

Casuística del cáncer de cuello uterino entre 1989 y 1992 en la Sección Oncología del Depto. de Ginecología y Obstetricia del H.C.FF.AA.

Eq. Tte. Cnel. Méd. Ramón Rodríguez de Armas, Eq. Cap. Méd. Américo Mihalsky**, Tte. 2o. Méd. Sandra Lorenzo*** Alf. Méd. Luis García Piriz****.*

PALABRAS CLAVE: Cáncer cervico uterino. Detección, Diagnóstico, Tratamiento.

KEY WORDS: Uterine cervix cancer, Detection, Diagnosis, Treatment.

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo sobre 111 casos de cáncer del cuello uterino entre junio de 1989 y diciembre de 1992 en la Sección Oncología del Depto. de Ginecología y Obstetricia del H.C.FF.AA., donde se destaca que la extensión de la técnica de "screening" a la mayor cantidad posible de mujeres asistidas en Sanidad Militar en Montevideo e Interior ha permitido la detección de casos incipientes con una tasa de curación próxima al 100%.

Hay que tener en cuenta que se trata de una neoplasia de evolución lenta y que muchos años antes de ocurrir la invasión hay ya alteraciones a nivel citológico e histológico.

El Programa de Educación Continua para la Salud de la Mujer (PECSMU) extendido a todo el país, permitió y seguirá permitiendo disminuir notoriamente la tasa de morbi-mortalidad por cáncer cervico-uterino.

SUMMARY

It is presented a retrospective study about 111 cases with uterine cervix cancer between

June 1989 and December 1992, at the Oncologic sector of the Gynecology and Obstetrics Department of the Armed Forces Central Hospital. It is remarkable that the extension of the screening technique towards the largest possible amount of women assisted in this Hospital, covering Montevideo and the rest of the country permitted the detection of early stage cases with a cure rate near to 100%.

We must consider that it is a slowly developing neoplasia and that, many years before invasion, there already are cytologic and histologic alterations. The Program for a Continuous Education for Women (PCEW), spread through the country, has allowed for a remarkable decrease in morbi-mortality rates due to uterine cervix cancer and it will continue in years to come.

RESUME

On présente une étude rétrospective sur 111 cas du cancer du col utérin pendant juin 1989 et décembre 1992 dans la Section d'Oncologie du Département de Gynécologie et Obstétrice du H.C.FF.AA. où l'on souligne que l'amplitude de la technique du "screening" donnée à la plus grande quantité de femmes dépendantes de la Santé Militairea Montevideo et dans l'Interieur de la République, a permis la détection de cas débutants avec un pourcentage de curabilité du 100%.

* Profesor Agregado de Ginecotocología. Director del Depto. de Ginecotología del H.C.FF.AA.

** Profesor Adjunto de Ginecología Oncológica. Profesor Adjunto de Ginecotología. Jefe de la Sección Ginec-oncología del H.C.FF.AA.

*** Médico Ginecotocólogo del H.C.FF.AA.

**** Médico Ginecotocólogo del H.C.FF.AA.

Il faut tenir compte qu'il s'agit d'une néoplasie d'une lente évolution et que plusieurs années avant l'invasion, il y avait déjà des altérations du point de vue cytologique et histologique.

C'est grâce au Programme d'Education Continuelle pour la Santé de la Femme (PECSMU) étendue à tout le pays qui diminue d'une façon très importante le taux de morbidité et mortalité pour cancer cervico-utérin.

INTRODUCCION

El Cáncer del Cuello Uterino en esta Policlínica Oncológica, sigue predominando sobre el Cáncer Endometrial en una relación de 3/1. Merced al Programa de Detección Precoz o "Screening" que se lleva a cabo en este Depto., extendiendo los exámenes citoncológicos (Test de Papanicolaou), colposcopías y biopsias cervicales, no sólo a las mujeres de alto riesgo, sino también a todas las embarazadas, y a todas las pacientes ginecológicas de Montevideo e incluso del Interior del país; (Periódicamente parte un Grupo multidisciplinario de técnicos que en número de 15 a 20, van a los Departamentos del Interior de nuestro país, realizándose por visita, un "screening" a 200 y hasta 450 mujeres dependientes de la Sanidad Militar). De esta manera se ha logrado en los últimos siete años, aumentar el número de casos de Cáncer incipiente del cuello uterino, cuyo tratamiento ofrece una curabilidad de un 100%, frente a menos casos de Cánceres Invasores del cuello uterino, cuya evolución a pesar de los tratamientos instituidos, no es tan favorable.

El diagnóstico temprano ha reducido el número de casos avanzados y en consecuencia ha disminuido la mortalidad. El diagnóstico preclínico, el diagnóstico del CIN mediante el Test de Papanicolaou, la Colposcopia y el tratamiento del CIN han disminuido las neoplasias invasoras (3, 4, 5, 6, 7).

MATERIAL Y METODOS

Población estudiada.

Este estudio se basa en la revisión de 111 casos recopilados entre junio/1989 y diciembre/1992. Se han estudiado las siguientes variables:

EDAD

PARIDAD

COLPOCITOLOGIA ONCOLOGICA

COLPOSCOPIA

TECNICAS DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

- Biopsias cervicales.
- Legrado endocervical.
- Biopsia por Cono.

