

Tratamiento del carcinoma epidermoide invasor del cuello uterino (Excluido el microinvasor)

*Dr. José Fco. Cascante Estrada**

RESUMEN

Se presentan 599 pacientes portadoras de carcinoma epidermoide invasor del cuello uterino tratadas en los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social del 1° de setiembre de 1969 al 31 de agosto de 1979.

En 8.18% se practicó cirugía radical y 75% se trató con irradiación. El resto recibió cirugía no radical más irradiación, o bien, no fueron tratadas.

La sobrevida a 5 años en estadio I alcanza 100% en quirúrgicas y en irradiación de Cobalto-60 y radium: 88% cuando se usa sólo Cobalto-60 o radium. En estadio II, 66% de las quirúrgicas y 61% de irradiación combinada alcanza 5 años. Para el estadio III, 30% y para el IV, 0% de las tratadas con irradiación.

En 12.2% de pacientes quirúrgicas y 8.74% de irradiación, se documentó tratamiento de recidiva; sin embargo, este tratamiento básicamente fue paliativo y solamente la cirugía mostró ligero beneficio.

Los índices de complicaciones fueron bajos al considerar las técnicas por separado; sin embargo, se incrementan notablemente al combinarlas.

INTRODUCCION

A pesar de contar con los instrumentos necesarios para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, esto es los estadios intraepiteliales y premalignos (carcinoma in situ y displasias), instrumentos tales como la colposcopia iniciada por Hinselmann en 1925, la prueba de Schiller popularizada

desde 1926 y citología de detección introducida por Papanicolao en 1943, continuamos asistiendo con gran pesar al diagnóstico de lesiones invasoras y por lo tanto a su tratamiento.

Es categórico para la erradicación del cáncer del cuello uterino como causa de muerte en nuestras mujeres, el diagnóstico y tratamiento de los estadios intraepiteliales bajo el concepto de neoplasia intraepitelial, y displasias.

Antes de la introducción del radio, el tratamiento definitivo del cáncer del cuello uterino era la cirugía radical y en los casos inoperables se recurría a medidas paliativas. Previo a la era de los antibióticos y los bancos de sangre, la cirugía radical tenía gran mortalidad, por lo tanto la introducción de la irradiación fue casi universalmente aceptada como terapéutica de elección dada la baja mortalidad operatoria que la acompañaba y los porcentajes de curación excelentes.

Los métodos modernos de anestesia, transfusiones, antibióticos y quimioterapia, han revivido la cirugía como tratamiento de opción en cáncer de cuello uterino, asistiendo a la fecha a la controversia de cuál método es más adecuado en la paciente individual, así como qué medidas complementarias aseguran mayor eficacia tanto de la irradiación como de la cirugía.

Pretendemos ahora revisar la experiencia acumulada en 10 años de trabajo de los servicios de Ginecología y Oncología del

*Trabajo elaborado como Residente de Ginecología y Obstetricia de III año, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social. 1979-1980. Presentado a concurso plaza de Asistente Instituto Materno Infantil Carit.

Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, en el tratamiento del cáncer epidermoide invasor del cuello uterino.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan en retrospectiva los expedientes clínicos de 599 pacientes tratadas en los Servicios de Ginecología y Oncología, del Hospital México, por carcinoma epidermoide invasor del cuello uterino, en el período del 1º setiembre 1969 al 31 de agosto de 1979.

Para fines estadísticos se subdivide la población en estudio en dos períodos: el período A: que comprende pacientes tratadas del 1º de setiembre de 1969 al 31 de agosto de 1974 y por lo tanto presentan evolución de 5 a 10 años desde su tratamiento primario. El segundo período B: comprende pacientes tratadas del 1º setiembre 1974 al 31 agosto de 1979, y por lo tanto aún no alcanzan en su mayoría los 5 años posterior a tratamiento primario.

La población en estudio está constituida por 134 casos estadio I (excluidos los casos de microinvasor), 223 en estadio II, 162 casos en estadio III y 80 casos en estadio IV. Estas cifras no son representativas de la incidencia de los estadios en nuestra población, ya que interfiere el fenómeno de ser el Servicio de Oncología lugar de referencia para tratamiento de estadios invasores que ameritan irradiación, en tanto otros estadios tempranos tributarios de cirugía, se distribuyen entre los varios hospitales con que cuenta la Seguridad Social en Costa Rica.

RESULTADOS

A. Modalidad Terapéutica Primaria.

1. Cirugía radical.

La técnica operatoria seguida es la histerectomía radical de Wertheim modificada por Miegs, y a ella se ha recurrido en 49 casos, en 45 como único abordaje terapéutico y en 4 complementada con irradiación. Como es de esperar, fundamentalmente se practicó en estadio I, 86% de los casos y el resto en estadio II (Cuadro #1).

2. Cirugía no radical.

Aún cuando esta cirugía no está indicada en procesos malignos invasores, asistimos a casos intervenidos por probables procesos benignos en los que no se siguió un riguroso estudio preoperatorio selectivo por patología cervical. Representan en nuestra casuística 15 pacientes, 8 en estadio I, 5 de estadio II y 2 estadio III, de las cuales a 9 se les administró irradiación complementaria. (Cuadro #1).

3. Irradiación.

En 454 casos se documentó tratamiento primario a base de irradiación, en 73% de los casos bajo un esquema de irradiación externa con Cobalto-60 seguida por aplicación intraútero-vaginal de Radium, en las restantes se documentó aplicación de radium o externa de cobalto-60, sin poder asegurar si fue única o complementada por otra técnica. (Cuadro #2).

