

Cáncer cérvico uterino, un simulador letal

Cervical cancer, a lethal simulator

Rodolfo Suárez Iznaga

Máster en Medicina Natural y Bioenergía. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presentó una paciente de 65 años, fumadora, con antecedentes patológicos personales de litiasis vesicular hace 4 años y NIC II en el año 1997. Acudió a la consulta por cuadro de dolor en columna lumbar, pérdida de peso y del apetito de 2 meses de evolución, durante su ingreso ocurre un deterioro significativo de su estado general. Se describió la evolución clínica y los estudios realizados mediante los cuales se le diagnosticó un carcinoma indiferenciado de células pequeñas de cuello uterino e infiltrante.

Palabras clave: Carcinoma de cuello uterino.

ABSTRACT

A 65-year-old female patient, smoker, with a medical history of gallstones 4 years ago and CIN II in the year 1997, presented with lumbar pain and loss of weight and appetite of 2 months of evolution. During her stay in hospital there was significant deterioration of her general state. A description is provided of her clinical evolution and of the tests performed, through which she was diagnosed with infiltrating small-cell undifferentiated carcinoma of the uterine cervix.

Key words: Carcinoma of the uterine cervix.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el tercero más común entre las mujeres de todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvico uterino (CCU) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo con unas 300 000 muertes al año. El 80 % de los casos corresponde a los países en vías de desarrollo y anualmente se presentan cerca de 500 000 casos nuevos. Su incidencia mayor está entre los 40 y 50 años. Los principales subtipos son el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma.¹⁻³

El papiloma virus humano (PVH) es el factor etiológico más importante y se trasmite por contacto sexual. Existen más de 100 subtipos de virus y de esos más de 30 están asociados al cáncer. Los más implicados son el 16, 18, 31, 33, y 45. Se ha demostrado que el ADN del PVH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital femenino inferior y en más del 99 % de los cánceres cervicales. Hoy en día se acepta que el CCU es como una enfermedad de transmisión sexual. A pesar de ser la infección por PVH la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor. La persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello.¹⁻⁴

Otros factores ligados al CCU son: infecciones genitales, múltiples compañeros sexuales, paridad, circuncisión, edad de las primeras relaciones sexuales y del primer parto. Existen otros factores que pueden estimular o prevenir el cáncer, como: dieta, radicales libres, antioxidantes, folatos, alcohol, frutas.^{1,2}

El diagnóstico de la enfermedad se realiza con la citología cervical o del canal endocervical, según se visualice la unión escamoso-cilíndrica, colposcopia, biopsia, legrado del canal, conización y examen ginecológico, incluyendo el tacto rectal para detectar el tercio del parametrio infiltrado.^{1,2}

El tratamiento depende del grado de la lesión y su etapa. Puede ser quirúrgico, láser, histerectomía (tipo I, II, III) con linfadenectomía pelviana o para-aórtica; también se aplica tratamiento radiante (braquiterapia o radiaciones externas) o quimioterapia o ambos (quimiorradiación), inmunoterapia, terapia génica, citocinas y otros. Entre las nuevas estrategias se encuentran las vacunas, principalmente las partículas proteicas E6 y E7 que son genes codificados como secuencias del HPV.^{1,2}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Esta paciente acude a nuestro centro porque hace 2 meses está presentando decaimiento y dolor en región de la columna lumbar y en fosas lumbares, que se ha intensificado en el transcurso de los días. En los últimos 20 d apareció: fiebre de 38 °C de forma intermitente, principalmente en horario vespertino, episodios de hematuria, disuria, astenia y anorexia. Por lo anterior, el médico de familia le diagnosticó una pielonefritis aguda y se impuso tratamiento, inicialmente, con ciprofloxacino y posteriormente, con sulfaprim por vía oral. Teniendo en cuenta el deterioro progresivo de la enferma se decide el ingreso en el servicio de medicina

con el diagnóstico de: pielonefritis aguda complicada con posible litiasis renal, el 7 de abril de 2006. Durante el ingreso empeora su estado general.

Historia de la enfermedad actual

Paciente de 65 años, fumadora hace aproximadamente 55 años. Antecedentes patológicos personales de litiasis vesicular hace 4 años, NIC II en el año 1997 donde recibió tratamiento especializado y se le dio de alta en consulta de patología de cuello. Antecedentes patológicos familiares: madre fallecida de cáncer de mama con metástasis en pulmón. Operada en 1979 por accidente con arma de fuego en tórax y abdomen.

Examen físico positivo al ingreso

- Mucosas: secas y normocoloreadas.
- Sistema digestivo: hepatomegalia de 2 cm a predominio de lóbulo izquierdo, superficie lisa, de bordes regulares y dolorosa a la palpación. En el tacto rectal impresiona recto abombado en su cara anterior.
- Sistema urinario: puntos costovertebrales y costumusculares derechos positivos.
- Sistema hemolinfopoyético: adenomegalia dura, indolora, de aproximadamente 1,5 cm en cara lateral derecha del cuello y en su tercio inferior. Durante el ingreso aparecen 2 más con similares características en regiones axilares.
- Sistema ginecológico: útero que impresiona aumentado de tamaño, duro.