Tipos Histológicos.

CONDUCTA TERAPEUTICA:

- Quirúrgicas.
- Radiante: Externa: 4000-5000 rads.
Intracavitaria: Cesio 137 x
72hrs.
- Combinada.
- Poliquimioterapia.

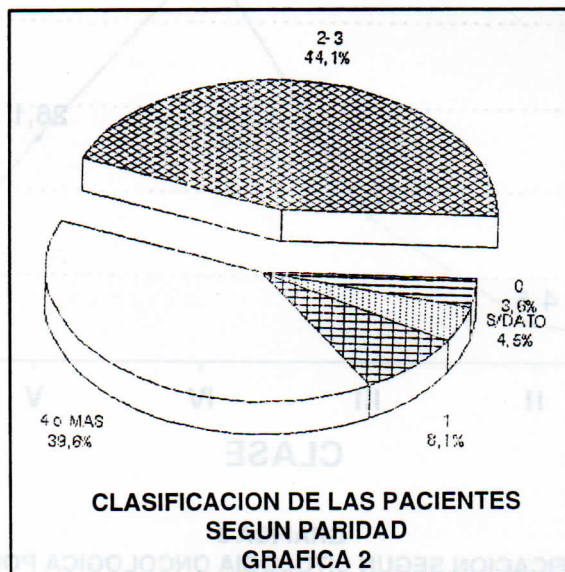
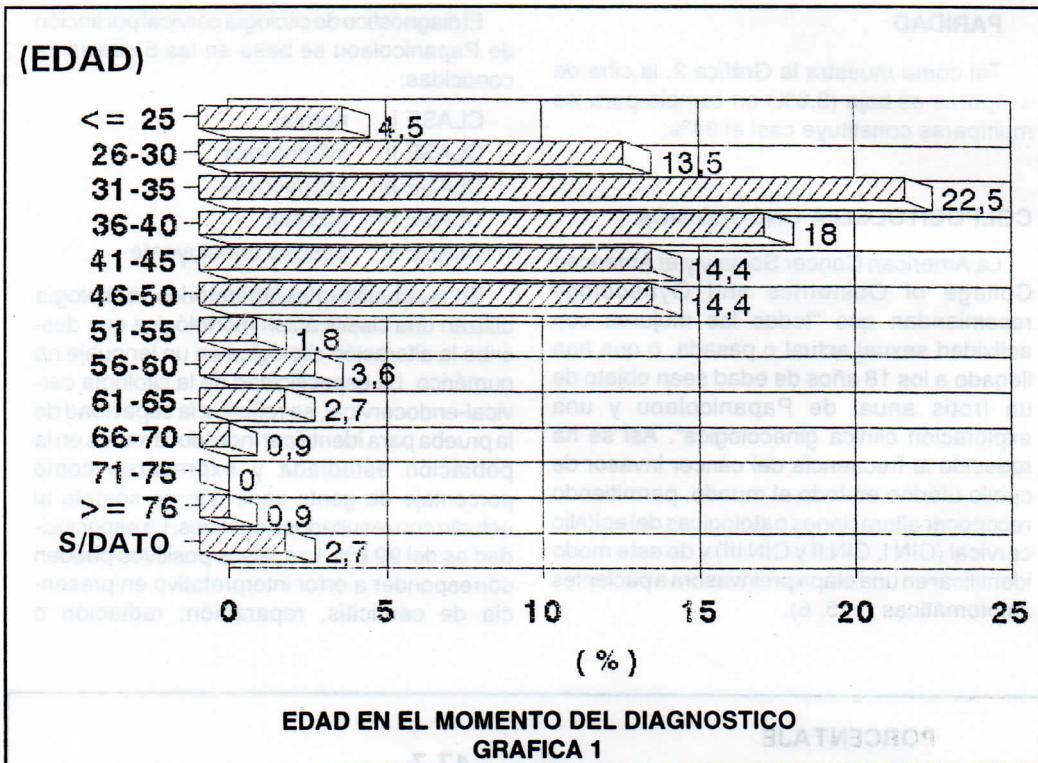
SEGUIMIENTO

EDAD

Tal como muestra la Gráfica 1, el 83% de las mujeres en que se realizó el diagnóstico de cáncer del cuello uterino tenía entre 26 y 50 años, siendo la máxima incidencia entre los 31 y 35 años con un 22,5%.

Del estudio se deduce que el 66% aproximadamente de los casos se realizó el diagnóstico en estadios iniciales (CIN III y Carcinoma Microinvasor).

Este hecho puede vincularse a la mayor preocupación sanitaria de la mujer en la prevención y diagnóstico precoz de este tumor, así como también al Programa de Detección Precoz que sigue el Depto. de Ginecología del H.C.F.F.AA.



PARIDAD

Tal como muestra la Gráfica 2, la cifra de nulíparas es baja (3,6%) en cambio para las multíparas constituye casi el 84%.

