

## TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

CÁNCER DE CUELLO UTERINO  
ESTADO CLÍNICO III:

# ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SU MANEJO Y RESULTADOS

*Dr. José M. Claros Sabillón (\*)*

### INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo tiene por objeto, hacer una evaluación de aquellos casos de cáncer cérvico-uterino en estadio clínico III que sin haber recibido tratamiento previo, fueron recibidas en el Departamento de Oncología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social en relación a su procedencia, paridad, edad, síntomas que motivaron la consulta médica, tipo histológico y sobre todo el tratamiento a que fueron sometidas y el resultado del mismo.

La revisión comprende el período que va desde Enero de 1970 a Junio de 1982.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

El archivo del Departamento de Oncología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuenta con 258 expedientes de pacientes que adolecían de cáncer de cuello uterino, clínicamente clasificados en estadio III. De los mismos se eliminaron los siguientes:

1. Casos inadecuadamente clasificados en estadio III.
2. Casos que se presentaron antes de el año de 1970, ya que los recursos terapéuticos con que se contaba hasta ese año eran menos efectivos que los actuales.
3. Casos que habían recibido tratamiento previo de cualquier tipo, brindado en otra institución.
4. Casos que no contaban con la documentación mínima para este estudio.

Una vez hecha la relación, la muestra obtenida fue de 112 casos, los cuales fueron estudiados de acuerdo a los siguientes parámetros.

1. Provincia de procedencia
2. Fecha de presentación al servicio, (año).

(\*) Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital San Felipe

3. Edad de las pacientes.
4. Edad de las pacientes al iniciar vida sexual
5. Paridad de las pacientes.
6. Síntoma principal que motivó su consulta.
7. Tipo histológico del tumor encontrado.
8. Clasificación clínica en IIIa o IIIb.
9. Tipo de tratamiento recibido.
10. Complicaciones provocadas por el tratamiento
11. Resultado del tratamiento, en relación a la presencia o ausencia de recidivas tumorales.

### DISCUSIÓN Y RESULTADOS:

- A. Distribución por año de los casos seleccionados.

TABLA No. 1

AÑO	PTES.	
	DETECTADOS	PORCENTAJE
1970	7	5.73o/o
1971	3	2.45o/o
1972	3	2.45o/o
1973	4	3.28o/o
1974	2	1.64o/o
1975	13	10.65o/o
1976	10	8.19o/o
1977	21	17.21o/o
1978	15	12.29o/o
1979	5	4.09o/o
1980	16	13.11o/o
1981	13	10.65o/o
1982	10	8.19o/o
TOTAL	122	100. o/o

Es notable el mayor número de casos detectados en los últimos seis años, que alcanza un monto total de 103 y que corresponde a un 84.42o/o de los casos. Dicho fenómeno puede ser explicado por la implementación de mejores sistemas de cobertura medica en Costa Rica.

#### B. Procedencia de las pacientes

TABLA No. 2

PROVINCIA	No. PTES.	PORCENTAJE
SAN JOSE	34	27.86 o/o
ALAJUELA	28	22.95 o/o
CARTAGO	10	8.19 o/o
HEREDIA	7	5.73 o/o
GUANACASTE	19	15.57 o/o
PUNTARENAS	9	7.37 o/o
LIMON	4	3.28 o/o
SIN DATOS EN EXP.	6	4.91 o/o
NICARAGUA	5	4.09 o/o
TOTAL	122	100. o/o

Cabe hacer notar que 62 de las 122 pacientes, que corresponde a un 50.8 lo/o de la muestra provenían de las provincias de San José y Alajuela, lo cual resulta lógico, teniendo en cuenta la ubicación de el Hospital México, así como también la antigüedad y excelentes vías de comunicación de ambas provincias.

#### C. Distribución de las pacientes por edad.

Como se puede notar tanto en la tabla No. 3 como en el gráfico No. 1, la gran mayoría de pacientes de la muestra tenían una edad que oscilaba entre los 36 y 75 años. (87.70o/o).

