

CARCINOMA DEL CERVIX UTERINO

Aspectos prácticos para su diagnóstico y tratamiento.

Miguel Bueno, M.D.*

EXTRACTO

Existe muy poca información en la literatura médica sobre Cáncer del Cérvix dirigida a los Médicos Generales. Este artículo es una revisión de los aspectos prácticos del manejo de este tumor; se destaca la importancia del diagnóstico temprano y del manejo adecuado del Carcinoma de Cervix que constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres en todo el mundo en general, y en Colombia y en Cali en particular. Desde el punto de vista de Salud Pública el cáncer del cérvix reviste características especiales; a) es el tumor maligno más frecuente en nuestro país; b) si se trata oportuna y adecuadamente es curable; y c) su diagnóstico temprano es fácil y poco costoso.

INTRODUCCION

El Cáncer es una enfermedad de origen aún no determinado que continua ganando importancia como causa de morbilidad y mortalidad en muchos países del mundo. Dentro de los tumores malignos, el Cáncer del Cérvix Uterino ocupa lugar muy importante, especialmente en nuestro medio¹⁻³.

En Colombia, lo mismo que en el Valle del Cauca, el Cáncer en general constituye la cuarta causa de muerte para toda la población, la segunda entre los adultos, y la primera entre las mujeres mayores de 40 años.

En una gran proporción de los países latinoamericanos la causa de muerte por cáncer más común entre las mujeres, es el Cáncer del Cérvix Uterino. En Colombia este tumor es en gran parte responsable de que el Cáncer ocupe lugar preponderante como causa de muerte; en Cali ocupa el primer lugar y en Bogotá el segundo para el grupo de mujeres entre los 15 y los 74 años de edad.

El cuadro No. 1 muestra las primeras 12 causas de morbilidad y mortalidad por Cáncer en Cali.

Siendo el Cáncer del Cérvix el tumor maligno más frecuente en Cali en el grupo de mujeres entre 15 y 74 años, representa un problema de especial importancia como enfermedad prevenible por dos razones:

1. Los métodos de diagnóstico temprano son sencillos y poco costosos, y
2. Es una enfermedad 100% curable cuando se diagnostica en sus etapas iniciales.

Por lo general los artículos publicados sobre el Cáncer del Cérvix están dirigidos a informar sobre el tema a los especialistas en disciplinas afines con el tumor (gineco-obstetras, patólogos, etc.). Sin embargo, muy pocos se orientan a dar información al médico general sobre este tema. El presente artículo tiene por objeto hacer una revisión de los principales aspectos prácticos para el diagnóstico y tratamiento del Cáncer del Cérvix, que sea especialmente útil para el médico general, puesto que él desempeña un papel muy importante en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y adecuado de este tumor.

FACTORES ETIOLOGICOS

No obstante los grandes avances logrados en la investigación del Cáncer, no se conoce aún la causa de esta enfermedad. El Carcinoma del Cérvix es uno de los tumores mejor estudiados, y aunque los numerosos trabajos realizados han permitido identificar algunos factores como posibles agentes desencadenantes, ninguno de ellos ha sido definitivamente establecido hasta el momento.

Desde el punto de vista epidemiológico, todos los factores asociados con el Cáncer del Cérvix parecen relacionarse en una u otra forma con la actividad sexual. La edad del primer coito y del primer parto, la multiparidad, la promiscuidad sexual, y la historia de enfermedades venéreas, son todos factores asociados con tasas elevadas de Carcinoma del Cérvix⁴.

En la misma forma, se discute aún la posible existencia en el esmegma de un elemento viral o químico importante para el desarrollo de este tumor⁵.

En cuanto a los virus, el Herpes tipo II genital es el que hasta el momento parece tener una mayor relación con el Cáncer del Cérvix⁶. En cambio, como factores de protección para el desarrollo del Cáncer del Cérvix se han identificado la ausencia de actividad sexual y la circuncisión⁷.