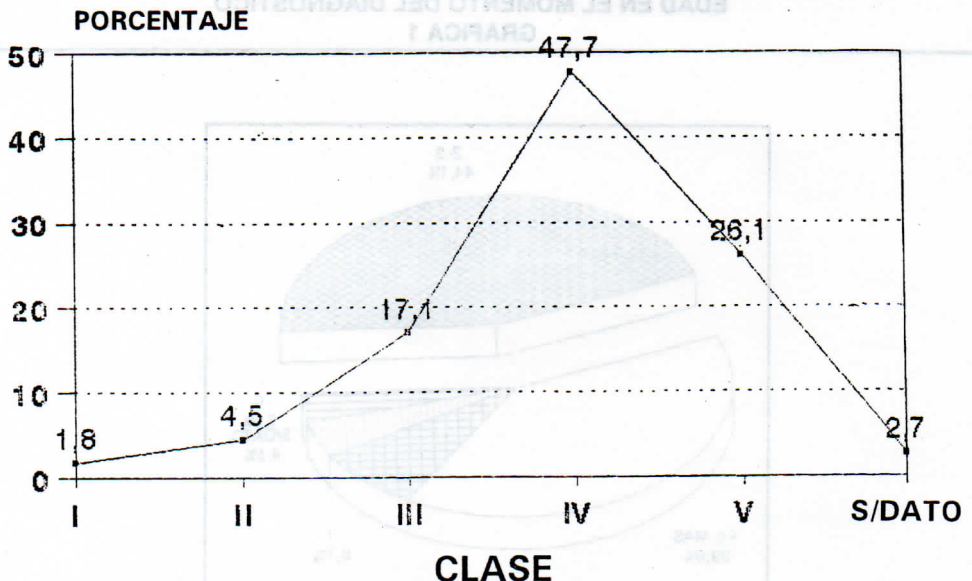
COLPOCITOLOGIA ONCOLOGICA

La American Cancer Society y el American College of Obstetrics and Gynecology recomiendan que "todas las mujeres con actividad sexual actual o pasada, o que han llegado a los 18 años de edad sean objeto de un frotis anual de Papanicolaou y una exploración clínica ginecológica". Así se ha reducido la frecuencia del cáncer invasor de cuello uterino en todo el mundo, permitiendo reconocer alteraciones patológicas del epitelio cervical (CIN I, CIN II y CIN III) y de este modo identificar en una etapa preinvasora a pacientes asintomáticas (1, 5, 6).

El diagnóstico de citología cervical por tinción de Papanicolaou se basa en las 5 clases ya conocidas:

- CLASE I: normal.
- CLASE II: inflamatoria.
- CLASE III: sospechosa.
- CLASE IV: positiva.
- CLASE V: positiva concluyente.

En la actualidad los laboratorios de citología utilizan una clasificación morfológica que describe la alteración citológica en un lenguaje no numérico. La especificidad de la citología cervical-endocervical, se refiere a la capacidad de la prueba para identificar individuos sanos en la población estudiada y expresarse como porcentaje de gente sana que se somete al estudio con resultados negativos. La especificidad es del 99,8%. Los falsos positivos pueden corresponder a error interpretativo en presencia de cervicitis, reparación, radiación o



GRAFICA 3
CLASIFICACION SEGUN CITOLOGIA ONCOLOGICA POR PAP.

interpretación de la metaplasia como CIN o Carcinoma.

La sensibilidad de la citología cervical-endocervical es de casi 85%.

En este estudio se ha utilizado aún la técnica de Papanicolaou para la clasificación de las alteraciones citológicas del cuello uterino.

En los 7 casos donde la citología fue negativa, (falsos negativos 1.8%), se trataba de CIN III, diagnóstico que fue realizado por Colposcopia que en todos los casos fue Grado III obligando a biopsia cervical y Cono Quirúrgico; en este estudio se realizó diagnóstico de CIN III o de Cáncer Invasor en un 91% aproximadamente.

COLPOSCOPIA

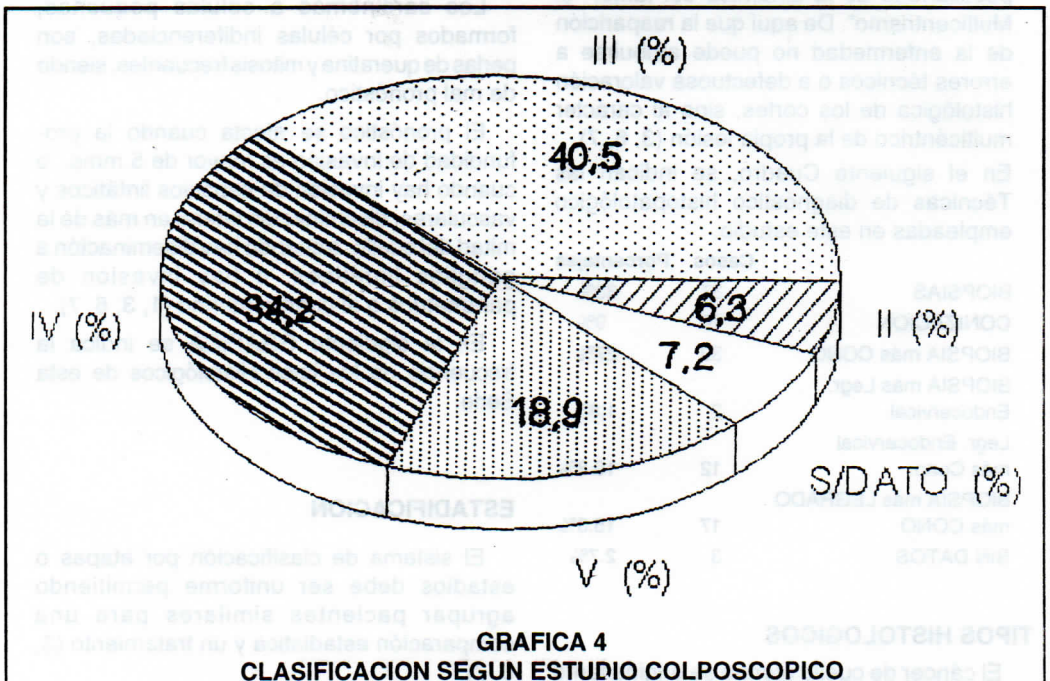
Permite según indica la Gráfica 4 la clasificación en Clases.