Solo 9 pacientes (7.37o/o) tenían menos de 35 años, lo cual mejora el pronóstico general del grupo, ya que en múltiples estudios se ha comprobado, que el cáncer de cervix tiene pero pronóstico en estas pacientes (20) (13). El porcentaje de pacientes de este grupo etario encontradas, es similar al observado con escrutinios previos practicados en Noruega, donde el cáncer de cervix avanzado en

TABLA No. 3

GRUPOS DE EDAD	No. PTES.	PORCENTAJE
20 - 25 AÑOS	2	1.64 o/o
26 - 30 AÑOS	1	0.81 o/o
31 - 35 AÑOS	6	4.91 o/o
36 - 40 AÑOS	11	9.01 o/o
41 - 45 AÑOS	15	12.29 o/o
46 - 50 AÑOS	13	10.65 o/o
51 - 55 AÑOS	15	12.29 o/o
56 - 60 AÑOS	13	10.65 o/o
61 - 65 AÑOS	18	14.75 o/o
66 - 70 AÑOS	10	8.19 o/o
71 - 75 AÑOS	12	9.83 o/o
76 - 80 AÑOS	1	0.81 o/o
81 - 85 AÑOS	4	3.28 o/o
86 - 90 AÑOS	0	0.00 o/o
91 - 95 AÑOS	1	0.81 o/o
TOTAL	122	

pacientes menores de 35 años tiene una frecuencia menor del 10o/o de la población y solo del 2 - 6o/o son menores de 30 años.

En nuestro estudio este último dato se limita a 3 pacientes, para un 2.45o/o del total.

Al fenómeno anterior no se le ha encontrado explicación, pero se señala la posibilidad de que la fase primaria del carcinoma de cervix puede ser más corta en la mujer joven. (1).

Por otro lado se presentaron 6 casos de pacientes mayores de 75 años (4.91o/o), cuyo manejo también puede dificultarse debido a condiciones físicas adecuadas para tolerar una terapia intensiva (16).

D. Edad de inicio de actividad sexual.

**TABLA No. 4**

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
12	1	0.81o/o
13	5	4.09o/o
14	4	3.28o/o
15	2	1.64o/o
16	8	6.55o/o
17	8	6.55o/o
18	7	5.73o/o
19	6	4.91o/o
20	4	3.28o/o
21	1	0.81o/o
22	4	3.28o/o
23	0	0.00o/o
24	1	0.81o/o
25 O MAS	2	1.64o/o
SIN DATOS	69	56.55o/o
TOTAL	122	100. o/o

Desgraciadamente, un 56.55o/o de nuestro grupo de estudio no presentaba este dato en los expedientes. Solo de un 43.45o/o se logró obtener la edad a la cual inició actividad sexual y como es obvio la gran mayoría lo hizo entre los 16 - 19 años, dato epidemiológico valioso ampliamente estudiado y que en diversas publicaciones se menciona como factor predisponente para el desarrollo de carcinoma cérvico uterino. Solo se encontró una paciente virgen.

E. Paridad de las pacientes (Tabla No. 5).

Nótese que 86 pacientes (70.49o/o tenían antecedentes de 4 o más embarazos y de estas, 57 señoras (46.72o/o) pueden clasificarse como grandes multiparas de acuerdo a criterios obstétricos bien establecidos. Ambos datos confirman en nuestro grupo de estudio, los datos epidemiológicos que al respecto existen y que apoyan el criterio de que la paridad elevada también juega un papel importante como factor predisponente para la aparición de esta neoplasia.

F. Síntomas que motivaron consulta médica. (Tabla No. 6).

Es evidente que el sistema que más consultas médicas motivó fue el sangrado (69.67o/o). Este mismo dato se encuentra en todos los textos de Oncología y Patología.