Como se observa en los gráficos 1, 2 y 3, la dosis empleada tanto en Co-60 como en radium, son la ya estandarizada por la

Cuadro #1
Tratamiento quirúrgico primario del carcinoma epidermoide invasor de cérvix

	ESTADIO I				ESTADIO II				Estadio III	Total
	I	I-a	I-b	Total	II	II-a	II-b	Total		
Cirugía radical	19	8	13	40	2	0	3	5	—	45
Cirugía radical + Irradiación.	0	1	1	2	0	1	1	2	—	4
Cirugía no radical	2	1	1	4	0	1	0	1	1	6
Cirugía no radical + irradiación	3	1	0	4	3	1	0	4	1	9

experiencia a través de los años. El Co-60 se administró entre 4000-6500 Rads la gran mayoría de las veces, siendo la dosificación superior para los estadios II y III en más-menos 1000-1500 Rads en relación al estadio I, extendiéndose en ambos hasta los 9000 Rads. Las dosis de radium más elevadas se aplicaron a estadios I y II, en tanto para los estadios III y IV la mayoría de casos recibieron menor cantidad de mg./hora de radium, en comparación a los otros estadios

posible deducir el tipo específico de tratamiento, por lo tanto los incluimos como tratamiento desconocido.

Además se presentan 23 pacientes que abandonaron el tratamiento, o bien, no lo recibieron aún con fines paliativos, obviamente el 60% lo constituyen casos en estadio IV.

B. Sobrevida.

1. General.

Cuadro #2
Tratamiento del carcinoma epidermoide invasor del cérvix:
Irradiación

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	TOTAL
Cobalto ⁶⁰ + Radium	54	163	94	21	332
Sólo Cobalto ⁶⁰ . . .	11	15	37	23	86
Sólo radium	12	12	9	3	36

Cuadro #3
Evolución de pacientes portadoras de
carcinoma epidermoide invasor del cuello uterino

	ESTADIO I		ESTADIO II		ESTADIO III		ESTADIO IV	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Total Casos	134	100	223	100	162	100	80	100
Desconocido.	25	18.65	52	23.31	44	27.16	28	35
Vivas a última consulta	97	72.38	117	52.46	54	33.33	12	15
Muertas	12	8.95	54	24.21	64	39.50	40	50

menos avanzados. El gráfico #3 suma las dosis de cobalto-60 en rads con los miligramos hora de radium, observándose que oscilan entre los 7500 a 10500 para estadio I, de 8000 a 11000 en estadio II, de 8000 a 11500 en el III, en tanto para el IV la mayoría de 7500 a 9500, pero extendiéndose casos hasta una dosificación de 12500.

4. No tratados.

Irremediamente se presentan 58 pacientes de cuyo documento médico no es

Tomando el total de 599 pacientes y evaluando la sobrevida en base a estar vivas al momento de su última consulta, observamos para el estadio I, tres cuartas partes vivas, para el II la mitad, para el III un tercio y para el estadio IV el 15%. Es claro que estos datos no tienen valor estadístico comparativo. Es importante anotar que se desconoce la evolución en 25% de las pacientes tratadas, porcentaje que es mayor conforme es más avanzado el estadio. (Cuadro #3).

Por otro lado, evaluando la sobrevida en base a pacientes en que se conoce con certeza la evolución y corregidos los índices de mortalidad para causas por carcinoma de cuello uterino, en estadio I a los 5 años sobrevive 96% de las pacientes, porcentaje que desciende en los siguientes 5 años por incremento de la mortalidad en 10% para el estadio II la sobrevida a los 5 años es escasamente superior a la mitad, desciende poco en el siguiente quinquenio en relación con el incremento del 20% en la mortalidad experimentado de los 2 a 5 años. (Cuadro #4).

La mitad de los casos en estadio III han fallecido a los 2 años y sólo una cuarta

5 a 10 años, reduce la sobrevida a 93% para el estadio I. Para el estadio II en el grupo A la sobrevida a los 5 años fue de dos tercios de la población conocida. (Cuadro #5).

De las 6 pacientes fallecidas, una lo fue de colitis pseudomembranosa ajena al proceso neoplásico, 2 casos en estadio II-b y 3 casos en estadio I-b. No se ha documentado fallecimiento por carcinoma en portadoras de estadio I-a.

3. Sobrevida en cirugía radical más irradiación.

Cuatro pacientes sometidas a cirugía radical, recibieron como parte del tratamiento primario, irradiación externa complementaria,

Cuadro #4
Sobrevida en carcinoma epidermoide invasor de cérvix:
por períodos y expresado en porcentajes

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Período A y B a los 2 años	98.75	73.72	47.12	14.28
Período A y B de 2 a < 5 años	93.75	59.32	33.33	7.14
Período A a los 5 años	96.22	55.88	28.00	0.00
de 5 a < 10 años	87.79	51.47	22.00	0.00

parte sobrepasa los 5 años, dando un incremento de la mortalidad de 25% de los 2 a 5 años y a partir de los primeros 5 años es mínimo el aumento en la mortalidad (6%). En el estadio IV, 15% alcanzan los 2 años, reduciéndose a la mitad de los 2 a 5 años y ninguna sobrepasa con vida los 5 años. (Cuadro #4).

2. Sobrevida en cirugía radical.

De las 45 pacientes tratadas solamente con cirugía radical, 26 lo fue en período A y 29 en el período B. Para el total de casos, 92.85% sobreviven el intervalo de 2 a 5 años en estadio I, para el estadio II solamente la mitad. (Cuadro #5).

La sobrevida a los 5 años, tomada en el grupo A, fue de 100% en los casos conocidos; sin embargo, una fallecida en el intervalo de

Cuadro #5
Sobrevida carcinoma epidermoide invasor
tratado con cirugía radical.
Por: períodos y expresado en porcentajes

	Estadio I	Estadio II
Período A y B a los 2 años	96.42	100.00
Período A y B de 2 a < 5 años	92.85	50.00
Período A A los 5 años	100.00	66.66
Período A De 5 a < 10 años	93.33	66.66

en promedio de 5000 Rads de cobalto-60, todas ellas con metástasis a ganglios en la biopsia. Dos pacientes corresponden al período A, una fallecida (II-a), la otra viva (I-a) después de 5 años. Las otras dos (estadios I-b y II-b) continúan con vida 2 a 5 años después del tratamiento primario.

4. Sobrevida en cirugía no radical.

Han sido sometidas a cirugía no radical 6 pacientes, una a histerectomía ampliada (I-a) con la técnica de Telinde y las restantes a histerectomía simple total abdominal. En dos se desconoce la evolución, dos tratadas en período B (I-a y I-b) continuaron control por menos de 2 años y dos han fallecido, una en estadio III a los 2 años de carcinoma, la segunda falleció a los 2 meses de cirugía, por insuficiencia renal. A la luz de estos datos no es posible deducciones estadísticamente significativas.

