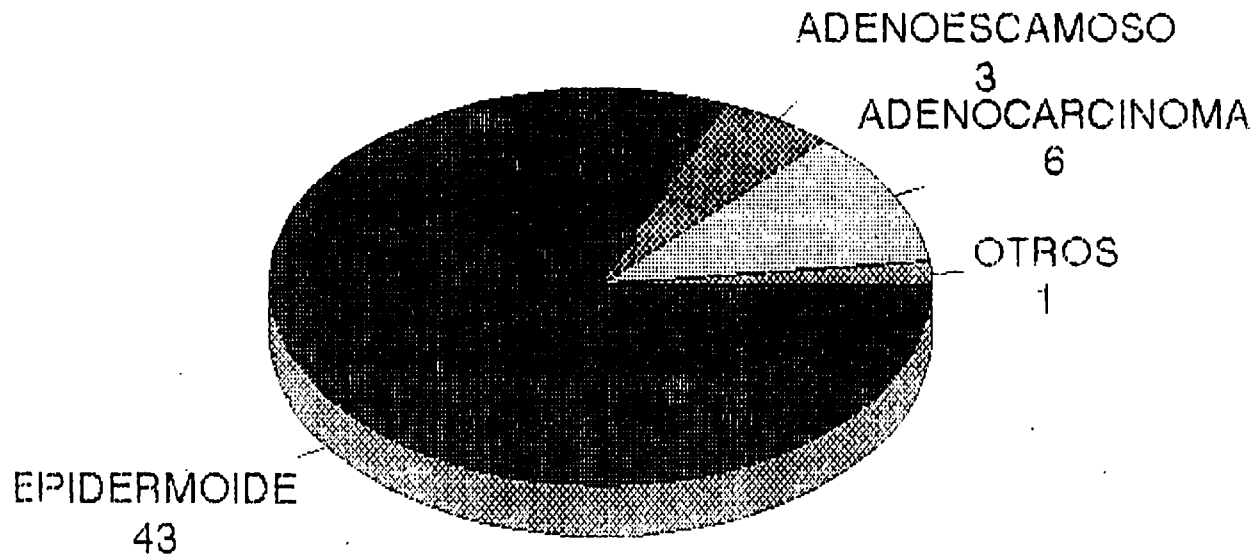
| | TIPO HISTOLOGICO | |
|-----------------|------------------|-------|
| | NO.DE PACIENTES | % |
| *Epidermoide | 43 | 81.13 |
| *Adenocarcinoma | 6 | 11.32 |
| *Adenoescamoso | 3 | 5.66 |
| *Otros | 1 | 1.88 |
| | 53 | 99.99 |

TIEMPO DE EVOLUCION DE CACU
ANTES DEL TX.

| MESES | NO.PACIENTES | % |
|----------|--------------|-------|
| 1 | 20 | 37.7 |
| 2 | 3 | 5.66 |
| 3 | 7 | 13.20 |
| 4 | 2 | 3.77 |
| 5 | 13 | 24.52 |
| Más de 5 | 8 | 15.09 |