La Colposcopia solo sugiere una anomalía; el diagnóstico final es corroborado por estudio histopatológico. Las biopsias dirigidas de las áreas que muestran patrones atípicos, bajo control colposcópico directo y junto a exámenes citológicos brindan mayor precisión a la evaluación del cuello uterino.

También debe efectuarse salvo en las embarazadas, el legrado endocervical, lo que permite descartar enfermedad en el canal (2, 3, 5).

TECNICA DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

La **BIOPSIA cervical** se realizará siempre que se observe una lesión macroscópica o en caso de un PAP anormal; podrá ser una biopsia guiada con colposcopio de áreas que muestran patrones atípicos permitiendo así



mayor precisión en el diagnóstico y evaluación del cuello uterino. La biopsia podrá ser única o múltiple en varios cuadrantes. Finalmente está la biopsia por CONO quirúrgico o Conización. A veces se ha utilizado el legrado endocervical salvo en embarazadas, para descartar enfermedad en el canal (1).

- La conización se ha empleado cuando no pudo observarse la unión escamocilíndrica con la colposcopia, o cuando la lesión penetra dentro del canal cervical, o cuando el legrado endocervical es positivo, o cuando hay falta de correlación entre la citología, colposcopia y biopsia dirigida, o cuando se diagnostica carcinoma microinvasor o se sospecha, o cuando la experiencia del colposcopista no es la suficiente para descartar una lesión invasora. La conización no sólo es fundamental para el diagnóstico correcto del cáncer localizado, sino también para descartar la eventual existencia de focos de invasión. La necesidad de extender el examen histológico a todas las áreas epiteliales del cuello deriva de una peculiaridad de la dinámica del tumor "el Multicentrismo". De aquí que la reaparición de la enfermedad no puede atribuirse a errores técnicos o a defectuosa valoración histológica de los cortes, sino al carácter multicéntrico de la propia lesión (3, 6, 7).

En el siguiente Cuadro, se indican las Técnicas de diagnóstico histopatológico empleadas en este estudio.

	Casos	Porcentajes
BIOPSIAS	37	33%
CONIZACION	10	9%
BIOPSIA más CONO	30	27%
BIOPSIA más Legr. Endocervical	2	1.8%
Legr. Endocervical más Cono.	12	10.8%
BIOPSIA más LEGRADO más CONO	17	15.3%
SIN DATOS	3	2.7%

TIPOS HISTOLOGICOS

El cáncer de cuello uterino se origina tanto

en el epitelio del exocervix o en el cilíndrico del canal cervical.

El Carcinoma de células pavimentosas es el más frecuente y en este estudio se observó en 102 casos, es decir un 91.89%

El Adenocarcinoma se observó solo en un 5.4% y el Adenoescamoso en un 0.9%.

En este estudio el carcinoma a células pavimentosas se presentó así:

- A células grandes no queratinizadas: 65 casos (59%)
- A células grandes queratinizadas: 11 casos (10%)
- A células pequeñas: 26 casos (30%)

Los carcinomas a células grandes queratinizadas están compuestos por células grandes con pleomorfismo, pocas mitosis y formación de perlas de queratina.

Los carcinomas no queratinizados están compuestos por células grandes con moderado pleomorfismo y frecuentes mitosis y núcleos grandes con nucleolos también grandes.

Los carcinomas a células pequeñas, formados por células indiferenciadas, son perlas de queratina y mitosis frecuentes, siendo de mal pronóstico.

El pronóstico se afecta cuando la profundidad de invasión es mayor de 5 mms., o cuando hay invasión de espacios linfáticos y vasculares, diseminación lateral en más de la mitad del cuello, o cuando hay diseminación a ganglios linfáticos, o hay invasión de parametrios o al cuerpo uterino (1, 3, 6, 7).

En la siguiente GRAFICA se indica la frecuencia de los tipos Histológicos de esta Serie.

ESTADIFICACION

El sistema de clasificación por etapas o estadios debe ser uniforme permitiendo agrupar pacientes similares para una comparación estadística y un tratamiento (3, 6, 7).