Un factor asociado muy importante es el bajo nivel socio-económico, ya que el tumor se presenta con mucha mayor frecuencia aunque no exclusivamente, entre mujeres de las clases socio-económicas menos favorecidas. La interpretación de esta asociación es difícil ya que el estado socio-económico puede estar relacionado a su vez con las variables mencionadas.

Todos estos factores pueden actuar aisladamente o interrelacionarse para producir los cambios tumorales en el epitelio cervical a través del tiempo. Se acepta que el progreso de estos cambios histológicos en respuesta al estímulo o estímulos agresores evolucionan en el tiempo por las etapas de infección crónica, displasias leve, moderada y severa, Carcinoma in situ y Carcinoma invasor⁸.

* Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

CUADRO No. 1

CANCER EN CALI
(1962 - 1964)

Tasas de Incidencia y Mortalidad Ajustadas por Edad (por 100.000 hab.)

INCIDENCIA		MORTALIDAD	
1. CERVIX	97.6	1. CERVIX	54.0
2. ESTOMAGO	50.9	2. ESTOMAGO	50.7
3. PIEL	44.6	3. SENO	16.8
4. SENO	29.3	4. BROQ. PULMON	13.4
5. PROSTATA	26.6	5. VEJIGA	5.8
6. BRONQ. PULMON	18.0	6. OVARIO	5.7
7. VEJIGA	14.0	7. TIROIDES	5.2
8. OVARIO	12.2	8. S.N.C.	5.2
9. CUERPO UTERINO	8.6	9. PANCREAS	4.3
10. VESICULA	8.5	10. PROSTATA	3.8
11. TEJIDOS BLANDOS	7.7	11. COLON	3.8
12. LINFOMAS	6.0	12. HODGKIN	2.9

Adaptado de Correa, P., Llanos, G.: Morbidity and Mortality from Cancer in Cali, Colombia. J. Nat Cancer Inst. 36: 717-145, 1966.

SINTOMATOLOGIA

No existe ningún síntoma típico de Cáncer del Cérvix⁹. En general, el tumor afecta especialmente a mujeres en la cuarta o quinta década, pero puede aparecer en edades aún tan tempranas como los 20 años. Su comienzo es insidioso y puede pasar desapercibido, en ausencia de síntomas o signos que indiquen su presencia. En algún momento del desarrollo de la enfermedad pueden aparecer uno o varios de los siguientes síntomas:

- a) Hemorragia post-coito (Sinusorragia), o por contacto instrumental;
- b) Hemorragia vaginal irregular, o "pintas", sin causa aparente;
- c) Flujo vaginal sanguinolento, purulento, o fétido;
- d) Dolor pélvico

Ninguno de estos síntomas es típico de Cáncer del Cérvix.

Uno o varios de ellos pueden presentarse en ausencia de neoplasia. En todo caso deberán llamar la atención del médico para aclarar su origen. La sinusorragia es un síntoma que llama la atención de la paciente y es frecuentemente menospreciado por el médico. El cérvix que sangra a la simple introducción del espéculo o a la toma de la citología, debe también ser motivo de exámenes ulteriores. El dolor pélvico cuando es debido a Cáncer Cervical aparece generalmente en los estados avanzados de la enfermedad (III y IV). En los estados avanzados puede también haber pérdida espontánea de orina y materias fecales a través de fistulas por la invasión al recto y a la vejiga, anorexia y pérdida de peso.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL TUMOR

El Carcinoma del Cérvix se presenta como una masa rojiza, sangrante, que al espéculo puede verse en dos formas:

- a) **Tipo Exofítico**, el más frecuente, de crecimiento superficial hacia el exterior del cérvix, con aspecto de coliflor sangrante.
- b) **Tipo Endofítico**, de crecimiento hacia el interior del cérvix, con gran induración de los tejidos paracervicales. En general se observa también una ulceración sangrante.

Debe destacarse que las lesiones iniciales generalmente no son tan impresionantes al ojo del examinador, y pueden por ello pasar desapercibidas.

TIPOS HISTOLOGICOS

Histológicamente los tumores malignos del Cérvix tienen la siguiente distribución porcentual: Carcinoma Epidermoide 95%, Adenocarcinoma 4%, Sarcoma y otros, 1%.