CANCER CERVICOUTERINO

TIPOS HISTOLOGICOS

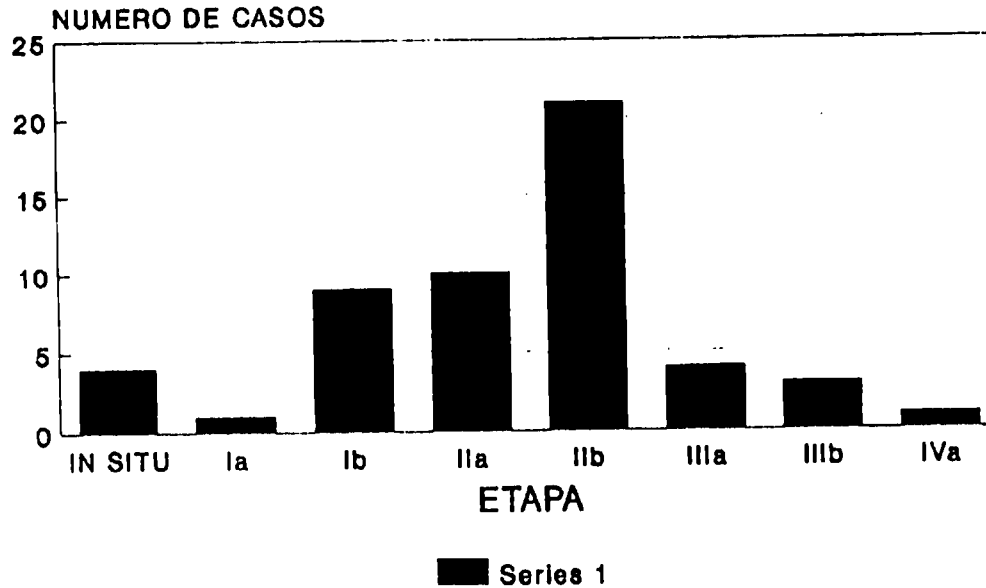


| EDAD AL DIAGNOSTICO | | |
|---------------------|-----------|-------|
| EDAD | Pacientes | % |
| 20-29 | 5 | 9.43 |
| 30-39 | 4 | 7.54 |
| 40-49 | 17 | 32.07 |
| 50 + | 27 | 50.94 |
| | 53 | 99.98 |

| E. CLINICA | ETAPA NO. PACIENTES | CLINICA % |
|------------|------------------------|--------------|
| IA | 1 | 1.8 |
| IB | 9 | 16.98 |
| IIA | 10 | 18.86 |
| IIB | 21 | 39.62 |
| IIIA | 4 | 7.54 |
| IIIB | 3 | 5.66 |
| IVA | 1 | 1.88 |
| In situ | 4 | 7.54 |