La magnitud del sangrado en los pocos casos que la detallaron varió desde manchas ocasionales a aquellos casos de sangrado crónico que determinaban la

**TABLA No. 5**

No. DE EMBARAZOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	4	3.28o/o
1 - 3	17	13.93o/o
4 - 6	29	23.77o/o
7 - 9	29	23.77o/o
10 - 12	16	13.11o/o
13 - 15	9	7.37o/o
16 - 18	1	0.81o/o
19 - 20	2	1.63o/o
NO ESTIPULADA	15	12.29o/o
TOTAL	122	100. o/o

**TABLA No. 6**

SINTOMA	No. PTES.	PORCENTAJE
SANGRADO GENITAL	85	69.67o/o
LEUCORREA	13	10.65o/o
DOLOR PELVICO	7	5.73o/o
SANGRADO POST COITO	5	4.08o/o
DOLOR REFERIDO A VAGINA	1	0.81o/o
DESCUBRIMIENTO RUTINA	1	0.81o/o
NO CONTEMPLADO	10	8.19o/o

aparición de cuadros de anemia severa. Solo 4 casos presentaron hemorragia aguda severa que amerito transfusiones sanguíneas urgentes, taponamientos vaginales etc. Llama la atención, el poco número de casos con esta cuantía de sangrado teniendo en cuenta lo avanzado de la invasión neoplásica y que en otros centros con mayores recursos, se ha llegado hasta ligadura de hipogástricas y más aún embolización de las mismas con el fin de hacer hemostasia (19).

Las pacientes que acudieron acusando hemorragia, generalmente presentaban áreas de necrosis e infección sobregregada al tumor, la gran mayoría de ellas, con vida sexual inactiva.

#### G. Tipo histológico del tumor.

TIPO HISTOLOGICO	No. PTES.	PORCENTAJE
EPIDERMOIDE	99	81.14o/o
ADENOCARCINOMA	2	1.63o/o
ADENOESCAMOSO	1	0.81o/o
NO ESPECIFICADO	20	16.39o/o
TOTAL	122	100. o/o

De las 102 pacientes cuyo tumor fue histológicamente estudiado 99 (97o/o) pertenecían al tipo epidermoide; 2 (1.97o/o) eran adenocarcinomas y 1 (0.98o/o) era a de no escamoso.

La anterior distribución porcentual no merece mayor discusión, puesto que se apega a los análisis de una gran cantidad de series, incluso con número mayor de pacientes (25). Afortunadamente la incidencia de adenocarcinoma es baja, ya que tiene un pronóstico mucho más pobre que el carcinoma epidermoide, con una sobrevida \$. 5 años de apenas 28.2o/o (17), en comparación con la sobrevida de carcinoma de células escamosas adecuadamente tratadas, que es de 43.5o/o en 5 años (2).

#### H. Clasificación de pacientes en estadio clínico IIIa, o IIIb.

Es preocupante, al menos en esta muestra el hecho de que la gran mayoría de pacientes pertenecían al grupo clasificado en estadio clínico IIIb, lo cual entre muchas cosas indica que aun las pacientes acuden en gran número en busca de asistencia mé-

CLASIFICACION	No. PTES.	PORCENTAJE
IIIa	20	16.39o/o
IIIb	82	67.22o/o
SIN CLASIFICACION a o b	20	16.39o/o
TOTAL	122	100. o/o

dica, cuando su problema presenta grandes limitaciones para su tratamiento y por ende con malos resultados globales en lo que a tolerancia a la terapia, respuesta a la misma, aparición de recidivas y mortalidad incluso contando con los medios para una linfadenectomía pélvica transperitoneal, seguida de irradiación con supervoltaje, existe una gran cantidad de fallas y se asocia con una alta morbimortalidad durante el tratamiento, sobre todo de origen quirúrgico. En las mejores condiciones, los resultados óptimos han sido de una supervivencia a 5 años de 35 a 45o/o para el IIIb (16), no así para el IIIa que tiene una sobrevida de 50o/o (18).