5. Sobrevida en cirugía no radical más irradiación.

Nueve pacientes sometidas a cirugía incompleta para un proceso neoplásico, recibieron irradiación complementaria. En seis pacientes irradiación externa de Co-60 a dosis de 5000 a 9000 Rads, excepto un caso en estadio II-a en que se desconoce la evolución; la mortalidad fue de 40% a los 5 años (período B, 2 casos, estadios I-a y II), de 40% después del primer quinquenio (2 casos del período A, estadios I y III) y un 10% por otra causa, representado por una paciente que falleció a los dos y medio años del

tratamiento primario por un estadio II, cuya causa de muerte lo fue un carcinoma de ovario.

Dos pacientes que recibieron tanto irradiación externa (4000 y 1000 Rads) como Radium (1290 y 6150 mg/hora, respectivamente) complementaria a histerectomía total abdominal simple en el período A, fallecieron antes de los 5 años (estadios I y II).

Finalmente, sólo una paciente (estadio I) sobrevive después de 5 años de cirugía no radical más 9275 mg/hora de radium, obteniéndose así solamente 25% de sobrevida a los 5 años para el estadio I tratado con cirugía no radical más irradiación y cero sobrevida en estadios II y III.

6. Sobrevida en irradiación

En las 454 pacientes utilizada la irradiación externa y/o interna como tratamiento primario, la sobrevida fue 100% a los 2 años en estadio I, de 75% en el II, la mitad en el III y solamente una cuarta parte en el estadio IV (cuadro #6). Sin embargo, analizando el período A (226 pacientes) que tienen 5 ó más años de evolución desde su tratamiento primario, en estadio I sobrevive 97%, que se reduce en 10% para el siguiente período de 5 a 10 años; para el estadio II apenas un poco más de la mitad alcanzan los 5 años, incrementándose poco la mortalidad a partir del primer quinquenio (1.82%). En el estadio III un tercio alcanza los 5 años de sobrevida; sin embargo, al avanzar el siguiente período de

Cuadro #6
Sobrevida en carcinoma epidermoide invasor del cérvix
tratado con irradiación.
Por: períodos y expresado en porcentajes

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Período A y B a los 2 años	100.00	75.0	51.35	27.27
Período A y B de 2 a 5 años	97.82	63.0	37.83	13.63
Período A A los 5 años	97.05	58.18	29.54	0.00
Período A De 5 a 10 años	88.23	56.36	25.0	0.00

Cuadro #7
Sobrevida en carcinoma epidermoide invasor del cérvix
tratado con Cobalto-60 más Radium
Por: periodos y expresado en porcentajes

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Período A y B A los 2 años	100.0	75.82	69.56	37.5
Período A y B De 2 a < 5 años	100.0	65.93	52.17	12.5
Período A A los 5 años	100.0	61.70	37.03	0.0
Período A De 5 a < 10 años	95.0	59.57	37.03	0.0

5 años solamente una cuarta parte sobrevive. En estadio IV ninguna paciente alcanza la sobrevida de 5 años. (Cuadro #6).

Ahora bien, siendo aún más estrictos en la selección del material a analizar y tomando en cuenta solamente aquellas pacientes que han recibido un tratamiento completo, caracterizado por irradiación externa e interna, las cifras de sobrevida en estadio I mejoran (100%), prácticamente igual en estadio II (3.52% mayor), en estadio III 7.5% más sobrevida a los 5 años y para el estadio IV se mantiene en 0% (cuadro #7).

C. Tratamiento de las recidivas.

1. De cirugía radical.

En las 45 pacientes tratadas con cirugía radical, se documentó recidiva en 6, 4 en el período A y 2 en el período B. Tres recibieron Cobalto-60, una radium, una Co-60 más quimioterapia. Excepto una en que se desconoce la evolución, una vive con recidiva a los 4 años del tratamiento primario, el resto (66%) falleció. (Cuadro #8).

2. De cirugía no radical.

A pesar de la alta mortalidad en este grupo, solamente en 3 de ellas previo al estado terminal, se documentó la recidiva, de las que sólo una recibió tratamiento (radium) a pesar del cual falleció 2-5 años del tratamiento primario.

3. De irradiación.

En 29 pacientes tratadas primariamente con irradiación, se documentó en su

expediente la recidiva y tratamiento de la misma. En general, dicho tratamiento es de muy poco éxito (cuadro #9); 87% de las pacientes fallecieron a pesar del mismo, la quimioterapia, recurso más frecuentemente empleado, no pasó de ser más que paliativo, la cirugía tuvo éxito en un tercio de los casos (estadios I y II) en que se practicó cirugía radical; sin embargo, 4 pacientes, a pesar de recurrir a dicha cirugía, fallecieron del proceso neoplásico.

D. Complicaciones del tratamiento.

En el cuadro #10 se puede observar cómo la cirugía presenta el menor porcentaje de complicaciones, pero cuando se asocia con la irradiación, ambas técnicas elevan porcentualmente la cifra de fístulas urinarias muy por encima de lo correspondiente a cada una por separado. Además se asoció como complicación la hidronefrosis en dos casos, requiriendo nefrectomía, lo que representa 10.52% de los casos. La incidencia de proctitis es ligeramente superior en la irradiación sola, aunque la frecuencia de colostomía es prácticamente igual para ambos grupos, irradiados o cirugía más irradiación. El piometra se presentó en 0.89% de los casos irradiados.

