

MANEJO DEL CANCER CERVICOUTERINO EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. I-I-1.980 a 30-IX-1.986.

Dra. Rosario Albuja Oquendo
Dra. Alicia Villavicencio Bucheli

INTRODUCCION

En el vasto campo de la patología tumoral, va cobrando mayor interés y envergadura el estudio de las etapas subclínicas de la enfermedad. Ello obedece a que esta patología comienza siendo local para convertirse en una enfermedad generalizada y mientras más precoz es su diagnóstico, mayores posibilidades tenemos de curarlo o de aumentar la supervivencia de las pacientes.

Debido a procedimientos quimioterápicos, actinoterápicos, quirúrgicos, etc. que la ciencia ha puesto en nuestras manos y que se espera contar en el futuro con técnicas más promisorias, pese a ello, en todas partes del mundo, inclusive en países muy desarrollados las mujeres siguen muriendo de cáncer, particularmente de mama y de cérvix. Se considera que por cada 1.000 mujeres hay una que padece de cáncer cervical en su etapa intraepitelial. Es precisamente en esta población supuesta sana y no en el grupo de cancerosas avanzadas, donde hay que encontrar la solución al problema.

Se ha dicho que en materia de cáncer, el comienzo de la sintomatología representa el comienzo de la incurabilidad y así suele ocurrir porque el proceso neoplásico lamentablemente en etapa inicial es asintomático. En todos los países del mundo, en unos más, en otros menos, de acuerdo a su cultura y capacidad económicas, se vienen implementando campañas de rastreo

* Departamento de Patología, Hospital Enrique C. Sotomayor.

masivo del cáncer particularmente de la neoplasia Cérvico-uterina y de mama tratando de dar particular atención a las etapas muy tempranas de la enfermedad que son las susceptibles de curación y tratamiento poco mutilantes.

Amplias estadísticas permiten afirmar de manera rotunda y concluyente que el "cáncer es una dolencia curable, a condición de que sea descubierta y tratada a tiempo; de ahí la importancia que ha cobrado en todos los países del mundo. En lo que concierne a la detección del cáncer cérvico-uterino, se está dando particular atención a las neoplasias intraepiteliales cuyo máximo exponente sería el Ca in situ llamado también grado 0". "El cuello uterino es uno de los órganos de más fácil accesibilidad ha sido denominado el vivero de la investigación cancerológica".

GENERALIDADES

En el origen del Ca de cuello uterino se consideran dos aspectos fundamentales en relación a la frecuencia de la enfermedad y la conducta sexual del hombre y la mujer para considerarlo como un tipo de enfermedad venérea y una correlación con la clase socioeconómica cuya mortalidad aumenta cuando el varón reside en clase social más baja.

EPIDEMIOLOGIA

En cuanto a estudios epidemiológicos se ha comprobado la existencia de un agente viral transmisible y su capacidad demostrable de transformar células in vitro in vivo. Se ha encontrado un componente del espermatozoide como carcinógeno o cocarcinógeno. Se ha admitido que el virus HPV es importante en carcinogénesis genital y subtipos HPV 16 y 18 de alto riesgo y HPV 6, 10 y 11 de bajo riesgo.

En lo que respecta a los tumores malignos del cuello uterino, apenas si cabe duda de que las profundas modificaciones que experimenta el órgano a lo largo de la vida genital, predisponen al desarrollo neoplásico entre los que se encuentran paridad, iniciación precoz de las relaciones sexuales, circuncisión y esmegma, raza, factores socioeconómicos, ambientales, étnicos.

IMPORTANCIA DE LA INFECCION TRICOMONIASICA

Sobre los epitelios cervicales hay correlación positiva entre displasias y carcinoma in situ. Se encontró mayor frecuencia entre las lesiones displásicas y carcinomatosas incipientes en enfermas parasitadas con tricomonas.

ESTROGENOS Y CANCER

Se ha comprobado que no basta con efectuar tratamientos con dosis largas de hormonas sino que es imprescindible la predisposición genética y cuando falta ésta no se observa ninguna influencia que favorezca la aparición de tumores.

CLINICA Y FRECUENCIA

En los caracteres clínicos, el Ca cervical es al principio "Silencioso, no duele, no sangra, no adelgaza."

La metrorragia es un síntoma tardío que se produce por lesión neoplásica de los pequeños vasos del corion y revela el principio de la fase invasora. La leucorrea no se considera en absoluto como signo de Ca cervical, ni es precoz ni característica ni a veces siquiera motivada por la lesión maligna.

Dolor causa el ocaso del proceso, por lo tanto su aparición, no sirve más que para pronosticar la muerte. Síntomas precoces o primeros síntomas reveladores muchas veces da una lesión ya avanzada, por eso da reducidas perspectivas de curación.

"Esperar para establecer el diagnóstico a que el Ca se manifieste de una u otra forma, es índice de pobreza clínica y de absoluto desconocimiento de las posibilidades terapéuticas."

FRECUENCIA

De acuerdo a estadísticas varía entre 3,5 y 19,5 del total de las neoplasias.