Investigaciones realizadas

- Hemoglobina: 13,2 g/L, leucograma: $8,25 \times 10\ 000$, polimorfonucleares: 0,50 %, linfocitos: 0,50 %, eosinófilos: 0, eritrosedimentación: 24 mm/h, glucemia: 4,9 mmol/L, creatinina: 41,53 mmol/L, ácido úrico: 101,2 mmol/L, GGT: 94 U/I, TGP: 81,6 U/I, TGO: 142,0 U/I, fosfatasa alcalina: 600 U/I, índice ictérico: 16, proteínas totales: 67 g/L, albumina: 34 g/L, globulina: 33 g/L, colesterol: 4,41 mmol/L, triglicéridos: 0,78 mmol/L; citoria, leucocitos: $45 \times$ campo, hematíes: $3-5 \times$ campo, albúmina dosificable.
- Urocultivo: Negativo.
- Radiografía de tórax: Discreto estado congestivo/inflamatorio hilio basal bilateral. Reacción pleural en el lado izquierdo.
- Ultrasonido abdominal: Alteración difusa del patrón hepático. Innumerables cálculos en vesícula la cual tiene sus paredes engrosadas. Innumerables y pequeñas adenomegalias peripancreáticas y en hilio hepático. Páncreas y riñones sin alteración. Esplenectomizada.
- Ultrasonido ginecológico: Presencia de útero con cuello muy engrosado e imágenes ecogénicas periféricas. A la izquierda del útero hay imagen de muy baja ecogenicidad de 30 mm y otra de similares características de 20 mm que impresionan adenopatías.

- Ultrasonido transvaginal: Útero de tamaño normal. No se visualizan anejos. Se comprueban múltiples imágenes de baja ecogenicidad, polilobuladas con el aspecto de adenopatías a ambos lados del útero. Al retirar transductor se produjo sangrado vaginal.
- TAC de abdomen: Múltiples imágenes de ganglios en excavación pelviana e inguinales, retroperitoneales e intraperitoneales. Posible linfoma.
- TAC de mediastino: Presencia de varias y pequeñas adenomegalias interbronquiales hacia la derecha.
- TAC de cráneo: No alteraciones.
- Prueba citológica: No útil por sangrado.
- Rectosigmoidoscopia: Presencia de pólipo de características benignas en H-4. Se impone tratamiento médico y seguimiento por consulta de proctología.
- BAAF de adenomegalia cervical (15 de abril de 2006): Adenitis crónica inespecífica.
- Biopsia de ganglio de región cervical (26 de abril de 2006): Metástasis de un carcinoma pobremente diferenciado.
- BAAF de adenomegalia cervical No.2 y de adenomegalia axilar derecha (15 de mayo de 2006): Metástasis de un carcinoma pobremente diferenciado en ganglio axilar y cervical.
- Biopsia de médula ósea de cresta ilíaca (15 de mayo de 2006): Médula ósea muestra infiltración tumoral y mielofibrosis secundaria. Metástasis de un carcinoma pobremente diferenciado.
- Biopsia de cuello uterino (23 de mayo de 2006): Carcinoma indiferenciado de células pequeñas de cuello uterino e infiltrante.

La paciente al determinarle su diagnóstico se trasladó al servicio de Oncología para mejor atención y tratamiento.

COMENTARIOS

Lo más interesante de este caso, a nuestro criterio, son los síntomas tan inespecíficos que presentaba inicialmente la paciente y el nivel de agresividad del cáncer. En un inicio se pensó en una infección urinaria y posteriormente en un linfoma, diagnósticos finalmente descartados.

La explicación de tal comportamiento se debe a que el mayor riesgo de la transformación maligna del cáncer cérvico vaginal es en el período en que la mujer presenta mayor actividad metaplásica y esas células tienen cierta capacidad fagocítica que pueden introducir en ellas virus como el papiloma virus humano y evolucionar hacia una neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y llegar a un carcinoma. Una vez que el tumor rompe la membrana basal puede penetrar el estroma, directamente, a través de los canales vasculares. Del cérvix, el tumor puede

extenderse al segmento inferior del útero o dentro del espacio paracervical por vía de los parametrios.^{1,2}

El cuello uterino tiene una rica red linfática lo cual favorece su diseminación. El cáncer de cérvix, por lo general, sigue un patrón de progresión metastásica; se inicia en el escalón ganglionar, primero en la pelvis, y de allí a los ganglios paraaórticos y otros sitios distantes. Aun en aquellas pacientes que presentan un tumor avanzado localmente, raras veces se detecta invasión hematógena en el momento de su diagnóstico inicial. Los sitios más frecuentes de metástasis a distancia son pulmones, ganglios extrapélvicos y hueso.^{1,2}

El carcinoma de células pequeñas es uno de los tipos que mejor se identifica con lo anteriormente explicado. Se caracteriza por ser muy agresivo e infiltrante. Pertenece al grupo de los tumores epiteliales, hace metástasis muy temprano a los ganglios pelvianos y sus recurrencias son precoces. Su mortalidad es muy alta por lo que su diagnóstico en etapas tempranas es decisivo.²

Solo pensando en el carcinoma de cuello uterino como un diagnóstico posible en cualquier mujer mayor de 25 años, independientemente de sus síntomas podremos detectarlo en etapas tempranas y brindarle mayores posibilidades de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol RO. Obstetricia y ginecología. Cap. 29. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 297-312. Consultado: 8 de mayo de 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap29.pdf
2. Echemendia PM. Ginecología oncológica pélvica. Cap. 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 79-148. Consultado: 5 de mayo de 2009. Disponible: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap24.pdf
3. López SA, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Fecha de acceso: 12 abril del 2009. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdf-s/com25feb.pdf>
4. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz M, Franseschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer world wide: a meta-analysis. Br J Cancer. 2003;88:63-73.

Recibido: 24 de febrero de 2010.

Aprobado: 25 de marzo de 2010.

Dr. *Rodolfo Suárez Iznaga*. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende",
Calzada del Cerro No. 1551, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico:
rodolfo Suarez@infomed.sld.cu