La gran mayoría de los tumores del Cérvix son Carcinomas Epidermoides, originados en el canal endocervical, por encima del límite escamo-columnar. El Adenocarcinoma se origina en las glándulas del endocérvix, por lo cual el diagnóstico temprano se hace más difícil y el pronóstico menos favorable.

CLASIFICACION CLINICA INTERNACIONAL

Para poder establecer un tratamiento adecuado y formular un pronóstico en la evolución de la paciente con Cáncer del Cérvix, es de gran importancia la definición del estado clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico. Para ello se emplea la Clasificación Internacional:

ESTADO O (CARCINOMA INTRAEPITELIAL, CARCINOMA IN-SITU):

Los cambios celulares típicos de malignidad comprometen el epitelio, pero respetan la membrana basal y no invaden el corion;

ESTADO I: el tumor, ya invasor, está limitado al cuello;

ESTADO II: el tumor se extiende a uno o ambos parametrios, pero no los compromete en su totalidad (es decir, aún queda espacio libre de tumor entre el cérvix y la pared pélvica); y/o compromete hasta los 2/3 superiores de la vagina;

ESTADO III: El tumor compromete uno o ambos parametrios en su totalidad (es decir, no queda espacio libre de tumor entre el cérvix y la pared pélvica); y/o compromete también el 1/3 inferior de la vagina;

ESTADO IV: el tumor se extiende a órganos vecinos (vejiga, recto); y/o ha dado metástasis a distancia (pulmones, huesos, etc.).

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO

El Cáncer del Cérvix es curable en el 100% de los casos, si se diagnóstica a tiempo.

La importancia del diagnóstico temprano se evidencia por las cifras de sobrevivencia a los cinco años según el estado clínico, los cuales se aceptan en general son los siguientes:

0,100%; I, 75%; II, 50%; III, 25%, y IV, 8%¹⁰.

El límite de cinco años es arbitrario y se utiliza como criterio de curabilidad. Es decir, si a los cinco años del diagnóstico el paciente se encuentra vivo y libre del Cáncer, se considera curado, al menos para efectos estadísticos.

METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Además de los datos de historia clínica y del examen físico, existen varios métodos auxiliares para el diagnóstico del Carcinoma del Cérvix:

a) Citología Vaginal o Prueba de Papanicolaou

Desde su introducción en 1943 por Papanicolau¹¹, la citología representa el método más importante para el diagnóstico del Cáncer Cervical. Su importancia radica en el hecho de que permite descubrir el tumor en su estado más inicial, cuando las posibilidades de curación son excelentes. Es un procedimiento fácil, no molesto para la paciente, y de bajo costo. Se basa en el estudio de las células descamadas normalmente por el cérvix a la vagina.

Existen varios sistemas de interpretación de la Citología vaginal.

En nuestro medio, y de común acuerdo entre los clínicos y los patólogos, se ha establecido la clasificación siguiente y los criterios de conducta según el informe de la citología:

GRADO I, Negativo: Debe repetirse en 1 año.

GRADO II, Inflamatorio: Debe repetirse en 1 año.

GRADO III, Atípico: Puede tener causas múltiples como infecciones, administración de hormonas y embarazo. Debe tratarse la posible causa y repetir la citología al terminar el

tratamiento. Si persiste atípica, debe tomarse biopsia.

GRADO IV, Sospechoso, y

GRADO V, Positivo: Debe establecerse diagnóstico histológico por biopsia o por Conización del Cérvix.

Para la toma de la citología vaginal se recomienda el empleo de un aplicador de algodón, o baja lenguas de madera, el cual se introduce en el canal endocervical y se pasa luego alrededor de todo el orificio cervical; el extendido se hace suavemente sobre una lámina portaobjetos y se introduce inmediatamente en alcohol de 95 grados. También puede emplearse como fijador "Iaca para el cabello" o "cytopray", con los cuales se cubre la placa desde una distancia de 15-20 centímetros.

b) Prueba de Schiller.