La estadificación del cáncer del cuello uterino debe ser clínica, si es posible confirmarla bajo anestesia gral.; no puede ser cambiada por los hallazgos operatorios o si el tratamiento pone en evidencia un mayor avance de la enfermedad.

La adoptada por FIGO incluye los siguientes exámenes que se han utilizado en este Estudio:

- Examen Ginecológico exhaustivo: vías vaginal y rectal, mejor si es bajo anest. gral. para mejor definir la extensión cervical, vaginal y parametrial del neoplasma.
- Cistoscopia y Urografía de Excreción.
- Rectosigmoidoscopia y colon por enema.
- Placa RX tórax.
- Tomografía Axial computarizada (Screening abdominal).
- Resonancia Magnética: no fue empleada en este Estudio por no existir en ese entonces esta posibilidad paraclínica.

- Clasificación internacional del cáncer del cuello uterino:

ESTADIO 0: Carcinoma in situ.

ESTADIO I: Carcinoma limitado al cuello uterino.

ESTADIO Ia: Carcinoma preclínico, diagnóstico sólo por microscopio.

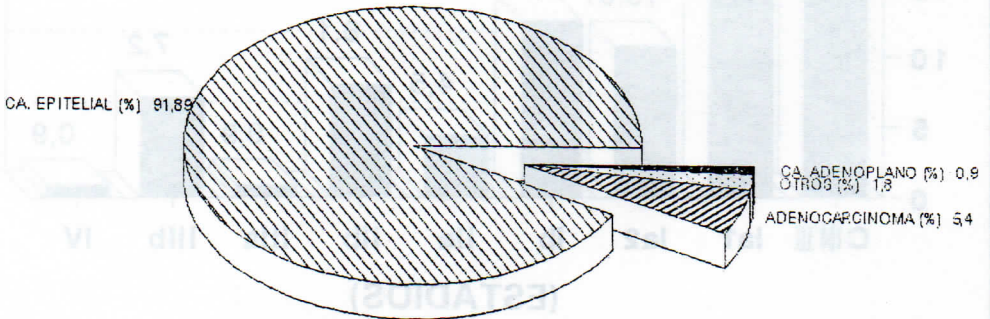
ESTADIO Ia1: Invasión mínima del estroma microscópicamente evidente.

ESTADIO Ia2: Lesiones microscópicas que se pueden medir; el límite máximo no debe revelar una invasión profunda de más de 5 milímetros medida desde la base del epitelio ya sea superficial o glandular del cual se origina; y una segunda medida, la extensión horizontal no debe exceder los 7 milímetros.

Las lesiones de más tamaño deben ser estadificadas como Ib.

ESTADIO Ib: Lesiones de mayor tamaño que Ia2, clínicamente visibles o no.

ESTADIO II: Ila: Compromiso de vagina sin evidencia de extensión parametrial.



**TIPOS HISTOLOGICOS DE CA. DE CUELLO
GRAFICA 5**

IIb: Infiltración tercio proximal de los parametrios laterales.

ESTADIO III: IIIa: compromiso del tercio inferior de vagina.

IIIb: compromiso de Parametrios hasta pared pélvica.

III (urinario): obstrucción de uno o ambos ureteres según Urografía, sin los otros criterios para la enf. en Estadio III.

ESTADIO IV: IVa: con compromiso de la mucosa vesical y/o rectal.

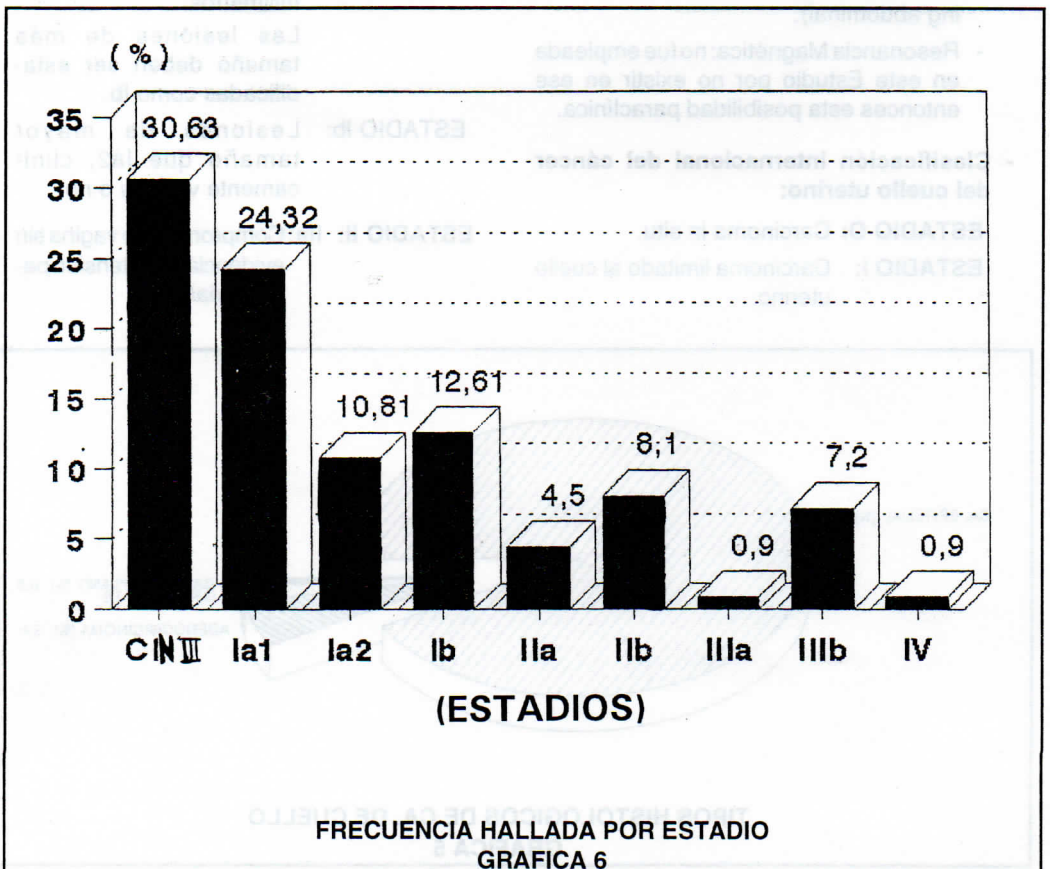
IVb: metástasis distantes o enf. extrapelviana.

