

Cáncer de cuello uterino. presentación de un caso

Cervix cancer. Case presentation

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo; Dra. Roysi Valladares Lorenzo; Dra. Odalys Durruthy Wilson; Dr. Pedro Cardoso Rodríguez

Hospital Docente Ginec Obstétrico Ana Betacourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se informa de una paciente con diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado, infiltrante de cuello uterino, en estadio II B que desarrolla infiltración a órganos vecinos en un período de ocho meses. Se le aplicó tratamiento radiante con un total de 36Gg, lo abandona durante tres meses y regresa con empeoramiento de su cuadro inicial. Se completa el tratamiento a dosis máxima con DTT 60Gg. Sin embargo, continuó el empeoramiento que la llevó a múltiples ingresos por anemia e insuficiencia renal, y al fallecimiento nueve meses después.

DeCS: NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico.

ABSTRACT

We report a patient with diagnosis of a well-differentiated epidermoid carcinoma, infiltrating the cervix, stage II within a period of 8 months. This carcinoma in about 85% of cases being frequent the great volume of diagnosis (1). According to authors, the cervix cancer is the final stage of a continuous series progressively atypical changes, in which a stage is imperceptibly confounded with the following one, due to the fact that the study of neoplasias has been an exceptional discovery and that the cervix cancer is originated from precursor or

preinvasive lesions. During this long period, the disease may be treated with Papanicolaus's incidence and death for cervix cancer.

DeCS: CERVIX NEOPLASMS/diagnosis.

INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide ocurre alrededor de un 85% de los casos, es frecuente el gran volumen en el diagnóstico (Patterson JL. Cáncer Cérvicouterino. Reunión de Concenso Americano: 199).

Según autores el cáncer cervical es el estadio final de una serie continua de cambios progresivamente más atípicos, donde un estadio se confunde imperceptiblemente con el siguiente (Chang F, Ramírez R, Leone M. Papilomavirus humano y neoplasia cervical. Revista Oncología Ecuador; 1997;7-18). O sea, el carcinoma cervical se origina a partir de lesiones precursoras o pre invasivas que pueden ser tratadas con el tamizaje que ofrece Papanicolao y así disminuir la incidencia y muerte por cáncer cervical.

El cáncer ginecológico constituye el primer grupo de tumores malignos que afectan el sexo femenino y dentro de ellos el cáncer del cérvix uterino ocupa uno de los primeros lugares en orden de frecuencia.¹ Se diagnostican 437 000 casos nuevos por año mundialmente, de los cuales el 80% pertenecen a los países en desarrollo.² Como está establecido en nuestro país en el programa de detección precoz del cáncer cérvico uterino; la citología orgánica se le exige a toda mujer trabajadora o no de 25 a 60 años y con una periodicidad de dos años.³ A pesar de este rastreo citológico todavía se detectan casos, en etapas jóvenes de la vida con estadios avanzados de la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo es presentar una paciente de 24 años de edad con citología orgánica alterada que evolucionó con diferentes etapas diagnosticadas en breve período.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina, de 24 años, multigesta (G3 P2 A1) con PRS a los 16 años y su primer embarazo a los 19, acudió a nuestro servicio de patología de cuello por primera vez en enero 1997 por presentar la citología orgánica alterada (NIC II).

El examen colposcópico se detectó una imagen de punteado en labio posterior con orificio cervical de múltipara, correspondiendo con una citología orgánica confirmativa de NIC I sumado a una infección vaginal por Trichomonas.

El examen ginecológico ofreció resultados de útero con tamaño, forma y consistencia normal y anejos sin alteraciones, se le impuso tratamiento para dicha infección vaginal y la paciente no acudió a consulta hasta seis meses después, donde al repetirle el examen colposcópico se observó una imagen acetoblanca, con punteado y mosaico en labio anterior y posterior, realizando estudio histológico de la misma, cuyo resultado correspondió con metaplasia escamosa exocervical. Este resultado la paciente acude a solicitarlo ocho meses después a pesar de múltiples citaciones. Al retornar se reevalúa colposcópica para definir conducta y nos encontramos con imagen acetoblanca gruesa, vascularización atípica en labio anterior y posterior hacia comisura izquierda con retracción de la misma, muy fiable. Se realiza estudio histológico nuevamente con un reporte anatomopatológico de carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante de cuello.