COMENTARIO

Para finales del siglo pasado, las mujeres portadoras de carcinoma del cuello uterino solamente tenían esperanzas de vida si era factible erradicar totalmente el tumor por

medio de cirugía. Sin embargo, lógico fue que previo a la era de los antibióticos, las modernas técnicas de anestesia y los bancos de sangre, la mortalidad operatoria alcanza cifras tan elevadas como 25%. Además, la experiencia en la cirugía radical condujo a la necesidad de restringirla al grupo de casos en que no solamente era la técnica posible, sino también terapéutica eficaz, limitándose así cada vez más el número de casos quirúrgicos.

quirúrgica, útil para una mayor población y con resultados eficaces. El entusiasmo al menos en los Estados Unidos de Norte América y Canadá, impulsó el abandono de la histerectomía radical desde 1920. El mismo trascendió fronteras alcanzando las muestras y así encontramos una de las primeras, sino el primer reporte en nuestra literatura en relación al tratamiento del cáncer del cuello uterino, en julio 1945 el Dr. José Cabezas D., presenta al Congreso Médico Nacional los

Cuadro #8
Tratamiento y evolución de recidivas
en pacientes tratadas con cirugía radical

Casos recidiva Estadios	Tratamiento de la recidiva	Evolución desde tratamiento primario
Período A: Estadio I-b Estadio I-b Estadio II-b Estadio II-b	Radium vaginal Co-60 + quimiot. Cobalto-60 Co-60 + Radium	Muerta a 5-10 años Viva con recidiva 4 a. Muerta 2-5 años Desconocido
Período B: Estadio I-b Estadio II-b	Cobalto-60 Cobalto-60	Muerta 2-5 años Muerta 2-5 años

Cuadro #9
Tratamiento y evolución de recidivas
en pacientes tratadas con irradiación

Tratamiento	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Evolución
Cobalto ⁶⁰	2	5	2	1	8 muertas 2 desconocido
Radium.		1			1 muerta
Quimioterapia	1	5	4	2	12 muertas
Cirugía	1	5	1		2 vivas 4 muertas

De esta manera, el advenimiento de la "curieterapia" a principios de este siglo, después de los primeros resultados en cáncer de piel, se extendió al tratamiento del cáncer del cuello uterino, acompañando al regocijo de poder ofrecer una técnica terapéutica de mortalidad operatoria mucho menor que la

resultados en curieterapia en el cáncer del cuello uterino, al disponer el departamento radiológico del Hospital San Juan de Dios del primer equipo de radium, el mismo en la Revista Médica de Costa Rica expresa: "El cáncer del cuello uterino es una afección que debe ser tratada por las radiaciones: 1) la

curieterapia estará indicada por excelencia en los grados (¿estadios? *) 1º, 2º y 3º. 2) Harán excepción aquellos casos en que no se pueda hacer una aplicación correcta del radium debido a una atresia uterina; a una posición viciosa e irreductible del útero, a una estenosis vaginal congénita o cicatricial, es decir, únicamente cuando la colocación correcta del radium no sea posible. En estos casos debemos entonces distinguir: a) los operables (grado 1º y 2º) en los cuales el Wertheim está indicado. b) Los inoperables (grado 3º) en los cuales no será posible sino la radioterapia profunda”.

* Nota del autor.

estadio temprano, fundamentalmente el I, la inclinación por cirugía o irradiación debe depender en primer lugar de la experiencia y capacitación del personal médico capaz de administrarlos, ya que es la competencia del personal el principal factor en el éxito terapéutico, tanto en la erradicación de la enfermedad, como en la ausencia de morbilidad inherente a la técnica terapéutica.

La enseñanza del factor tiempo es extraordinaria, reflejo claro de ello es la mejoría en los índices de sobrevida que en el estadio I van desde los originales de 75% (Miegs, 1945) 74.8% (Kottmeier, 1967), pasando por

Cuadro #10
Algunas complicaciones
en el tratamiento de carcinoma epidermoide de cérvix

	Cirugía		Cirugía + irradiación		Irradiación	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fístula urinaria	1	2.22	3	15.78	12	2.69
Cistitis	—	—	1	5.26	5	1.12
Proctitis	—	—	1	5.26	39	8.76
Colostomía	—	—	1	5.26	19	4.26

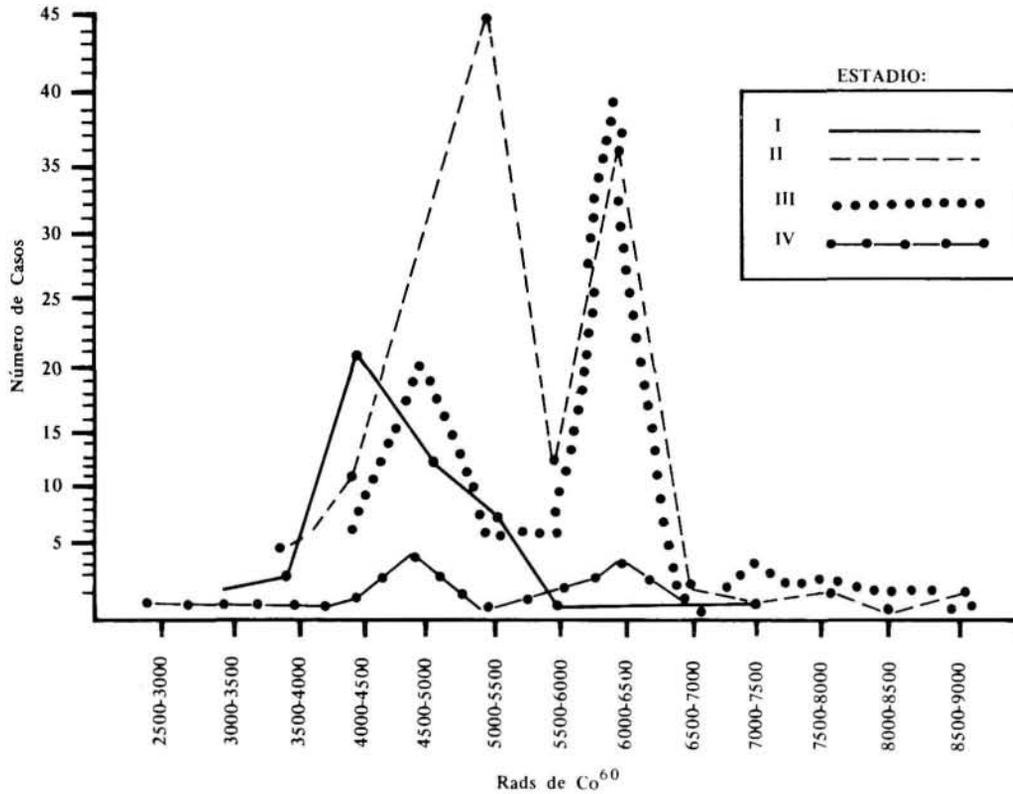
El regocijo inicial trajo consigo la observación, a través del tiempo, de los defectos y complicaciones de la irradiación, de tal manera que algunos investigadores realizaron intentos para revivir la cirugía radical en el arsenal terapéutico, tales como Miegs en 1934, presentando algunas modificaciones a la técnica original de Wertheim, en Inglaterra los discípulos de Victor Bonney reducen las indicaciones pero continúan utilizando la cirugía, al igual que los seguidores de Schawta en Europa, tales como Navratil. El esfuerzo de tantos pioneros en la cirugía radical ginecológica se ve colmado con los progresos en la técnica anestésica, transfusiones sanguíneas y antibióticos-quimioterápicos, lográndose así un lugar para la cirugía en el tratamiento de estadios invasores tempranos, fundamentalmente el I y algunos II.

