

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Por:

Dr. Sergio Santana Rodríguez¹, Dr. Luis Estévez Cobo² y Dra. Ileana Gómez Delgado²

1. Especialista de II Grado en Oncología. Asistente. ISCM-VC. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Oncología. Asistente. ISCM-VC. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO

Subject headings:

CERVIX NEOPLASMS

Las neoplasias malignas del aparato reproductor femenino tienen, desde el punto de vista histológico, orígenes y comportamientos de acuerdo con los sitios anatómicos establecidos mundialmente por el comité internacional contra el cáncer (VICC). El cáncer de cuello de útero es uno de los más comunes en la mujer; su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta décadas de la vida, y existen en su origen factores de riesgo que favorecen la iniciación del mismo, tales como: las relaciones sexuales antes de los dieciocho años, el hábito de fumar, varias parejas sexuales y la falta de protección sexual^{1,2}. Se ha demostrado que el virus del papiloma humano (HPV) constituye un factor causal importante, y que participa en la iniciación y progresión de la enfermedad; existen más de 100 subtipos virales de HPV, pero el 16 y el 18 provocan el 70 % del cáncer cervical³.

El cáncer de cuello es uno de los pocos que presenta una etapa premaligna bien definida, llamada displasia, que va desde leve(I) a moderada(II) y severa(III); si estas son tratadas adecuadamente, puede evitarse el mismo. Además, existen pruebas sencillas para su detección precoz, como la prueba citológica vaginal, de bajo costo y alta eficacia. Desde el punto de vista histológico, existen dos subtipos fundamentales⁵⁻⁷: el carcinoma de células escamosas (epidermoide), con un 80-85 %, que se origina en el epitelio del exocérvix, y el adenocarcinoma (15-20 %), que se inicia en las glándulas del canal endocervical⁸. Para establecer el diagnóstico, se procede de diferentes formas: prueba citológica positiva, con colposcopia y toma de biopsia dirigida a zonas sospechosas del cérvix, conización del mismo en citodiagnóstico positivo sin zonas sospechosas, y biopsia por ponchamiento en las lesiones visibles a la inspección, en consulta. Una vez confirmado el diagnóstico mediante los procedimientos mencionados, se realizan exámenes complementarios para precisar el estadiamiento: hemograma, creatinina, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal y ginecológico, cistoscopia, para lograr establecer las etapas clínicas (I, II, III, IV) según criterios internacionales adoptados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La diseminación del tumor ocurre a través de los vasos linfáticos paracervicales, hasta el parametrio, los ganglios pélvicos y paraórticos. Esta vía, denominada linfática, es la principal; existe otra, que es por invasión directa a la vagina, vejiga, recto, y una tercera, poco frecuente, que es a distancia y por vía hematogena, a pulmón, huesos, hígado, entre otros^{1,3}. El tratamiento de esta enfermedad es la intervención quirúrgica para las etapas tempranas y bien identificadas (hasta Ib1), y la

radioterapia, que es el de elección para todas las etapas. Esta última modalidad se divide en: radiaciones externas (teleterapia) y radiaciones internas (braquiterapia); en las últimas décadas, se ha asociado a estas la quimioterapia concurrente con platino, con muy buenos resultados. Existen también factores pronósticos de gran importancia, como: la cifra de hemoglobina al momento del diagnóstico (por encima de 10 g %), tamaño tumoral (menor de 4 cm), mujer joven, variedad histológica (epidermoide bien diferenciado), que predicen mejores comportamiento y resultados en la supervivencia⁹. En el hospital "Celestino Hernández Robau", la especialidad de Oncología cuenta con un servicio de Ginecología Oncológica que recibe a pacientes de las provincias centrales: Cienfuegos, Sancti Spiritus y Villa Clara. Durante el período comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 2000, fueron atendidas 482 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma de cuello de útero; se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, donde se comprobó que la edad de mayor incidencia fue la del grupo etario de 30 a 39 años (tasa de 57,1) y de 40 a 49 años (tasa de 38,8); la variedad histológica que predominó fue el carcinoma epidermoide *in situ* (etapa 0 = 50 %) y los carcinomas epidermoides que representaron 45,8 %. Los elementos diagnósticos más relevantes fueron: la prueba citológica alterada (50,6 %) y el sangrado vaginal (39,6 %). Respecto al tratamiento recibido, la radioterapia representó 49,4 % y la cirugía 56,4 % (para carcinoma *in situ*). Se presentaron 15 pacientes con complicaciones inmediatas, en cinco fueron mediatas y en 40, tardías, que fueron: sangrado posquirúrgico, proctitis y fístulas vesicovaginales, respectivamente.

La sobrevida fue de 100 % en las etapas 0 y 1; 77 % en la Ib; 78 % en la IIa; 52,1 % en la IIb; 58,6% en la IIIa; 53,3 % en la IIIb y 30% en la etapa IV.

No coincidimos con los resultados de otros autores que encontraron en las etapas IIb 70 %, en la III 45 % y en la IV, menos de 15 %¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2006. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
2. Sociedad Americana del Cáncer. Prevención y factores de riesgo. Cáncer de cuello de útero. [monografía en Internet]. Atlanta: 2005 [citado 12 Feb 2006]. Disponible en: <http://www.cancer.org/prevencion.htm>
3. Howley PM, Ganer D, Kieff E. Etiology of cancer: viruses. In: de Vita VT, Hellman S, Rosenberg H, editors. Cancer: principles and practice of oncology vol.2. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
4. Marzo Castillejo M, Pequero P, del Cura González T. Prevención y tratamiento del cáncer de cerviz. Aten Primaria. 2005;36(6):328-33.
5. Citología de cerviz o test de Papanicolaou. Htm Fisternalom. Atención primaria en la red; 2006.
6. Adab P, Mc Ghee SM, Yanova J. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. Med Care. 2004;42(6):600-9.
7. Sankila R, Demeret E, Hakama M, Parkin M. Evaluation and monitoring of screening Programaciones. Gac Sanit. 2006 Nov;16(6):5.
8. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Normas de diagnóstico y tratamiento de oncología. La Habana: INOR; 2000.
9. National Cancer Institute. Cáncer de cuello uterino (POQ): tratamiento [monografía en Internet]. 2005 [citado 12 Feb 2006]. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/cuellouterino.html>
10. Health Advisor. Cáncer de cuello de útero (cervical cáncer). Mc Kesson Corporation; 2005.