Se basa en el hecho de que en el epitelio normal el glucógeno de las células fija el yodo aplicado en una solución de Lugol, tomando una coloración caoba oscura. En los casos en los cuales hay una pérdida del epitelio normal, falta el glucógeno para fijar el yodo y la zona lesionada toma una coloración rosado-pálida. Estas zonas yodo-negativas indican el sitio ideal para tomar la biopsia. La prueba de Schiller sirve pues para orientar el sitio de toma de la biopsia, pero no indica presencia o ausencia de malignidad.

c) Colposcopia.

El colposcopio, creado por Hinselman en 1925¹², sirve para indicar de donde tomar la biopsia. Consiste en un sistema óptico que magnifica 10 a 40 veces, y que permite establecer con bastante precisión si una lesión cervical es benigna o sospechosa de malignidad.

La técnica de la colposcopia es sencilla y rápida. La colposcopia no constituye por sí sola un sustituto de la citología en el diagnóstico del Carcinoma del Cérvix, sino que se complementan mutuamente. En nuestro medio este método tiende a ganar cada vez mayor importancia como auxiliar de diagnóstico del cáncer cervical, y existen colposcopistas en varias instituciones de la ciudad de Cali.

d) Biopsia del Cervix.

Consiste en la obtención de uno o varios fragmentos de cérvix para estudio histológico. El sitio de la biopsia puede localizarse mejor con la ayuda de la prueba del Schiller y la colposcopia. Cuando no se utilizan estos auxiliares de diagnóstico, o cuando la lesión cervical no es muy evidente, se practica la biopsia de Cuatro Cuadrantes o Biopsia Múltiple, tomando fragmentos del cérvix a las 12, 3, 6, y 9 de la circunferencia cervical.

Es muy importante que al tomar la biopsia se incluya en ella la unión escamo-columnar del cérvix, puesto que a nivel de ella ocurren la gran mayoría de los tumores malignos del cérvix. Las muestras obtenidas se fijan inmediatamente en formol al 10% y se envían al laboratorio. En general la Biopsia del Cérvix es un procedimiento inocuo, indoloro y bien tolerado por la paciente.

La confirmación histológica del diagnóstico de Carcinoma In-situ o Invasor es indispensable para el tratamiento del Cáncer Cervical.

e) Legrado fraccionado

Se emplea sólo ocasionalmente para establecer si el tumor se encuentra en el endocérvix o en el endometrio, lo cual es muy importante para el tratamiento del tumor y su pronóstico. Para ello se realiza primero el legrado del canal endocervical, e inmediatamente después el de la cavidad endometrial. Las dos muestras obtenidas se envían al laboratorio en frascos separados, en formol al 10%.

f) Conización del Cervix

Se practica cuando se quiere establecer la presencia de un Carcinoma In-Situ o Invasor, cuando la citología y la biopsia aún no lo han logrado. Como su nombre lo indica, se obtiene un "cono" de tejido alrededor del orificio cervical, y hacia el canal endocervical. Se considera que la Biopsia Múltiple del Cérvix, orientada por la Prueba de Schiller y/o la Colposcopia, pudiera dar hasta un 96% de certeza diagnóstica, eliminando así la necesidad de practicar la conización en forma rutinaria y la morbilidad y los costos asociados a este procedimiento. En casos muy especiales de Carcinoma In-Situ (mujer muy joven y deseo de tener más hijos, y facilidades de seguimiento, etc.), la Conización del Cérvix es no sólo un método de diagnóstico, sino también una forma transitoria de tratamiento.

g) Otros

También se emplean algunas veces otros métodos auxiliares de diagnósticos en la evaluación clínica del Carcinoma del Cérvix. Por ejemplo, en los estados avanzados se recomienda hacer una Cistoscopia y Rectoscopia para establecer el compromiso o no de la vejiga y el recto. También pueden ser necesarios estudios radiológicos del tracto urinario, de los pulmones y de los huesos para buscar compromiso de estas estructuras por metástasis del tumor.