Podemos argumentar que en el tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino en

múltiples autores (Liu-Miegs 1955, Parsons 1959, Welch, 1961; Makowski 1962, Masterson 1963, Navratil 1963, Fletcher 1967, Gad 1976, Morley 1976, Beechman 1976) hasta la fecha, en que se considera cada tratamiento, quirúrgico o irradiación, está asociado con 90% de probabilidad de sobrevida. Nuestros resultados en la población que tiene 5 ó más años desde el tratamiento primario, demuestran excelente experiencia con 97% en irradiación y 93% en cirugía. Es básico en estos momentos que la “cirugía, de no haber contraindicaciones, debe ser considerada el tratamiento de preferencia para las pacientes en edades de 40-45 años o menor, en tanto la irradiación lo es para pacientes de 60-65 años o mayor. Las pacientes en edad intermedia serán tratadas en forma individualizada cada caso”. (Morley, 1976).

Para el estadio II, la decisión entre cirugía

GRAFICO N° 1
Irradiación externa (Co⁶⁰)
en tratamiento de carcinoma epidermoide de cérvix



e irradiación es más compleja; sin embargo, creemos se debe conservar la sugerencia de Miegs y otros autores, de que la cirugía radical con linfadenectomía pelviana debe reservarse a casos tempranos del estadio II (estadio II-a) sin contraindicación quirúrgica que valora desde la edad hasta afecciones médicas concomitantes y que la evaluación demuestre que técnicamente es posible la resección de una porción adecuada de tejidos vecinos a la lesión, esto es paracolpos-vagina. Las tasas de sobrevida varían mucho entre las series, fenómeno que obedece a la selección de que es parte la población quirúrgica, oscilando desde 54% a 80% (Miegs 1945, Liu-Miegs 1955, Welch 1961, Masterson 1963, Navratil 1963). Nuestras cifras de sobrevida a 5 años se encuentran intermedias entre las revisadas (66%) pero se debe anotar que dependen fundamentalmente de los

casos en estadio II-a, ya que de tres pacientes en estadio II-b, dos fallecieron 2-5 años después del tratamiento primario y en una se desconoce la evolución.

En relación a la irradiación, observamos que el índice de sobrevida fue menor (58.18%) con respecto a la cirugía; sin embargo, de 190 pacientes irradiadas, solamente 27% eran II-a, en tanto el 40% de los casos quirúrgicos corresponden a dicho estadio, fenómeno que claramente explica la diferencia en los resultados para cada una de las técnicas terapéuticas. Los resultados de la irradiación son comparables a los reportados en la literatura desde 54%, (Kottmeier 1967), 60% (Makowsky 1962), pero inferiores a los del M.D. Anderson (Fletcher 1967) de 83.5% para el II-a y 66.5% en II-b. Así, nuestros resultados de sobrevida a los 5 años en estadio II que oscilan de 55-59%

(independientemente de la terapéutica utilizada), son inferiores a los esperados actualmente superiores a 65% (Beechman 1976, Fletcher 1967).

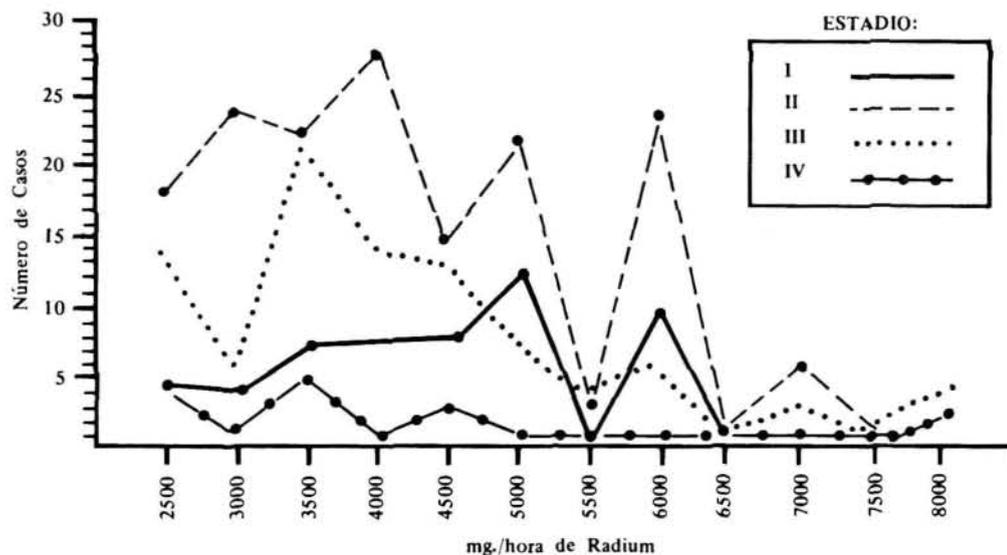
Es innegable que en estos momentos, el abordaje terapéutico primario en estadios III y IV es la irradiación y en ellos no tiene lugar la cirugía. Los resultados obtenidos en nuestro Servicio de Oncología para el estadio II se encuentra en el límite inferior de lo reportado en la literatura entre 30-45% (Fletcher 1967, Makowsky 1962, Kottmeier 1967).