#### I. TRATAMIENTO

Nótese que falta 1 paciente para completar el número global de 122. La paciente abandonó el servicio sin ser sometida a terapia alguna.

Es evidente que las pacientes con estadio clínico IIIb, en su mayoría solo pudieron recibir terapia externa y que desgraciadamente se tuvieron muy pocos casos tipificados IIIa para poder hacer una evaluación significativa de las facilidades que dieron para completar el protocolo de manejo.

Afortunadamente los dos casos de carcinoma, cla-

ESTADIO	TERAPIA EXTERNA	TERAPIA EXT RADIUM	PORCENTAJE
E. CLINICO IIIa	9	11	16.39o/o
E. CLINICO IIIb	52	30	67.22o/o
SIN CLASIF. a - b	6	14	16.39o/o
TOTAL	67	55	99.2 o/o

sificados en estadio IIIb pudieron recibir la doble terapia, no así el adenoescamoso que a pesar de ha-

ber sido clasificado en estadio clínico IIIa, solo pudo recibir la terapia externa

El grupo usado para la terapia externa fue una unidad de Co-60 Theratron - 80.

J. Recidivas tumorales.

Se estudiaron las recidivas tumorales post tratamiento en base a:

1. Clasificación A o B. 2.- Tratamiento recibido.

I. Estadio Clínico IIIa — Del total de este grupo se controlaron 18 pacientes.

Pacientes con Estadio Clínico IIIa sin recidivas.

TABLA No. 10

PERIODO	No. PTES.	PORCENTAJE
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	4	22.22o/o
6 - 12 MESES	1	5.55o/o
2 - 4 AÑOS	2	11.10o/o
5 - 7 AÑOS	5	33.32o/o
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	12	66.66o/o

Pacientes con Estadio Clínico IIIa con recidivas.

TABLA No. 11

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADC
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	2	11.10o/o
6 - 12 MESES	3	16.65o/o
2 - 4 AÑOS	0	0
5 - 7 AÑOS	1	5.55o/o
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	6	33.33o/o

II.) Estadio Clínico IIIb — se lograron controlar solo 64 de las 82 pacientes, ya que 7 fueron remitidas a otro y 11 se perdieron voluntariamente de control.

TABLA No. 12

Pacientes con estadio clínico IIIb sin recidivas

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS DE 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	9	14.04o/o
6 - 12 MESES	10	15.60o/o
2 - 4 AÑOS	11	17.16o/o
5 - 7 AÑOS	9	14.04o/o
8 - 10 AÑOS	4	6.24o/o
11 - 13 AÑOS	2	3.12o/o
TOTAL	45	70.20o/o

TABLA No. 13

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
SIN RESPUESTA	4	6.24o/o
MENOS 3 MESES	3	4.68o/o
3 - 6 MESES	3	4.68o/o
6 - 12 MESES	5	7.80o/o
2 - 4 AÑOS	4	6.24o/o
5 - 5 AÑOS	0	0
8 - 10 AÑOS	0	0
11 - 13 AÑOS	0	0
TOTAL	19	29.08o/o

Es evidente que al menos en este grupo no se encontró evidencia de que el estadio clínico fuera determinante en la aparición de recidivas tumorales. En la literatura revisada no encontramos evidencia de trabajo similar usando las recidivas locales y no la mortalidad como referencia.

Una vez comprobado en esta muestra la clasificación en Illa o Illb no afectaba significativamente el resultado final del tratamiento, procedemos a valorar las necesidades en relación al tipo de tratamiento recibido.

Período sin recidivas con terapia externa sola

TABLA No. 14

PERIODO	No. PATES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	11	13.41 o/o
6 - 12 MESES	9	10.97 o/o
2 - 4 AÑOS	6	7.31 o/o
5 - 7 AÑOS	5	6.09 o/o
8 - 10 AÑOS	2	2.43 o/o
11 - 13 AÑOS	1	1.21 o/o
TOTAL	34	41.46 o/o

Período sin recidiva con terapia externa y radium.