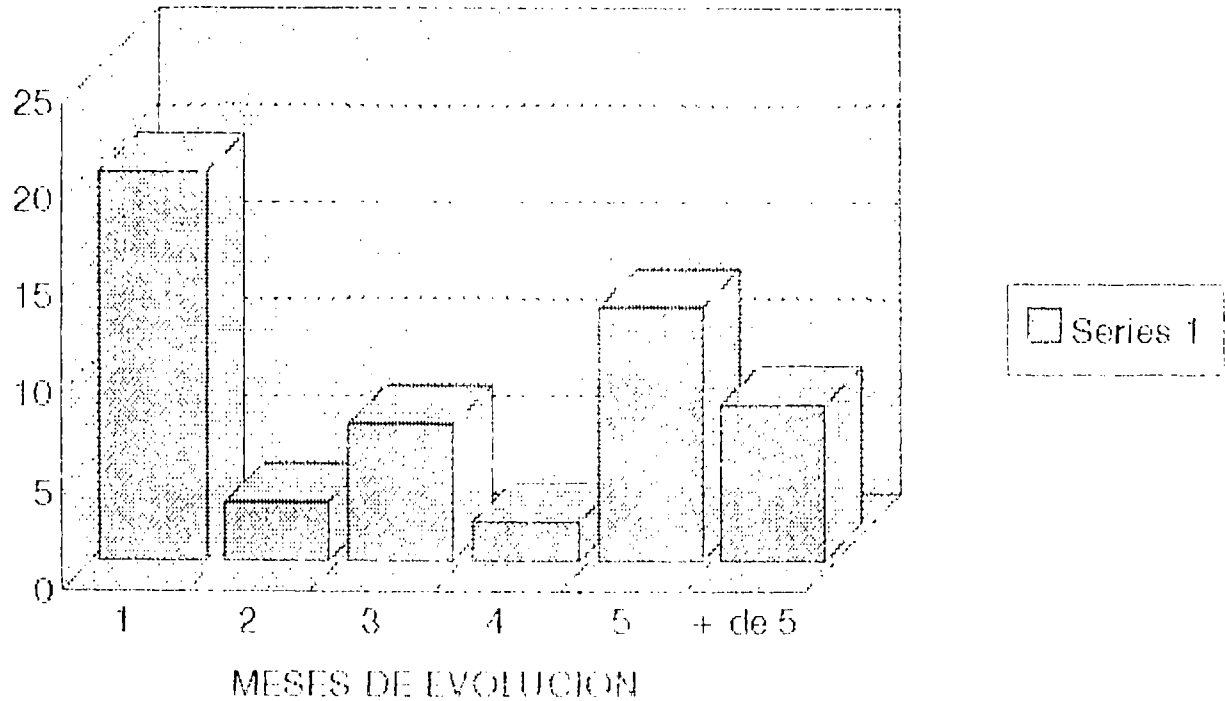
CANCER CERVICOUTERINO

PREVALENCIA POR ETAPAS CLINICAS



CANCER CERVICOUTERINO

TIEMPO DE EVOLUCION DEL CANCER ANTES DEL TRATAMIENTO



HOSPITAL TRATANTE

| | NO. PACIENTES | % |
|--------|---------------|-------|
| JALAPA | 50 | 94.33 |
| PUEBLA | 1 | 1.88 |
| OTROS | 2 | 3.77 |
| | 53 | 99.98 |

TIPO DE RADIACION

| | NO. PACIENTES | % |
|---------------------------|---------------|-------|
| Externa | 6 | 11.32 |
| Intracavitaria | 5 | 9.43 |
| Mixta | 38 | 71.69 |
| Externa con sobredosis | 4 | 7.54 |
| | 53 | 99.98 |

TIEMPO DE RADIACION

NO.DE PACIENTES %

| Meses: | 1 | 18 |
|-----------------|---|-------|
| | 2 | 5 |
| | 3 | 4 |
| | 4 | 4 |
| No especificado | | 22 |
| | | 53 |
| | | 33.96 |
| | | 9.43 |
| | | 7.54 |
| | | 7.54 |
| | | 41.50 |
| | | 99.98 |

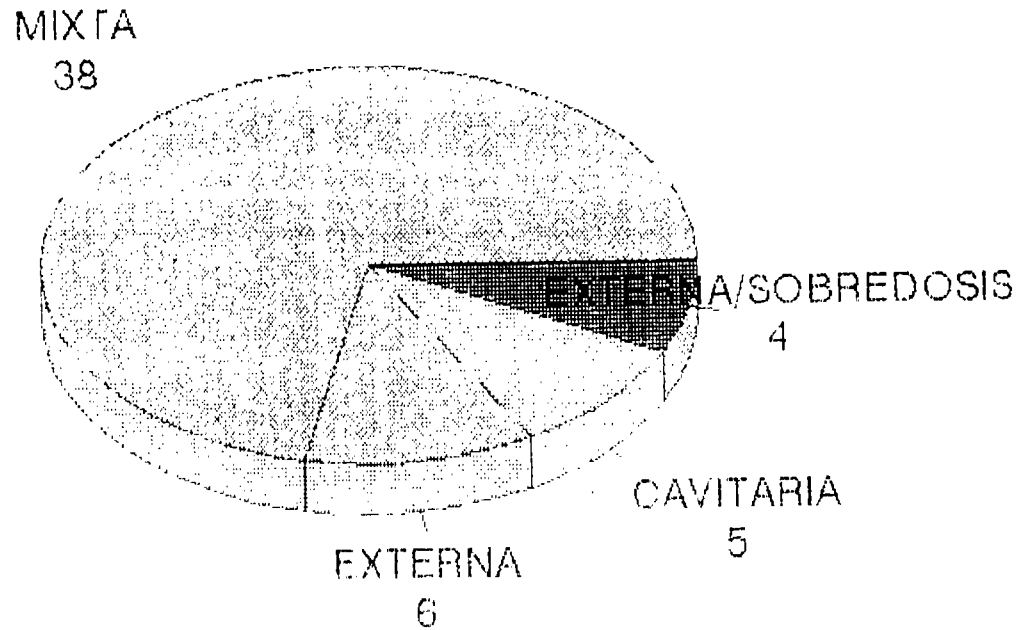
AÑO DE DETECCION

NO.PACIENTES %

| Año | | |
|--------------|----|-------|
| 90 | 4 | 7.54 |
| 91 | 9 | 16.98 |
| 92 | 11 | 20.75 |
| 93 | 15 | 28.30 |
| 94 | 14 | 26.41 |
| 95 (Febrero) | - | 0.0 |
| | 53 | 99.98 |