Se remitió al Hospital Oncológico de la provincia y en su examen físico se constató fondo de saco lateral izquierdo y parametrio del mismo lado infiltrado en sus 2/3 internos, clasificándolo como etapa II B (T_{2B} N_x M₀) con RX de tórax y ecografía abdominal negativas, citoscopia normal y hemoquímica dentro de límites normales en sus inicios, luego con anemia severa e insuficiencia renal.

Se decidió hacer tratamiento radiante, el cual comienza en julio/98 recibiendo un total de 36 Gg, abandona el tratamiento y regresa tres meses después con empeoramiento de su cuadro inicial y se completa tratamiento radiante a dosis máxima, que concluye en octubre con DTT 60 Gg.

A pesar del tratamiento recibido se constata actividad tumoral y se decide tratamiento paliativo sintomático, continuando el empeoramiento de su cuadro que la llevó a múltiples ingresos por anemia e insuficiencia renal, y al fallecimiento nueve meses después.

DISCUSION

Ninguna forma de cáncer deja ver de manera más patente los notables efectos de un diagnóstico y terapia curativa precoz sobre la incidencia de mortalidad que el cáncer de cuello uterino.²

Gran parte de nuestros conocimientos acerca de la etiología del cáncer de cérvix, proviene de los estudios clínicos y epidemiológicos de los factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades.⁶

El pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la cuarta y quinta décadas de vida y su frecuencia se incrementa con la promiscuidad, tanto del hombre (varón de riesgo) como de la mujer, así como el inicio precoz de las relaciones sexuales, subdesarrollo socioeconómico; hábito de fumar, maniobras ginecológicas excesivas etc (5,6). El papel de ciertos virus (HPV y HSV-2) en la etiopatogenia del carcinoma de cérvix ha sido invocada con gran fuerza en los últimos años. ^{1,3}

Representa el 9.0% de todas las neoplasias malignas en el sexo femenino y el 4.0% del total. ⁴

La citología cervical y la accesibilidad del cuello uterino a la biopsia; brindan la oportunidad de una detección precoz y un seguimiento de cerca de estas afecciones.

El resultado histológico del 80 –85% de los carcinomas de cérvix es la del típico carcinoma epidermoide de diferenciación y velocidad de crecimiento variable.

La clasificación de estos carcinomas incluye básicamente una graduación del grado de diferenciación del tejido o la expresión de la extensión clínica en estadíos, por lo que los tumores mejor diferenciados se acompañan de mejor supervivencia que las lesiones anaplásicas indiferenciadas. ⁵

El carcinoma cervical avanzado se extiende por continuidad para afectar todas las estructuras adyacentes, incluyendo peritoneo, vejiga ureteres, recto y vagina, también ganglios linfáticos paracervicales, hipogástricos periaórticos; así como metástasis a distancia en hígado, pulmón, médula ósea y otras estructuras. ⁶

El pronóstico y la supervivencia de estas pacientes dependen principalmente del estadio en el cual se encuentre el cáncer cuando se descubre, además de su preocupación personal por seguir las instrucciones médicas. Ocupa el quinto lugar como causa de muerte por neoplasia en el sexo femenino y representa el 5.5% de todas las defunciones por cáncer en la mujer y el 2.3% del total. ⁵

El tratamiento consiste en el uso de la cirugía asociada o no a la radioterapia y quimioterapia, dependiente del estadio de la paciente. ⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guerra MC, Mendoza JP. Cáncer de cuello uterino y su seguimiento. Reunión de Concenso Centromericano y del Caribe. Noviembre, 1995.
2. Parkin DM, Pissani P, Ferlay J. Estimates of the world wide incidence of eighteen major cancers in 1995. *Internat Jr Cancer* 1993;54: 549-606.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cérvico uterino. La Habana: MINSAP; 1994.

4. Aguilar VO, Aliat SJ, Ascuí BM. Cáncer de cuello uterino. Normas de Oncología. 3ed. P. 74, 1997.
5. Boss LP. Uses of data to plan cancer prevention and control programs. Public Health Rep 1990; 105(4):354-60.
6. Hernández CF, Díaz SO, Sardiñas MO. Neoplasias malignas. En: Hernández CF eds. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985. T 4.P.21-32.
7. Robin. Cáncer de cuello uterino. 7ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993.P.363-80
1993.P. 363-80.
8. Zreik TG, Chambers JT, Chambers SK. Parametrial involvement regardless of nodal status: a poor pronostic factor for cervical cancer. Obst Gynecol 1996; 87: 741-46.

Recibido: 12 de enero de 2000

Aprobado: 5 de octubre de 2000

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor Hospital Docente Ginecobstétrico Ana Betacourt de Mora. Camagüey, Cuba.