TABLA No. 15

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	0	0
3 - 6 MESES	3	3.65 o/o
6 - 12 MESES	6	7.31 o/o
2 - 4 AÑOS	12	14.63 o/o
5 - 7 AÑOS	9	10.97 o/o
8 - 10 AÑOS	3	3.65 o/o
11 - 13 AÑOS	3	3.65 o/o
TOTAL	36	43.86 o/o

Llama poderosamente la atención el hecho de que no existen en forma global diferencias significativas en el número total y porcentual de pacientes sin recidivas, entre las dos modalidades terapéuticas.

Sin embargo si es notable el hecho de que en las pacientes tratadas solo con terapia externa únicamente 14 estaban libres de recidiva en un período de 2 años o más (17.07o/o). En cambio 27 pacientes manejadas con terapia combinada no tenían recidiva tumoral (32.92o/o) lo cual confirma la utilidad y ventajas de terapia combinada

Recidiva en pacientes tratadas solo con terapia externa.

TABLA No. 16

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
SIN RESPUESTA	4	4.87 o/o
MENOS 3 MESES	1	1.21 o/o
3 - 6 MESES	4	4.87 o/o
6 - 12 MESES	8	9.75 o/o
2 - 4 AÑOS	1	1.21 o/o
5 - 7 AÑOS	—	
8 - 10 AÑOS		
TOTAL	18	21.95 o/o

Recidiva en pacientes tratadas con terapia externa \* radium.

TABLA No. 17

PERIODO	No. PTES.	o/o PACIENTES CONTROLADAS
MENOS 3 MESES	1	1.21 o/o
3 - 6 MESES	5	6.05 o/o
6 - 12 MESES	5	6.05 o/o
2 - 4 AÑOS	3	3.63 o/o
5 - 7 AÑOS	1	1.21 o/o
TOTAL	15	18.15 o/o

En ambos grupos de pacientes las recidivas tumorales se presentaban en su gran mayoría, en el primer año después del tratamiento incluyendo aquellas que no presentaban respuesta al mismo, lo cual está de acuerdo con los trabajos de Sampolins del M. D. Anderson que afirma que el 94o/o de las fallas centrales y regionales del tratamiento ocurren antes de cumplir los primeros 3 años. (18). Analizando los resultados globales, 52 pacientes fueron tratadas solo con terapia externa, de las cuales 18 presentaron recidivas (34.61o/o). Del mismo modo 51 pacientes fueron tratadas con terapia externa y radium, de las cuales solo 15 presentaron recidiva (29.4o/o). Sin embargo individualizando el período de tiempo libre de actividad tumoral, este fue mucho mayor en el grupo de pacientes tratadas con terapia externa y radium.

Es difícil determinar en estos casos, la causa de fallas en el tratamiento, pero está demostrado que tanto las residivas centrales como parametriales, son más frecuentes ante la presencia de enfermedad masiva. (16).

Se reportaron dentro de las recidivas, un caso con metástasis pulmonares, que fue sometida luego a quimioterapia, con resultados poco alentadores, hecho que ha sido encontrado en estudios experimentales, en los cuales se ha llegado a hacer asociaciones enormes de quimioterápicos, que para ser efectivas, se acompañan de una alta e inaceptable incidencia de efectos colaterales. (10) (8).

Solo el doctor Baker y Cols, del Southwest Oncology Group ensayando un régimen con mitomicina C, vincristina y bleomicina, logró una respuesta de 45o/o, la más alta obtenida hasta hoy, en los que a involución tumor se refiere, no reporta en su publicación el estudio de control posterior, aunque se señala gran cantidad de efectos indeseables de las drogas usadas. (4).

#### K. Complicaciones post terapia por radiación.

El tratamiento curativo de tumores malignos, siempre implica un riesgo de complicaciones serias de los órganos en su inmediata variedad. La vejiga y los intestinos son los órganos más afectados por el tratamiento radiológico del carcinoma de cérvix. (12).