En la Estadificación Clínica existe una precisión de alrededor de un 75% si la comparamos con la exploración bajo anestesia gral.

La imprecisión de la clasificación clínica resulta en gran parte de metástasis de ganglios linfáticos pélvicos que sólo pueden diagnosticarse por Laparotomía o Biopsia con aguja fina bajo pantalla (3, 4, 7).

En este Estudio la frecuencia hallada por Estadios fue la siguiente:

	Casos	Porcentajes
CIN III	34	30.63%
Ia1	27	24.32%
Ia2	12	10.81%



	Casos	Porcentajes
Ib	14	12.61%
Ila	5	4.50%
Ilb	9	8.10%
IIla	1	0.90%
IIlb	8	7.20%
IV	1	0.90%

CONDUCTA TERAPEUTICA

En esta serie de 111 casos, los tratamientos utilizados fueron la cirugía y la radioterapia solos o combinados.

Desde décadas, la cirugía y la radioterapia siguen siendo los pilares fundamentales en el tratamiento del cáncer de cuello uterino (1, 3, 6, 7).

Las neoplasias en estadio precoz o inicial son tratadas exclusivamente por cirugía y las de estadios más avanzados sólo podrán ser tratadas con radioterapia.

Existe un grupo en que es pasible la combinación de ambas técnicas.

Hay otro grupo que escapa a estos tratamientos clásicos, el cual será tratado con poliquimioterapia.

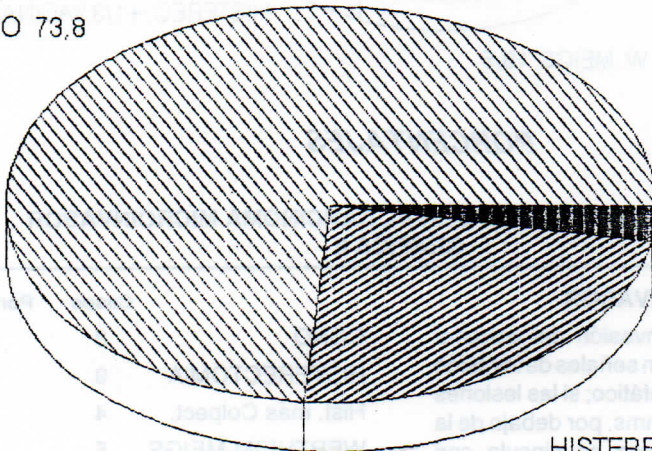
- La elección de la conducta terapéutica está condicionada por varios factores básicos:

- el estadio clínico;
- las características histopatológicas del tumor;
- la situación orgánica de la paciente (edad, enfermedades asociadas, etc.).

- En esta Serie tal como indica la Gráfica siguiente, el CONO quirúrgico se empleó en un 73.8% de los casos de Carcinoma in Situ. Histerectomía total en un 23.5% y la Histerectomía total más colpectomía/tercio superior sólo en un 2.9%.

La CONIZACION es una técnica diagnóstica y puede ser también curativa; cuando se trata

CONO 73,8



HIST + COLPEC. 2,9

HISTERECTOMIA 23,5

PORCENTAJES

**TRATAMIENTO UTILIZADO EN CIN III
GRAFICA 7**

de pacientes jóvenes y con deseos de procrear y cuando no existen afecciones ginecológicas concomitantes que harían preferible un tratamiento quirúrgico mayor.