Con respecto al estadio IV, 0% en nuestra serie se compara con igual resultado de Clayton Beechman (1976); sin embargo, la serie del M.D. Anderson (Fletcher 1967) alcanza 14% de sobrevida a 5 años.

Ahora bien, aún cuando en términos globales a través de la experiencia la sobrevida a 5 años ha mejorado para alcanzar 90% en estadio I, 65% en estadio II, en los últimos 25 años no se ha experimentado un aumento significativo, e incluso para los estadios III (35%) y IV (5%) han permanecido prácticamente iguales. Los esfuerzos encaminados a mejorar estas cifras de sobrevida han sugerido que el fracaso depende de metástasis a ganglios, fundamentalmente para-aórticos.

Clásico es considerar la incidencia de ganglios positivos en 16.5% para estadio I, 31.9% para el estadio II, 46.7% para el III (Morton 1964); corroborándose que el hallazgo de ganglios positivos aumenta significativamente para cada estadio las tasas de mortalidad (Parker 1967, Keys 1976, Taylor 1977, Gad 1976). Así los esfuerzos se han encaminado en dos direcciones: irradiación selectiva a cadenas ganglionares más allá de los clásicos puntos A y B, o linfadenectomía selectiva de grupos ganglionares para-aórticos y pélvicos. Cuando se recurre solamente a irradiación, los datos sugieren (Lepanto 1976, Chism 1975) que es relativamente poca la proporción de pacientes que se benefician (3%) del total de pacientes con cáncer del cuello uterino. La segunda alternativa, extirpación quirúrgica de nódulos crecidos, con el propósito de disminuir el volumen de tumor, para irradiación posterior (Keys 1976, Taylor 1977, Piver 1977) demuestran en sus datos que la mejoría en sobrevida es de poco valor y, al contrario, la mortalidad aumenta en forma significativa; sin embargo, la alternativa de una vía quirúrgica extraperitoneal (Berman, 1977) con notable reducción de la morbimortalidad, es una buena posibilidad a evaluar en el futuro.

GRAFICO Nº 2
Radium intrauterino-vaginal
en tratamiento de Carcinoma epidermoide del cérvix



Regresando al concepto de morbilidad terapéutica, la selección de los casos y capacitación del elemento humano quirúrgico, han reducido la incidencia de lesión a órganos vecinos (principalmente vías urinarias) desde 10-12% a no más de 3 a 5% (Mięgs 1945, Green 1962, Masterson 1963, Parker 1967, Welch 1961, Inguila 1967, Telinde 1976). Nuestros porcentajes son excelentes e incluso ocupan el límite inferior de la incidencia esperada actualmente. La obstrucción no neoplásica de vías urinarias posterior a cirugía en algunas series alcanza cifras hasta de 17% (Ulmsten 1975) y es mucho más frecuente al asociar cirugía e irradiación, solamente 2 de nuestros casos (3%) se documenta hidronefrosis de esta etiología (ambas cirugía más irradiación) tratadas con nefrectomía, sin experiencia en técnicas de derivación urinarias (Perry 1975). En relación a la irradiación, la proporción de complicaciones se encuentra en razón directa a las dosis ionizantes recibidas por vías urinarias o digestivas, Kottmeier (1967) cita 0.8%, nuestro material alcanza 2.69% prácticamente igual al quirúrgico y en relación al tratamiento de casos más avanzados.

Clásicamente el uso combinado de cirugía y radioterapia no se aconseja (Novak 1970), la experiencia demuestra que en la cirugía radical posterior a irradiación la frecuencia de fístulas aumenta al doble (Welch 1961, Mikuta 1977, Telinde 1976). Sin embargo, hay técnicas combinadas como la utilizada por Navratil en cirugía de Schawta en que no se emplea sistemáticamente la linfadenectomía, aunque sí la irradiación postoperatoria, con una incidencia de fístulas similar a los casos tratados con solo cirugía o irradiación.

Otros autores (Gad 1976, Surwit 1976) proponen que la asociación de cirugía radical e irradiación está indicada en estadio I-b, en presencia de ganglios positivos. En nuestro material aumenta considerablemente la incidencia de fístulas al asociar cirugía e irradiación, amerita comentario en relación a que la gran mayoría de estas pacientes fueron sometidas a cirugía incompleta y la irradiación administrada debió ser a dosis altas terapéuticas, correspondiendo así no a tratamiento complementario, sino prácticamente primario en un territorio anatómico inadecuado.