#### Pacientes tratados con terapia externa.

De 67 pacientes tratadas con terapia externa únicamente un 22.4o/o presentó complicaciones, de las cuales la mayoría consistieron en proctitis y cistitis de grado I—II de la clasificación de Bosh y Frias (3). Acusan escasos periodos o un solo período de hematuria o proctorragia espaciados a largos intervalos.

TABLA No. 18

COMPLICACION	No. Pte.	o/o PACIENTES TRATADAS
PROCTITIS	7	10.4 o/o
CISTITIS	4	6. o/o
FISTULA VESICOVAGINAL	2	3. o/o
DOLOR PELVICO CRONICO	2	3. o/o
TOTAL	15	22.4 o/o

Pacientes tratadas con terapia externa y radium.

TABLA No. 19

COMPLICACIONES	No. PTES.	o/o PACIENTES TRATADAS
PROCTITIS	10	18.18 o/o
CISTITIS	6	10.86 o/o
DOLOR PELVICO CRONICO	5	9.05 o/o
FISTULA VESICO VAGINAL	1	1.81 o/o
TOTAL	22	

De 55 pacientes, 22 presentaron complicaciones (40o/o) siendo en este grupo al igual que en el primero, proctitis la complicación más frecuente y registró mayor gravedad que en las pacientes afectadas solo por terapia externa, debiendo practicarse 4 colostomías derivativas.

En resumen de 122 pacientes tratadas, 37 presentaron secuelas por el tratamiento o sea en porcentaje de complicaciones de 30.3o/o siendo la mayoría de menor gravedad.

## CONCLUSIONES:

1. Los elementos epidemiológicos del cáncer cérvico-uterino mencionados en diversas publicaciones a nivel mundial, son valederas para las pacientes controladas en el Hospital Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social de San José de Costa Rica.
2. Todavía existe un alto número de pacientes, que pese a conocer la gravedad de su problema, abandonan el control hospitalario, evadiendo aún los sistemas de Trabajo Social que pretenden eliminar dicha disensión.
3. Aunque en el presente estudio no se encontró diferencia en la evolución de las pacientes tratadas clasificadas como estadio clínico IIIa y la ele las pacientes clasificadas como estadio clínico IIIb es conveniente insistir que dicha clasificación no sea omitida.
4. No existe en este estudio diferencia estadísticamente significativa entre el número de pacientes que presentaron recidiva en relación a la modalidad de terapia empleada
5. Sin embargo es evidente que el período libre de recidiva es mucho mayor en aquellos pacientes que logren el beneficio de terapia con radium.
6. Escaso número de pacientes se manejó con quimioterapia pero un protocolo de tratamiento, con fines de estudio podría ser empleado en pacientes con recidiva y cuyo estado general lo permita, de esa manera se podría elaborar una casuística propia de la institución.
7. El porcentaje de complicaciones post radiación sugieren un patrón similar al observado en otras revisiones en cuanto al tipo, localización y severidad de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anello, C. U.S. Trends in mortality from carcinoma of cervix. *Lancet*. May 12, 1977. pag. 1038.
- 2.- Beecham, Clayton; Beiler, David. Treatment of cervical carcinoma, *AM. J. Obstet Gynecol.* Vol. 124 No. 3, pag. 281 - 285.
- 3.- Bosh, Antonio; Frías Zeneida Complications after Radiation therapy for cervical carcinoma *Acta Radiológica (therapy) Physics biology* 16 (1977) Fase 1 February.
- 4.- Baker, Laurence; Oipari, Michael; Willson, Henry Mitomycine, Vincristine, and Bleomycine Therapy for advanced cervical cáncer, *Obstetric and Gynecology.* Vol. 52 No. 2. August 1978.
- 5.- Blither, James G. etal Bony metastases from carcinoma of cervix. *Ocurrence, Diagnoses on treatment.* *Cáncer* 36 - 475 - 484, 1975.
- 6.- Cáncer of the uterus and ovary. *The University of Texas M.D. Anderson Hospital, Year Book Medical Publishers* 1969, pag. 183, 216, 296, 338.
- 7.- Elsworth, H. Charles; Condori, Jaime; Salí, Sanford. Metastases to the pericardium from squamous cell carcinoma of the cervix. *A.M.J. Obstet Gynecol.* Vol. 129. No. 3, October 1, 1977.
- 8.- Forney, John P. Morrow, C. Paul et al. Seven drug polichemotherapy in the treatment of advanced and recurrent squamous carcinoma of the femaie genital tract *A.M. J. Obstet, Gynecol,* Vol. 123. No. 7. pag. (748-52) December 1, 1975.
- 9.- Giver, Fred T. M.D. et al. Cooperative, approach to the treatment of cervical cáncer *Obstetric and Gynecology* 52 (4): 470 - 74. 1979.
10. Guthrie, D. MB. The use adriamyeine and methotrexate in carcinoma of cervix. *Obstetrics and Oncology.* Vol. 52 September 1978.
11. Hillesma V.J. MD. et al. Carcinoma of the uterine cervix stage III, A report of 311 cases *Gynecology- Oncology,* 11 (175) april 1981
12. Johnsson J. E. Bladder and intestinal injuries following radiation therapy of carcinoma uterine cervix. *Acta radiológica Therapy Physics Biology* 15 (1976) Fase 6, december 1975.
13. Kjorstad, Kjell. Carcinoma of the cervix in the young patient. *Obstetrics and Gynecology,* Vol. 50, No. 1. July 1977.
14. Korhonem, M.O. MD. Epidemiological diferences between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix *Gynecology Oncology* 10 (3) 312 - 17, December 1980.
15. Me. Lennan, Margaret, T. Me. Lennan Charles. Significance of cervicovaginal cytology after radiation therapy for cervical carcinoma *A.M. J. Obstetrics Gynecology.* Vol. 121, No. 1. pag. 96-100- January 1, 1975.