- CARCINOMA in SITU:

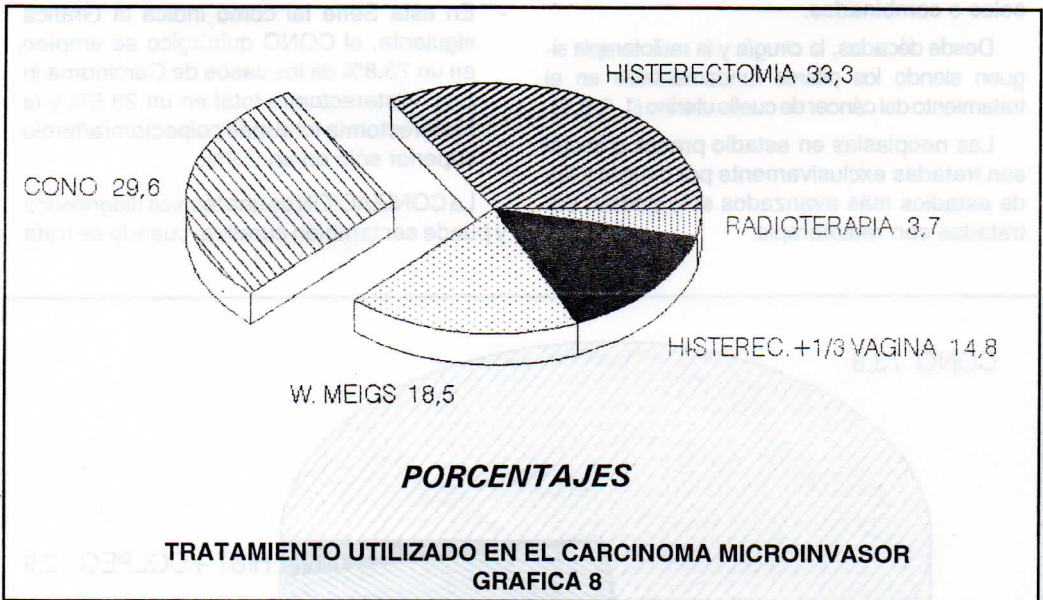
	Casos	Porcentajes
CONO	25	73.8%
HISTERECTOMIA	8	23.5%
HIST. más Colpectomía	1	2.9%

En 24 casos de esta Serie correspondían a pacientes jóvenes con deseos de maternidad.

el Depto. de Anatomía Patológica debe contar con personal técnico capacitado y una infraestructura adecuada.

En cambio, si hay dudas en cuanto a la profundidad de la invasión del estroma, si excede los 3 mms. o si hay invasión al espacio linfático vascular por cel. tumorales, se adoptará una conducta terapéutica más radical como una Histerectomía Ampliada con Linfadenectomía y/o Radioterapia.

- En esta Serie se efectuaron los siguientes tratamientos:



CARCINOMA MICROINVASOR

Se le define como invasión del estroma hasta 3 mms. o menos, sin señales de invasión del espacio vascular o linfático; si las lesiones penetran a menos de 3 mms. por debajo de la membrana basal rara vez se vincula con metástasis de ganglios linfáticos pélvicos.

Si las pacientes son jóvenes y desean preservar su potencial reproductor es posible considerar la biopsia-cono como único tratamiento siempre y cuando el estudio exhaustivo de dicho cono indica que fue suficiente en superficie y profundidad; para esto lógicamen-

	Casos	Porcentajes
CONO	8	29.6%
HISTERECTOMIA	9	33.3%
Hist. más Colpect.	4	14.8%
WERTHEIM-MEIGS	5	18.5%
RADIOTERAPIA	1	3.7%

CARCINOMA INVASOR

En esta Serie de 39 casos de Carcinomas Invasores, se efectuaron los siguientes tratamientos:

No. casos:	Estadio	Cono	Hist.	Hist. y Colp.	W-Meigs.	RT.Cirug. y RT.
12	Ia2	3	4	3	2	
14	Ib				11	3
5	Ila				3	1 1
8	IIb				2	2 4

COMPLICACIONES

Las complicaciones observadas en esta Serie derivadas de la cirugía conservadora, han sido: hemorragias e infección local, fácilmente solucionables.

Las complicaciones derivadas de la cirugía radical, aproximadamente en un 7% de los casos, correspondieron a lesiones de la vejiga, uréter, vasculares, que motivaron una nueva intervención quirúrgica para su solución. La sumación de terapias (cirugía más radioterapia) ha predisuesto a más complicaciones y de soluciones más difíciles (fístulas urogenitales).

En un 3% de los casos de Op. de Wertheim-Meigs, las pacientes presentaron cuadros de TEP (tromboembolismo pulmonar) de evolución benigna.

SEGUIMIENTO

Las pacientes portadores de un Carcinoma in situ que fueron 34, tuvieron hasta el momento actual una curabilidad de un 100%; igualmente se les cita para controles periódicos cada 6 meses mediante Colposcopías, citologías y exámenes clínicos.

Las enfermas protadoras de un carcinoma microinvasor que fueron 27, tuvieron hasta ahora una sobrevida de un 100%; también se les cita para controles periódicos.

Las pacientes portadoras de carcinomas invasores que suman 39, han tenido la siguiente evolución: dos han fallecido, con estadio IIb sometidas a trat. combinado (cirugía más RT externa); otras dos con fístulas urogenitales, que motivaron operaciones de derivación; una de éstas sigue con vida y otra fallecida.

Se carecen de datos de cinco casos. El resto que sigue controlándose en esta Pol. Oncológica, siguen en aparente buen estado de salud.