CANCER CERVICOUTERINO

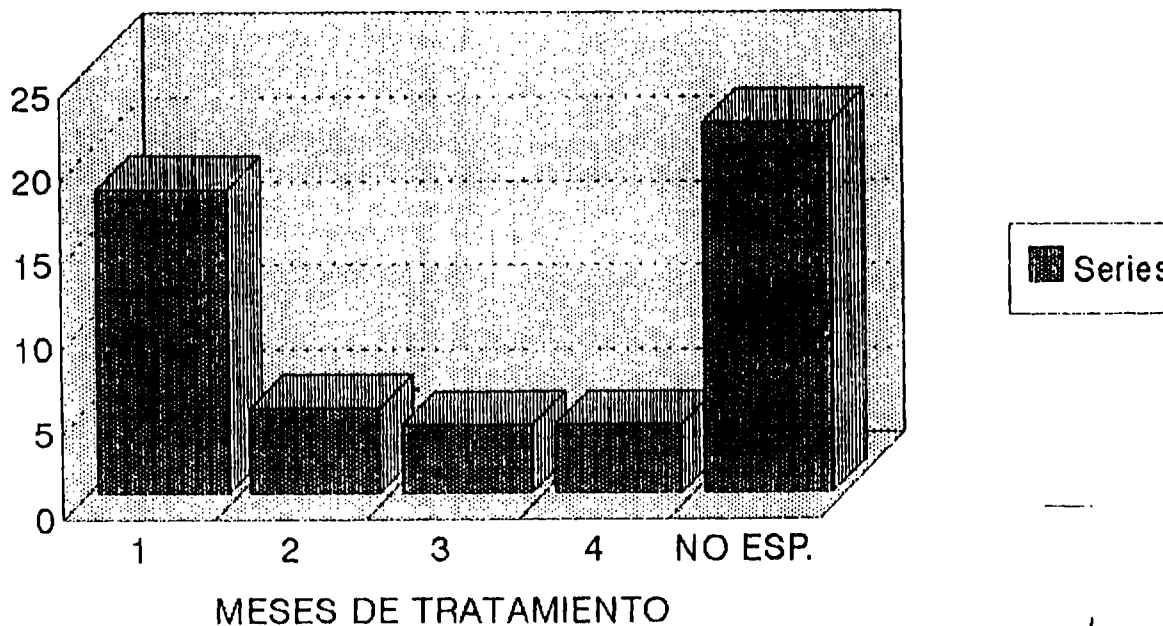
TIPO DE RADIACION



CANCER CERVICOUTERINO

TIEMPO DE RADIACION

NUMERO DE PACIENTES



EXTRACAVITARIO

DOSIS DE IRRADIACION

| | |
|------|----|
| 7000 | 1 |
| 6000 | 7 |
| 5000 | 38 |
| 4800 | 1 |

48

INTRACAVITARIO

| | |
|------|----|
| 3000 | 38 |
| 3500 | 4 |
| 1400 | 1 |
| 2000 | 1 |

44 Rads

CONCLUSIONES:

1.-LA PREVALENCIA POR ETAPAS CLINICAS EN EL HOSPITAL DE RIO BLANCO PARA EL PERIODO YA COMENTADO FUE EL SIGUIENTE:

El 39.62% de los pacientes se englobaron en el IIB correspondiendo a 21 de las 53 pacientes. El menor porcentaje al tipo IVA 1.88%, Una paciente, de la siguiente manera decreciente:

| | | | |
|---------|-------|----|-----------|
| IIB | 39.62 | 21 | |
| IIA | 18.86 | 10 | |
| IB | 16.98 | 9 | |
| IIIA | 7.54 | 4 | |
| In situ | 7.54 | 4 | |
| IIIB | 5.66 | 3 | |
| IA | 1.88 | 1 | (POR 100) |
| IV | 1.88 | 1 | |

2.-LOS TIPOS HISTOLOGICOS YA CLASIFICADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

| | | |
|----------------|----------|-------------|
| EPIDERMÓIDE | 61.13 | 43pacientes |
| ADENOCARCINOMA | 11.32 | 6 |
| ADENOESCANOSO | 5.66 | 3 |
| OTROS | 1.88 | 1 |
| | Por 100% | |

3.-LAS CAUSAS POSIBLES DE FALLA DE TRATAMIENTO:

- a) Nivel social bajo
- b) Nivel económico bajo ó deficientes
- c) Aspectos psicológicos (no detecciones tempranas) etc
- d) Pérdida del seguimiento.