16. Prempre, Thongbliew and Scott, Ralh M. Treatment of stage Illb carcinoma of cervix, cáncer 42. 1105-1113. 1978.
17. Ruthedge F.N. et al. Adenocarcinoma of the uterine cervix AM. J. Obstet Gynecol. Vol. 122. No. 2, pag. 236-245. May 15.
18. Jampoles, Samuel M.D. Andras, James and Vilberth H. Fletcher M.D. analysis of sites and causes of failures of irradiation in invasive squamous cell carcinoma of the intact uterine cervix. Therapeutic Radiology 115: 681 85-June 1975.
19. Smith, Douglas C. and Wyatt, James F. Embolization of the Hypogastric arterias in the control of massive vaginal hemorrhage. Obstetrics Gynecology, Vol. 49, No. 3, March. 1977.
20. Stanhope, Robert; Carcinoma of cervix. The **effict** of age on survival. Gynecology Oncology, 10 (188)—193 1981.
21. Van Nogell, J.R. MD. et al. The effict of pelvic inflammatory disease on enteric complication fallowing radiation therapy for cervical cáncer. AM. J. Obstet Ginecol 128: 767, 1977.
22. Weimer, Seymour MD. and Wizemberg, Morris. Treatment of primary adenocarcinoma of the cervix cáncer. Vol. 35, 1514 - 1517, June 1975.
23. Yul, Robert. Mortality from carcinoma of the cervix. The Lancet. May 13, 1978, pag. 1031 ■ 1032.
24. Tratamiento del cáncer avanzado en mujeres desespe ranzadas, Clínicas Obstétricas y Oncológicas. Julio 1976, pag. 419-421.
25. Van Nageel J.R. MD. et al. The pronostic significance of the cell type and lesión site patients with cervical cáncer treated by radical surgeri, Gynecology Oncology 5, (142-50) 1981,