TRATAMIENTO

El tratamiento del Cáncer Cervical se realiza de acuerdo con el Estado Clínico del Tumor. En nuestro medio se realiza de la siguiente manera:

ESTADO O (CARCINOMA IN-SITU). Se realiza la Histerectomía total simple, con resección del 1/3 superior de la vagina, para prevenir recidivas a nivel de la cúpula vaginal (posible origen multicéntrico del tumor). Ya se mencionó antes que algunos casos especiales pueden ser tratados transitoriamente por Conización, pero el tratamiento recomendado universalmente es la histerectomía¹³.

ESTADO I: Histerectomía radical con Vaciamiento Ganglionar (Técnicas de Werthein y O'kabayashi).

ESTADO II, III, IV: Radioterapia (Radium, Cobalto, Roentgenoterapia).

La Quimioterapia con drogas anticancerosas no ha dado aún buenos resultados en el manejo del Carcinoma del Cérvix. Su empleo por lo tanto es muy limitado, al menos por el momento.

En los estados avanzados, cuando el dolor es componente muy importante, se recurre a los analgésicos, los opiáceos, y a la cirugía del dolor por cordotomía.

ASPECTOS ESPECIALES DEL CARCINOMA DEL CERVIX

a) Carcinoma del Muñón Cervical.

No obstante que la Histerectomía Subtotal es ya rara en nuestra época, toda mujer que informa haberse practicado una histerectomía debe ser examinada para asegurarse de que el útero fue extirpado en su totalidad. Siempre que el Cérvix esté presente, existe la posibilidad de que experimente cambios malignos. El diagnóstico, clasificación clínica, tratamiento y pronóstico en el Carcinoma del Muñón Cervical son los mismos como si existiera el útero completo.

b) Carcinoma del Cérvix y Embarazo

En general se acepta que la coexistencia de Carcinoma del Cérvix con embarazo es rara. Sin embargo, cuando se presenta, toma características especiales por la presencia del feto. En realidad el embarazo no es contraindicación para ninguno de los procedimientos diagnósticos descritos anteriormente. Todos ellos pueden y deben realizarse cuando se consideren indicados. Una vez diagnosticado el tumor, el tratamiento depende básicamente del estado clínico y de la viabilidad del feto. En el Carcinoma In Situ puede permitirse el parto. Pero está en cambio totalmente contraindicado en el Carcinoma Invasor, en cuyo caso debe practicarse la operación Cesárea, si el feto es viable. Si no lo es, el tratamiento del Carcinoma Invasor se hace como si la paciente no estuviera embarazada, y según el estado clínico del tumor.

c) Carcinoma del Cervix en útero prolapsado.

La observación clínica ha demostrado que la coexistencia de Carcinoma del Cérvix en el útero prolapsado no es tan rara como se creyó hasta hace algunos años. En realidad toda lesión sospechosa del cérvix debe ser estudiada citológicamente e histológicamente antes de realizar la Histerectomía vaginal para la corrección del prolapso. El tratamiento del tumor se hará según el estado clínico del mismo, el grado de prolapso y los síntomas asociados del prolapso.

IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE CITOLOGIA VAGINAL.

Se acepta en general que el medio más eficaz, seguro y económico para el diagnóstico temprano del Cáncer del Cérvix es la citología Vaginal. De allí la importancia de que se adelanten campañas educativas y se establezcan simultáneamente programas de servicio en los cuales la toma de la citología se ofrezca en forma rutinaria a las mujeres que la soliciten. En Cali los programas para el diagnóstico tem-

prano del Carcinoma del Cérvix se iniciaron en 1965 como actividad especial del Comité Zonal del Valle de Lucha contra el Cáncer. En los últimos años estas actividades se coordinan a través de "UNICANCER", y los resultados hasta el momento son bastante satisfactorios.

PAPEL DEL MEDICO GENERAL EN EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER DEL CERVIX

El médico general juega un papel muy importante en el diagnóstico del Cáncer Cervical, especialmente en las etapas iniciales de la enfermedad, en las cuales el pronóstico es mucho mejor.