El correcto seguimiento no se ha podido lograr en su plenitud por falta de Servicio Social y una oficina de seguimiento que apoye el control que se pretende de las pacientes en esta Policlínica Gineco-oncológica.

CONCLUSIONES

De los 111 casos considerados entre junio del año 1989 y diciembre del año 1992, el 83% estaban comprendidos entre los 26 y 50 años. La frecuencia de la variedad Epidermoide fue del 91.8%.

En el 66% de los casos se realizó diagnóstico en estadios iniciales.

El 84% correspondió a multíparas.

El diagnóstico de CIN III o de cáncer invasor se realizó en el 91% por el PAP.

El diagnóstico colposcópico fue positivo en 93.6% con 6.3% de falsos negativos.

El tratamiento de elección en el carcinoma in situ fue el Cono quirúrgico en el 73.8%.

En el microinvasor y en mujeres con interés procreativo, se utilizó el cono quirúrgico con los controles periódicos adecuados.

En el estadio Ib la conducta fue quirúrgica con op. de Wertheim-Meigs en 78.5% y en el 21.4% se combinó con la radioterapia.

En este Depto., se prefirió la conducta quirúrgica, para la cual hay un equipo de médicos debidamente entrenados para dichas intervenciones radicales.

La radioterapia se utilizó como tratamiento único en casos más avanzados (IIIA o IIIB) o complementario de la cirugía radical.

BIBLIOGRAFIA

1. RUIZ, Calatroni C. J.- Terapéutica Ginecológica. 10ma. Ed. 1991.
2. CARRERA, DEXEUS y LOUPEZ.- Tratado y Atlas de Colposcopia. 3ra. Ed. Salvat; 1984.

3. DISAIA, Ph, CREASMAN, W.- Ginecología Oncológica. 3ra. Ed. 1991.
4. GARCIA PIRIZ, Luis F., LORENZO, Sandra L.- Monografía "Casuística sobre Cáncer del Cuello Uterino en el H.C.FF.AA." (1994).
5. GONZALEZ, Merlo J.- Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino. Ed. 1981.
6. MIHALSKY, Américo.- Tratado de Ginecología Oncológica; Librería Médica Editorial; Ed. 1981.
7. RUTLEDGE, F., BORONOW, R., TAYLOR, J.- Gynecologic Oncology; Ed. 1976.

Se muestran los datos de cinco casos. En este que sigue contraindicados en esta Pol. Oncológica, siguen en aparente buen estado de salud.

El correcto seguimiento no se ha podido lograr en su plenitud por falta de Servicio Social y una falta de seguimiento que apoye el control que se pretende de los pacientes en esta Policlínica Gineco-oncológica.

CONCLUSIONES

De los 141 casos considerados entre junio del año 1989 y diciembre del año 1993, el 83% están comprendidos entre los 35 y 50 años. La frecuencia de la variedad Epidermoide fue del 81.8%.

En el 58% de los casos se realizó diagnóstico en etapas iniciales.

El 84% correspondió a nulíparas.

El diagnóstico de CIN III o de cáncer invasor se realizó en el 91% por el PAP.

El diagnóstico colposcópico fue positivo en 93.6% con 6.3% de falsos negativos.

El tratamiento de elección en el carcinoma mantuvo el Cono quirúrgico en el 78.8%.

En el microinvasor y en mujeres con interés preoperatorio, se utilizó el cono quirúrgico con los conitos periódicos adecuados.

En el estado II la conducta fue quirúrgica con cp. de Wertheim-Meigs en 78.8% y en el 21.4% se combinó con la radioterapia.

En este estudio, se definió la conducta quirúrgica, para la cual hay un equipo de médicos debidamente entrenados para dichas intervenciones radicales.

COMPLICACIONES

Las complicaciones observadas en estas Stages de la cirugía conservadora, han sido: hemorragias e infección local, fácilmente solucionables.

Las complicaciones derivadas de la cirugía radical, aproximadamente en un 7% de los casos, correspondieron a lesiones de vejiga, ureter, vesícula que motivaron una nueva intervención quirúrgica para su solución. La evolución de terapias (cirugía más radioterapia) no predeusó a más complicaciones y de soluciones más difíciles (listulas urinarias y genitales).

En un 3% de los casos de Op. de Wertheim-Meigs las pacientes presentaron cuadros de TEP (tromboembolismo pulmonar) de evolución benigna.

SEGUIMIENTO

Las pacientes portadoras de un Carcinoma in situ que fueron St. I, presentaron al momento actual una sobrevivencia de un 100% (guarantada) se les cita para controles periódicos cada 6 meses mediante Colposcopias, citologías y exámenes clínicos.

Las estadias portadoras de un carcinoma microinvasor que fueron St. I, tuvieron hasta ahora una sobrevivencia de un 100%. También se les cita para controles periódicos.

Las pacientes portadoras de carcinomas invasores que fueron St. II, han tenido la siguiente evolución: dos han fallecido con estado II (cometidas a un cono quirúrgico más RT externa); otras dos con listulas urinarias, que motivaron operaciones de derivación; una de éstas sigue con vida y otra fallecida.