4.-ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE:

Viva sin actividad tumoral 37 pacientes 69.81%

| | | |
|----------------------------|---|--------|
| Viva con actividad tumoral | 3 | 5.66% |
| Perdida con actividad | 2 | 3.77% |
| Perdida sin actividad | 2 | 3.77% |
| Muerta sin enfermedad | - | - - - |
| Muerta con enfermedad | 1 | 1.88% |
| Se desconoce estado actual | 8 | 15.09% |

Se desconoce el estado actual, dado que en las revisiones, se suspende sin explicación su presencia al seguimiento.

Con lo anterior constatamos, en base a otras series a nivel mundial y nacional que la reincidencia post radiación es mínima y controlable VGR en un Hospital de Zona IMSS en Sonora de 1979 a 1981 con 403 casos atendidos de Ca en este rubro, 385 correspondieron al epidermoide (similar a los de esta área) 14 a adenocarcinoma etc.. En estadios IB correspondió al más alto con 30% cpm clasificación del FIGO, con sobrevida del 100% en o al IA y del 80% hasta el IB etc.. La morbilidad, fue ligera a moderada 13% pérdida al seguimiento y-o abandono con recaídas hasta posterior a los dos años del tratamiento. (2). En el departamento de radiología ginecológica de Hong Kong en 1992 con 594 pacientes se demostró que la radioterapia es el tratamiento de elección en forma muy efectiva hasta del 100%, principalmente para las etapas I y IIB etc. (3). Los resultados fueron similares, enmarcando los niveles socioeconómicos bajos. La indicación a tiempo y el seguimiento oportuno aunado a la información que se les proporcione, será básica para conseguir cronogramas adecuado de tratamiento, pudiendo aunar que la información pública masiva e individual jugarán un papel de suma importancia para mejor éxito, control y programa frecuentemente alimentado en esta Unidad Hospitalaria estudiada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-TORRES L.Alfonso.,Matias S.José Manuel.,BASTIDAS B.Antonio
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER CERVICOUTERINO RECURREN-
TE A RADIACION.
Cancerología Vol.39 Núm.2,Abr-Jun 1993.

- 3.-CHOY ET AL.
DOSE TUMOR RESPONSE FOR CARCINOMA OF CERVIX:AN ANALYSIS OF
594 PATIENTS TREATED BY RADIOTHERAPY.
Gynecology on Oncology 49a 1993 pp 311-17.

- 2.-RODRIGUEZ P. Jorge.
CARCINOMA CERVICOUTERINO RESULTADOS CON RADIOTERAPIA.(Hos-
pital de Zona Núm.1 del IMSS Cd.Cbregón, Sonora.
Cancerología Vol.36 Núm.3.JUL SEP 1990.

- 3.-FUENTES F. D.Patricia,GOMEZ G.Ernesto,GUADARRAMA F.Luisa -
NOTA G.Aida.
RADIOTERAPIA PALLIATIVA EN FRACCION UNICA MENSUAL PARA EL -
TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICOUTERINO AVANZADO.
Cancerología Vol.36 no.2 ABR-JUN 1990 1046-49.

- 4.-FIGUEROA ARIAS S.José-Cefelia.
CARCINOMA CERVICOUTERINO ETAPAS IB IIB IIIB TRATADO --
CON RADIOTERAPIA INTERNA (ACELERADOR LINEAL) MAS FUENTES -
DE RADIOACTIVAS DE ALTA ACTIVIDAD INTRACAVITARIA.
Cancerología Vol. 38 No.2 ABR -JUN 1992 1566-67.

- 5.-GAMACHO R. Rolano.CACERES D. Carmen RODRIGUEZ S.Armando.
EVALUACION DE ALGUNOS ASPECTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE-
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER CERVICOUTERINO EN CUBA.
Rev.Nac. Cancerología (Méx) Vol.39 No.3 SEP-JUN 1993.

- 6.-FRED T.GIVEN? Jr HOWARD W.Jones