En primer lugar, es necesario volver a insistir una vez más que el médico general debe conocer la importancia de la Citología vaginal como el medio más eficaz para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Debe también conocer la técnica adecuada para la toma de la citología, la interpretación de los informes que el citólogo le envía, y la conducta a seguir en cada caso. Debe recordar que la ausencia de síntomas ginecológicos no es garantía para la mujer, y que los casos asintomáticos descubiertos por la citología de rutina son precisamente los más importantes y de mejor pronóstico.

El médico general debe también conocer la importancia, las indicaciones y la técnica de la toma de la biopsia de toda lesión sospechosa en el cérvix. Debe conocer la interpretación de los resultados que el patólogo le informa y proceder de acuerdo con ellos. Para un mejor desempeño de su función, el médico general debe conocer los recursos existentes en su área de influencia, en relación con el diagnóstico temprano y pronta remisión de las pacientes según las circunstancias.

En segundo lugar, el médico general tiene una gran responsabilidad en la educación del personal médico y auxiliares de salud con los cuales trabaja, así como también de la comunidad en la cual ejerce. Debe participar activamente en la organización y desarrollo de programas de Citología Vaginal, y en las labores educativas con base en conferencias y proyecciones relativas al diagnóstico temprano del Carcinoma del Cérvix, y colaborar en la organización de grupos de Voluntarios de la Lucha contra el Cáncer en su comunidad.

SUMMARY

Very little information on Cancer of the Cervix, directed to general physicians, exists in the medical literature. The purpose of this article is to review the practical aspects of diagnosis and treatment of this malignant tumor. We think this review could be useful for these general physicians. It emphasizes their important role in the early diagnosis and adequate treatment of this malignant tumor, which is one of the leading causes of morbidity and mortality in women throughout the world in general, and in Colombia and Cali, in particular. As a Public Health problem, Cancer of the Cervix, has very special characteristics: a) is the most frequent malignant tumor in our country; b) it is 100% curable; and c) its early diagnosis is simple and relatively inexpensive.

REFERENCIAS

1. Correa, P., Llanos, G.: Morbidity and Mortality from Cancer in Cali, Colombia. *J Nat Cancer Inst* 36: 717-145, 1966.
2. Guzmán, N., Bueno, M.: Tendencia del Cáncer del Cérvix Uterino en Cali, Colombia. *Antioquia Médica* 24: 249-257, 1974.
3. Gaitán, M., Gaitán, E.: "Presente estado del control del cáncer cérvico-uterino en Colombia". *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*. 19:5-16, Diciembre 1969.
4. Reid, B.L.: "Cancer of the cervix uterine: review of causal-factors with an hypothesis as to its origin" *Med J Aust* 1: 375-383, March 13, 1965.
5. Heins, H.C. et al: "Possible sale of smegma in Carcinoma of the Cervix" *Amer J Obstet Gynec* 76: 726-735, 1958.
6. Kessler, I.: "Perspectives on the Epidemiology of Cervical Cancer with special reference to the Herpesvirus Hypothesis" *Cancer Res* 34: 1091-1110, 1974.
7. Weiner, I. et al: "Carcinoma of the Cervix in Jewish women" *Amer J Obstet Gynec* 61: 418-426, 1951.
8. Nelson, J.: Hall Ed.: "Detection, diagnostic evaluation and treatment of dysplasia and early carcinoma of the cervix". *Cancer* 20: 150-163, 1970.
9. Rubin, P.: "Cancer of the Cervix: Current concepts and multi-disciplinary views" Publicado por The American Cancer Society, Inc. New York, N.Y. 1965.
10. Benson, R.C.: "Cancer of the female genital tract- A monograph for the physician". The American Cancer Society. Inc.: 14, 1969.
11. Papanicolau, G., Traut, H.F.: "Diagnosis of uterine Cancer by the vaginal Smeat". The New York Commonwealth Fund, 1943.
12. Hinselman, H. "Verbesserung der inspection smoglichkeit von, vulva, vagina und portio".
13. Devereaux, W.P.: "Carcinoma in Situ of the Cervix". *Amer J Obstet Gynec* 98: 497-508, 1967.

La Beneficencia del Valle del Cauca contribuye a la publicación de Acta Médica del Valle en su esfuerzo por mejorar la atención médica de la región.