

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESCUELA DE POST GRADUACION Y EDUCACION CONTINUA

P 837a.  
2006

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE POST GRADUACION Y EDUCACION CONTINUA**

RESUMEN ..... 2

MARCO TEORICO ..... 4

**ANÁLISIS EVOLUTIVO EN CANCER DE CERVIX UTERINO**

JUSTIFICATIVO ..... 18

**( RADIOQUIMIOTERPIA CONCOMITANTE vs CIRUGÍA INICIAL )**

HIPÓTESIS ..... 19

OBJETIVO GENERAL ..... 20

**AUTOR: Dra Ivonne Poppe Salazar**  
**TUTOR: Dr Gonzalo Rojas del Pozo:**

**Residente segundo año**  
**Oncologo Radioterapeuta**

OBJETIVOS ESPECIFICOS ..... 20

RESULTADOS ..... 21

**INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL CAJA PETROLERA DE SALUD**

TABLAS Y GRAFICOS ..... 29

ION - CPS

Cochabamba, Febrero de 2006

*Gonzalo Rojas del Pozo*  
**Dr. Gonzalo Rojas del Pozo**  
 ONCOLOGO - RADIOTERAPEUTA  
 INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL  
 CAJA PETROLERA DE SALUD  
 R - 389

ANEXOS ..... 30

**INDICE**

RESUMEN

**RESUMEN ..... 2**

Se presenta la experiencia del Instituto Oncológico Anclado Capa Práctico de Salud (ION - CPS) de la ciudad de Cochabamba - Bolivia, en el manejo del

**MARCO TEORICO ..... 4**

**JUSTIFICATIVO ..... 18**

Radioquimioterapia.

**HIPÓTESIS..... 19**

El tratamiento inicial para el Grupo A fue Cirugía y para el Grupo B Radioquimioterapia.

**OBJETIVO GENERAL ..... 20**

La media de edad fue de 50 años, seguimiento 12 meses y método empleado fue

**OBJETIVOS ESPECIFICOS ..... 20**

**RESULTADOS ..... 21**

**TABLAS Y GRAFICOS..... 29**

Se comprobó mayor beneficio en el grupo de mujeres que se trataron con Radioquimioterapia, que aquellas sometidas a Cirugía como primera línea terapéutica.

**ANEXOS ..... 33**

**ANÁLISIS EVOLUTIVO EN CANCER DE CERVIX UTERINO ESTADIOS II  
( RADIOQUIMIOTERPIA CONCOMITANTE vs CIRUGÍA INICIAL )**

**RESUMEN**

Se presenta la experiencia del Instituto Oncológico Nacional Caja Petrolera de Salud (ION - CPS) de la ciudad de Cochabamba – Bolivia, en el manejo del Cáncer de Cuello Uterino Localmente Avanzado.

37 pacientes fueron incluidas en el estudio, 19 para Cirugía y 18 para Radioquimioterapia.

El tratamiento inicial para el Grupo A fue Cirugía y para el Grupo B Radioquimioterapia.

La media de edad fue de 50 años, seguimiento 12 meses y método empleado fue observacional.

Se analizó tiempo libre de enfermedad, supervivencia global, control local y sistémico.

Se comprobó mayor beneficio en el grupo de mujeres que se trataron con Radioquimioterapia, que aquellas sometidas a Cirugía como primera línea terapéutica.

Se aprecia en el análisis, mayor supervivencia global para la Radioquimioterapia, así como mayor tiempo de control local y sistémico.

La terapia Estándar, cuando es utilizada, proporciona un notable aumento de supervivencia y control local, por lo que se recomienda implementarse a la totalidad de las pacientes con enfermedad localmente avanzada.

En Bolivia, ocupa el primer lugar de todos los cánceres, seguido del cáncer de mama y ovario, con el 40% de todas las neoplasias registradas en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano, según datos epidemiológicos obtenidos hasta el año 1994. Posiblemente en otros servicios, las cifras sean similares.