EDAD MEDIA DE PRESENTACION

En la quinta década de la vida 47,8 y 52 años. El epiteloma in situ en grupos jóvenes entre 30 y 45 años. Edad media entre 37,7 y 43,5 años en caso de Ca in situ y entre 45,4 y 51,2 en Ca invasor.

TRATAMIENTO

La mujer joven que adolece de displacia debe ser vigilada por colposcopia y citología y una vez establecido el diagnóstico de neoplasia intraepitelial CINI - CINII puede ser sometida a destrucción local de todo el epitelio por diversos sistemas de *criocirugía*, diatermia, electrocoagulación, destrucción por rayos Laser y en algunos casos conización o Histerectomía simple cuando se trata de Ca in situ.

Cuando se trata de Ca invasor se la valora clínicamente de acuerdo a la clasificación de la FIGO y cuando se trata de Ca invasor circunscrito a cérvix se somete a Histerectomía radical con linfadenectomía bilateral.

En estadios más avanzados se remite a Solca para su tratamiento.

El concepto de carcinoma microinvasor en la actualidad se lo considera cuando hay invasión de estroma menor de 1 mm y más y debe ser tratado por cirugía radical.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio se realizó en pacientes que acuden a consulta externa y sala del Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Los datos estadísticos fueron tomados del departamento de patología desde Enero 1o. de 1980 hasta 30 de Septiembre de 1986; fueron pacientes a las que se les realizaron exámenes de Papanicolau rutinario teniendo en orden de frecuencia:

1.-	Pap. GII:	47.428
2.-	Pap. GI:	2.593
3.-	Pap. GIII A:	189
4.-	Pap. GIII B:	110
5.-	Pap. GV:	110
6.-	Pap. GIV:	54

Por cuanto debe determinarse con absoluta precisión si se trata de neoplasias intraepiteliales o carcinomas invasores y para ello se realizaron métodos como examen histológico, biopsia selectiva o estudios de biopsia por conización. Se seleccionaron para nuestro estudio los Pap. GIII, IV y V por considerarse que son los que derivan más patología maligna, los mismos que se relacionaron con biopsia, las que al final confirmaron en muchos casos su primer diagnóstico o descartaron su malignidad relativa. Pero es de anotar que en estos buscados, la mayor parte solamente tenían Citología sin biopsia y otras solo biopsias sin citología, ya sea porque uno de los exámenes fue definitivo para el diagnóstico o porque abandonó la consulta o se derivó a otro hospital.

La conización en la mayoría de los casos fueron realizados para efectuar estudios en los casos neoplasia intraepitelial. Las biopsias tomadas de la mayor parte de conizaciones para realizar investigación, sirvieron de tratamiento en el CIN. En las pacientes con carcinoma invasor se entra a valorar el cuadro clínico de acuerdo a la clasificación de la FIGO y grados más avanzados son remitidos al Hospital de Solca para su respectivo tratamiento.

RESULTADOS

Se realizaron estudios citológicos durante 6 años que arrojaron los siguientes datos:

117 correspondientes a Pap GIII A; 91a GIII b; 75 a Pap GV; y 42 a GIV. De estos hallazgos tenemos que el GIIIA, afectó en primer lugar a mayor número de pacientes en

1980, disminuyendo gradualmente hasta que en 1986 se redujo a la mitad. El GIII B en 1980 comenzó con 4 pacientes para ir aumentando y prácticamente en 1986 se multiplicó la cifra a 18.

El G V ocupa el tercer lugar en la casuística con un total de 75 pacientes comenzando en 1980 con 6 pacientes, aumentando en años intermedios y en 1986 volviendo a su cifra inicial de 6 pacientes.

En último lugar tenemos Pap GIV, es el de más baja incidencia con un total de 42 pacientes comenzando en 1980 con 8 casos y manteniendo su nivel a la larga de todos los años con ligeras variaciones hasta 1986 con 6 pacientes.

En cuanto a las biopsias podemos decir en los resultados obtenidos:

CIN I 17; CINII 17; prácticamente las mismas cifras se han mantenido en los primeros años, con ligeras variaciones y aumenta paulatinamente en los últimos tres años. En cuanto a CIN III 77 y Ca G IB 176, lo que constituye un dato negativo debido a que el Ca G IB ha triplicado los niveles de malignidad, comparado con el CIN III que ha afectado a menor número de pacientes.

En cuanto al tratamiento realizado tenemos: 48 conizaciones, 31 Histerectomías simples y 56 Histerectomías radicales. Lo cual se correlaciona comparativamente con los resultados obtenidos y tenemos que se realizaron mayor número de histerectomías radicales que correspondieron a Ca G IB y 48 conizaciones que están entre las pacientes que presentaron Pap G III en mayor número y G IV y V en último lugar; 31 histerectomías simples correspondieron a su mayor número a CIN II y III.

En cuanto a la edad promedio entre todas las pacientes tenemos que fluctúa alrededor de los 31 años, mujeres jóvenes, que lamentablemente a esta edad ya están condenadas a morir irremediablemente a largo o corto plazo, según con la premura que se llegue a detectar el caso y se aplique el tratamiento oportuno.