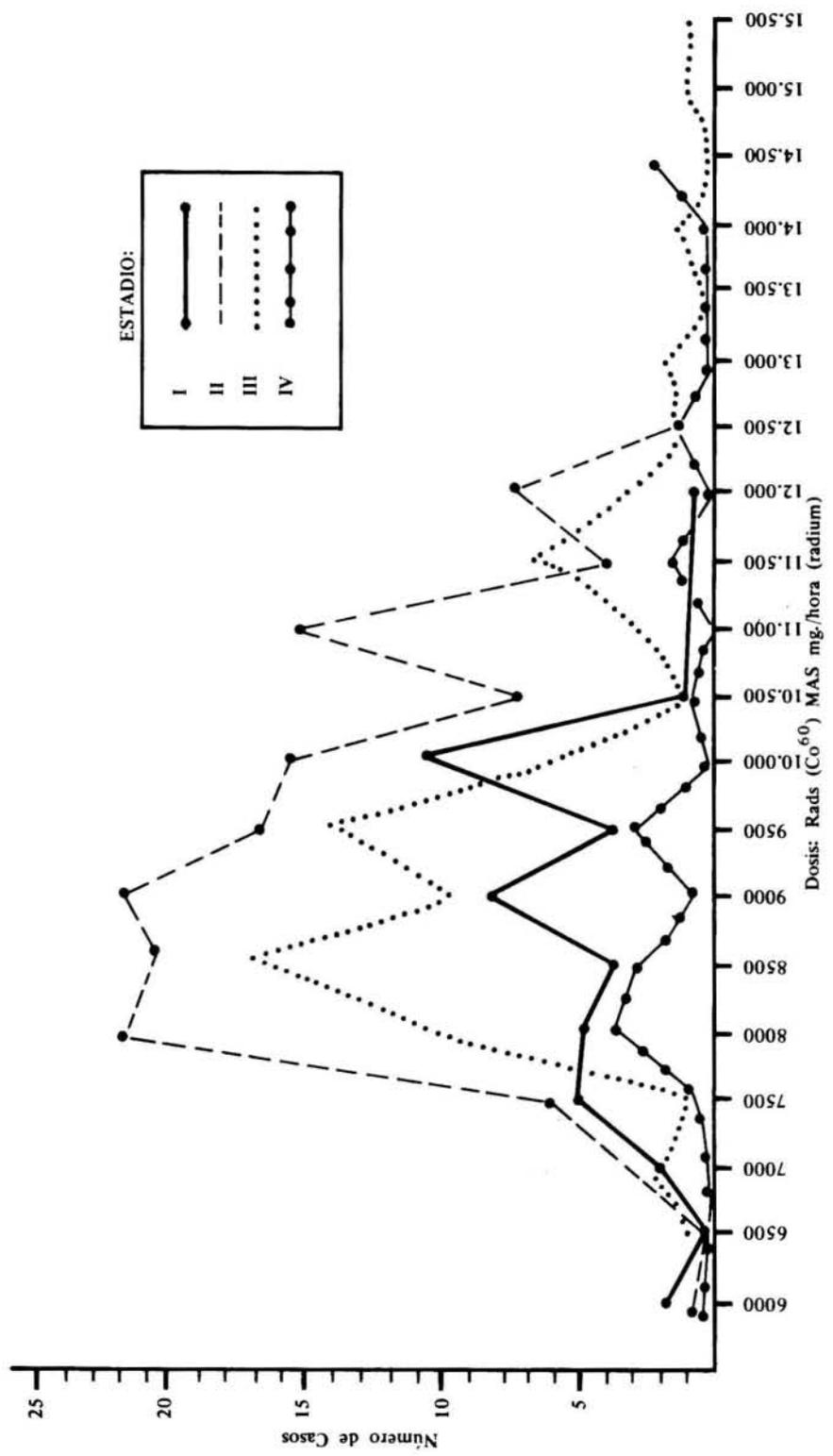
Es dable enfatizar nuevamente que la cirugía conservadora no tiene lugar en el tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino, aunque desafortunadamente seguiremos asistiendo estos casos de no mantener un riguroso estudio preoperatorio de las pacientes que serán sometidas a histerectomía (Davy 1977). En ellas no queda otra alternativa que recurrir a la irradiación en la esperanza de erradicar la lesión.

La recidiva neoplásica es un reto para cualquier centro de oncología ginecológica, podemos decir que en nuestro medio es desalentadora posterior a cirugía radical, ante las cuales se recurre a la irradiación con prácticamente 0% de curación. Cuando la recidiva siguió a tratamiento primario de irradiación, las dosis complementarias fueron un fracaso, la quimioterapia fue nula en la asistencia terapéutica y de la misma no se tienen resultados curativos, sino mejorías clínicas parciales objetivas y subjetivas (Vargas 1973). Finalmente, el tratamiento quirúrgico de la recidiva, cuando éstas son localizadas a pelvis, ha sido la mejor arma terapéutica, 33% de las pacientes aún viven, similar a 40% de incidencia en las series del promotor de esta indicación (Brunschwing 1967), aunque es obvio que estas pacientes representan la población de mejor pronóstico por ser condición absoluta la "localización pélvica de la lesión", ya que ha sido demostrado cómo es mínimo el porcentaje de pacientes que sobreviven ante ganglios positivos (Brunschwing 1967, Symmonds 1975). El último recurso a ofrecer en esta población lo constituye la cirugía ultra-radical (excentración pélvica total o parcial) procedimiento que ocupa un lugar bien definido en el manejo del cáncer ginecológico, con mortalidad operatoria aún elevada, más o menos 10-20%, (Rutledge 1977, Brunschwing 1967, Symmonds 1975) pero con sobrevida de 20-40%, eficaz en una población a la que solamente este recurso se puede ofrecer.

CONCLUSIONES

1. La experiencia adquirida en Servicios de Ginecología-Oncología del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social en sus primeros 10 años de labores, es adecuada y equiparable con la de centros mundiales de conocida reputación.

GRAFICO Nº 3
Irradiación externa (Co⁶⁰) e interna (radium)
en el tratamiento del carcinoma epidermoide del cérvix



2. La cirugía radical tiene su indicación precisa en pacientes con carcinoma epidermoide invasor del cuello uterino I-b, con edades de 40-50 años o menor y sin contraindicación quirúrgica. En la paciente de 45-60 años debe ser considerado cada caso individualmente, para tomar decisión adecuada. A edades de 60 años o mayores, no son candidatas para cirugía.
3. La cirugía ultra-radical tiene su lugar como tratamiento curativo en casos muy seleccionados en que se ha agotado la terapéutica a base de irradiación.
4. Toda cirugía radical en carcinoma invasor del cuello uterino, debe ser realizada SOLAMENTE por personal ginecológico con experiencia y competencia en la técnica.
5. La irradiación en el tratamiento del carcinoma invasor del cuello uterino tiene un lugar fundamental, innegable en todos los estadios. En estadio I puede ser sustituida por cirugía, sin que sea requisito indispensable. Su aplicación, obviamente sólo es responsabilidad del oncólogo radio-terapeuta.
6. La combinación de cirugía e irradiación, en el tratamiento del carcinoma invasor del cuello uterino, no ofrece ventajas en relación a la terapia individual; al contrario, aumenta la probabilidad de morbilidad. Sin embargo, se presenta un grupo de pacientes en que es necesaria tal asociación, pacientes sometidas a cirugía no radical en presencia de un carcinoma invasor, o bien, aquéllas que en la cirugía radical al analizar la pieza operatoria se detectan ganglios linfáticos positivos.
7. Procedimientos adjuntos a la cirugía radical o irradiación convencional, tales como linfadenectomía para-aórtica o extensión de campos de irradiación hasta incluir cadenas ganglionares para-aórticas, están aún en etapa de investigación y sus resultados son controversiales, debe esperarse mayor experiencia al respecto para tomar decisiones adecuadas.
8. La recidiva neoplásica puede ser manejada con irradiación complementaria cuando aún es posible (no se ha sobrepasado la dosis máxima tolerable); sin embargo, casos especiales de estricta localización pélvica sin contraindicación quirúrgica, debe pensarse en el vaciamiento pelviano