Un reciente estudio de la OPS/OMS indica que la tasa de incidencia en la ciudad de La Paz es de 151,4 por 100.000 habitantes y que afecta más al grupo etáreo comprendido entre los 35 a 64 años de edad.

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamocolumnar ya sea en el canal endocervical o en la porción cervicouterina.

La lesión precursora es la displasia o el carcinoma in situ (neoplasia intraepitelial cervical [NIC]), que posteriormente puede convertirse en cáncer invasor.

Algunos estudios han revelado que entre el 30% y el 70% de las pacientes con cáncer cervical in situ no tratado, desarrollan carcinoma invasor en un periodo de

## MARCO TEORICO

El cáncer uterino es uno de los cánceres más comunes, representando el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. Se estima que cada año hay 16.000 casos nuevos de cáncer cervical invasor en los EE.UU. y 5000 defunciones anuales.

En Bolivia , ocupa el primer lugar de todos los cánceres, seguido del cáncer de mama y ovario. con el 40% de todas las neoplasia registradas en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano, según datos epidemiológicos obtenidos hasta el año 1994. Posiblemente en otros servicios, las cifras sean similares.

Un reciente estudio de la OPS/OMS indica que la tasa de incidencia en la ciudad de La Paz es de 151,4 por 100.000 habitantes y que afecta más al grupo etáreo comprendido entre los 35 a 64 años de edad

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamocolumnar ya sea en el canal endocervical o en la porción cervicouterina.

La lesión precursora es la displasia o el carcinoma in situ (neoplasia intraepitelial cervical [NIC], que posteriormente puede convertirse en cáncer invasor.

Algunos estudios han revelado que entre el 30% y el 70% de las pacientes con cáncer cervical in situ no tratado, desarrollan carcinoma invasor en un período de

10 a 12 años. Sin embargo, en alrededor del 10% de las pacientes, las lesiones pueden progresar de in situ a invasoras en períodos inferiores a un año.

A medida que se hace invasor, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma cervical. La extensión del tumor cervical puede manifestarse en último término, como una ulceración, un tumor exofítico o la infiltración extensa del tejido subyacente incluyendo vejiga o recto.

Además de la invasión local, el carcinoma cervical puede diseminarse por los linfáticos regionales o torrente sanguíneo.

La diseminación tumoral generalmente está en función de la extensión e invasión de la lesión local. A pesar de que el cáncer cervical progresa de manera ordenada, ocasionalmente se puede presentar como un tumor pequeño con metástasis distante. Por este motivo, se debe evaluar cuidadosamente a las pacientes en búsqueda de enfermedad metastásica.

El pronóstico de los pacientes con cáncer cervical depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Debido a que una gran mayoría de estos casos (más del 90%), podrían y deberían ser detectados temprano a través de la prueba de Papanicolaou, la tasa de morbilidad y mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que aún en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para esta prueba.

Aparte del estadio clínico y el estado de los ganglios linfáticos, el reconocimiento de factores pronósticos en cáncer de cérvix para el planeamiento de la terapia adyuvante, ha llevado hacia el análisis de una amplia variedad de factores histopatológicos.

El papel de muchos de ellos es controversial por la falta de sensibilidad para predecir el comportamiento tumoral in vivo.

Como vemos, la amplia variedad de tratamientos aplicados a pacientes con cáncer de cérvix es reflejo del hecho que una óptima tasa de sobrevida no ha sido aún lograda. Más allá de la variedad de estrategias, es importante determinar que factores pueden influir en el pronóstico de la enfermedad.

Aunque la histerectomía radical es un excelente tratamiento para pacientes con estadios tempranos de cáncer cervical, y frecuentemente suficiente para lograr cura, algunos pacientes que tienen hallazgos intra operatorios inesperados que los catalogan como de alto riesgo, requieren tratamiento adicional para reducir el riesgo de recurrencia local y a distancia.

El tratamiento adyuvante es recomendado para pacientes que tienen metástasis a ganglios linfáticos, compromiso parametrial y de márgenes.