DISCUSIONES

En el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor se hace la detección oportuna del cáncer cervicouterino en forma masiva mediante citología (Papanicolau). A partir de la citología grado III las pacientes son cuidadosamente valoradas mediante nuevas citologías, biopsia si es que hay lesión cervical visible o biopsia por conización ante la falta de lesión macroscópica. Por otra parte en las lesiones cervicales macroscópicas se procede a la toma directa de biopsia por sacabocado.

En los casos de CIN I se efectúan varias tomas citológicas y paralelamente a esto se hace tratamiento causal volviéndose a valorar el resultado en nueva citología. Si las anomalías citológicas persisten, la paciente es sometida a conización tanto para estudio histológico y que sirve al mismo tiempo de tratamiento en caso de confirmar la lesión que esté incluida entre CIN I - CIN II - CIN III. En el hospital no efectuamos destrucción total del epitelio cervical para tratamiento de los casos de CIN I o CIN II por cuanto no contamos con un cirujano que tenga la suficiente experiencia en colposcopia que es lo mandatorio para este tipo de tratamiento.

Cuando por estudio histológico mediante muestras tomadas por conización se comprueban lesiones de CIN III denominadas también Carcinoma grado 0 o Carcinoma in Situ se procede de la siguiente forma: Si la paciente es joven y manifiesta su deseo de tener familia después de la conización se mantienen controles de citología primero cada tres meses durante los dos

primeros años del postoperatorio y luego cada seis meses. Si la paciente es premenopáusicas o menopáusicas o se ha completado su número adecuado de hijos se procede a la Histerectomía simple abdominal. En cuanto a los cánceres invasores, en el Hospital se somete a Histerectomía radical con linfadenectomía bilateral que incluyen los ganglios para — aórtico y para — cava, además de los ganglios pélvicos.

En carcinomas invasores de grado mayor al primero de la clasificación clínica de la FIGO son remitidos a Solca para su tratamiento.

De acuerdo a los parámetros de este hospital se considera carcinoma microinvasor cuando la invasión al estroma es menor a 1mm. Cuando la invasión al estroma es de 1mm y más, se considera invasor.

A las pacientes sometidas a Histerectomía radical se les efectúa talla vesical para proceder a un mejoramiento de las vías urinarias.

El promedio de hospitalización de estas pacientes es de 15 días. Previa a la operación, son valoradas con pruebas sanguíneas, de orina, urograma excretorio, electrocardiograma y se tienen listas por lo menos cuatro pintas de sangre con las correspondientes pruebas de laboratorio para ser transfundidas a las pacientes en caso necesario. Se cita a las pacientes para controles periódicos.

Vale destacar que a partir de este año el hospital abre el laboratorio de Colposcopia, lo que nos permitirá contar con el apoyo de este recurso técnico y en el futuro se tomarán decisiones con menos conizaciones.

TABLA I

CITOLOGIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GINECO - OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA I-I-80 a 30-IX-86.

AÑOS	Pap I	Pap II	Pap IIIA	Pap III B	Pap IV	Pap V	Total
1980	142	6.590	66	15	18	17	6.848
1981	357	6.209	21	18	7	16	6.628
1982	497	8.137	17	18	6	12	8.687
1983	304	7.307	8	13	9	18	7.659
1984	348	6.699	38	18	8	21	7.124
1985	521	8.284	19	18	9	18	8.869
1986	424	4.402	20	10	7	8	4.871
Total	2.593	47.428	189	110	57	110	50.686

TABLA II

CITOLOGIAS REALIZADAS EN GRUPO DE PACIENTES SELECCIONADAS CON PAP G III- IV-V. EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL GINECO - OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" I-I-80 a 30-IX-86.

AÑOS	III A	III B	IV	V
1980	32	4	8	6
1981	18	16	5	11
1982	12	14	6	8
1983	1	8	3	10
1984	20	18	7	18
1985	19	13	7	18
1986	15	18	6	6
Total	117	91	42	75

TABLA III

BIOPSIAS REALIZADAS EN GRUPO DE PACIENTES SELECCIONADAS CON CIN I—CIN II— CIN III CA GIB EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL GINECO — OBSTETRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”. I—I-80 a 30 — IX — 86.

AÑOS	CIN I	CIN II	CIN III	CA G IB
1980	2	2	6	33
1981	2	2	7	15
1982	0	1	8	23
1983	0	1	8	26
1984	3	3	22	25
1985	9	4	15	33
1986	1	4	2	21
Total	17	17	77	176

TABLA IV

TRATAMIENTO APLICADO A GRUPO DE PACIENTES SELECCIONADAS RELACIONANDO CITOLOGIAS Y BIOPSIAS REALIZADO EN EL HOSPITAL GINECO — OBSTETRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”. I—I-80 a 30—IX—86.

AÑOS	CA IN	SITU	G IB	EDAD PROMEDIO
	CONIZA- CION	HISTER. SIMPLE	HISTER. RADICAL	
1980	3	6	12	33
1981	2	1	2	28
1982	2	4	10	35
1983	1	4	10	29
1984	13	6	7	29
1985	21	8	9	33
1986	6	2	6	32
Total	48	31	56	31