como una opción terapéutico-curativa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beechman, C.T. and Beiler, D.D. "Treatment of Cervical Carcinoma". AM. J. OBSTET. GINECOL. 124: 281, 1976.
- 2.- Berman, M.L. et al. "Operative evaluation of patients with Cervical Carcinoma by an extraperitoneal approach". OBSTET. GYNECOL. 50: 658, 1977.
- 3.- Brunschwing, A. "Surgical treatment of carcinoma of the cervix recurrente after irradiation or combination of irradiation and surgery". AM. J. ROENTGEN. 99: 365, 1967.
- 4.- Cabezas D., José. "La curieterapia en el cáncer del cuello uterino". REV. MED. de Costa Rica. 138: 527, 1945.
- 5.- Davy M. et al. "Simple hysterectomy in the presence of invasive cervical cancer". ACT. OBSTET. GYNECOL. SCAND. 56: 105, 1977.
- 6.- Fletcher, G.H. and Rutledge, F.N. "Overall results in radiotherapy for carcinoma of the cervix". CLIN. OBSTET. GYN. 10: 958, 1967.
- 7.- Gad, G. "Treatment and survival in 631 patients with invasive carcinoma of the cervix". BRIT. J. OBSTET. GYNEC. 83: 560, 1976.
- 8.- Green, T.H. "Urologic complication of Wertheim hysterectomy incidencia, etiology, management and prevention". OBSTET. GYNEC. 20: 293, 1962.
- 9.- Inguilla, W. and Cosmi, E.V. "Vesical, ureteral and rectal fistulas following operation for carcinoma of the cervix. Study of 1000 consecutive cases". AM. J. OBSTET. GYN. 99: 1078; 1967.
- 10.- Keys, H. and Park, R.C. "Treatment and survival of patients with cancer of the cervix and nodal metastases". Int J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1: 1091, 1976.
- 11.- Kottmeier, H.L. "Annual report on the results of treatment in carcinoma of the uterus and vagina. "Publisher under the patronage of F.I.G.O., 1967.
- 12.- Lepanto, Ph. et al. "Treatment of para-aortic nodes in carcinoma of the cervix". CANCER 35: 1510, 1975.

- 13.- Liu, W. and Miegs, J.V. "Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy". AMER. J. OBSTET. GYNECOL. 69: 1, 1955.
- 14.- Makowski, E.L. et al. "Results of radiation therapy of carcinoma of the cervix". J.A.M.A. 182: 627, 1962.
- 15.- Masterson, J.G. "Radical surgery in early carcinoma of cervix". AMER. J. OBSTET. GYNEC. 87: 601, 1963.
- 16.- Mikuta, J.J. et al. "The problem radical hysterectomy". AM. J. OBSTET. GYNEC. 128: 119, 1977.
- 17.- Miegs, J.V. "The Wertheim operation for the cervix". AMER. J. OBSTET. GYNEC. 49: 542, 1945.
- 18.- Morley, G.W. and Seski, J.C. "Radical pelvic surgery versus radiation for stage I carcinoma of the cervix (exclusive of microinvasion)". AM. J. OBSTET. GYNEC. 126: 785, 1976.
- 19.- Morton, D.G. et al. "Pelvic lymphnodectomy following radiation in cervical carcinoma". AMER. J. OBSTET. GYNEC. 88: 932, 1964.
- 20.- Navratil, E. "Indications and results of the Schawta-Amreich operation with and without postoperative roentgen treatment in epidermoid carcinoma of the cervix of the uterus". AMER. J. OBSTET. GYNEC. 86: 141, 1963.
- 21.- Novak, E.R.; Jones, G.S.; Jones, H.W. "TRATADO DE GINECOLOGIA". 8a. Ed. Edit. Interamericana S.A. 1970. México.
- 22.- Parker, R.T. et al. "Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy with and without preoperative radiotherapy for cervical cancer". AMER. J. OBSTET. GYNEC. 99: 933, 1967.
- 23.- Parsons, L. et al. "Primary surgical treatment of invasive cancer of the cervix". SURG. GYNEC. OBSTET. 109: 279, 1959.
- 24.- Perry, C.P. et al. "Treatment of irradiation injury to the ureter by ileal substitution". OBSTET. GYNECOL. 46: 517, 1975.
- 25.- Piver, M.S.; Barlow, J.J. "High dose irradiation to biopsy confirmed aortic node metastases from carcinoma of the uterine cervix". CANCER. 39: 1243, 1977.
- 26.- Rutledge, F.N. et al. "Pelvic exenteration: analysis of 296 patients". AM. J. OBSTET. 129: 881, 1977.
- 27.- Surwit, E. et al. "Radical hysterectomy with or without preoperative radium for stage I-b squamous cell carcinoma of the cervix". OBSTET. GYNECOL. 48: 130, 1976.
- 28.- Symmonds, R.E. et al.: Exenterative operation: experience with 198 patients". AM. J. OBSTET. GYNEC. 121: 907, 1975.
- 29.- Taylor Wharton, J. et al. "Preirradiation celiotomy and extended field irradiation for invasive carcinoma of the cervix". OBSTET. GYNECOL. 49: 333, 1977.
- 30.- TeLinde y Mattingly. GINECOLOGIA OPERATORIA. 4a. Ed. Edit. Berbadés, S.A. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- 31.- Ulmsten, Ulf. "Obstruction of upper urinary tract after treatment of carcinoma of the cervix". ACTA OBSTET. GYNECOL. SCAND. 54: 297, 1975.
- 32.- Van Nagell, J.R. and Schiwietz, D.P. "Surgical adjuncts in radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy". SURG. GINECOL. OBSTET. 143: 735, 1976.
- 33.- Vargas Chacón, G. et al. "Perfusión en cáncer del cérvix avanzado". REV. MED. de COSTA RICA. 443: 321, 1973.