

Cáncer de Cervix Uterino Ib.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL — MEDELLIN
ANALISIS DE 290 CASOS

Dres.: Elmer Pinilla Galvis*, Jaime Uribe Duque**, Juan Luis Londoño***.

INTRODUCCION

El cáncer del cérvix uterino continúa siendo en Colombia el tumor maligno más frecuente del aparato genital femenino. Si bien es cierto que hoy se diagnostican en el país cada vez más casos en etapas precoces (NCI, Ia y Ib), también lo es que las etapas avanzadas (II a IV) continúan siendo la mayoría de los casos diagnósticos.

Entre el 1o. de enero de 1970 y 30 de junio de 1984, se registraron en la Clínica de Tumores del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín (HUSV de P.) 3.431 pacientes con cáncer de cuello uterino tanto in situ como invasores (Gráfica 1). De ese total, 2.049 corresponden al período 70-77 y 1.382 al período 78-84. Como puede observarse, hubo una disminución de 667 casos, es decir, 32.5% menos, en el segundo de esos períodos.

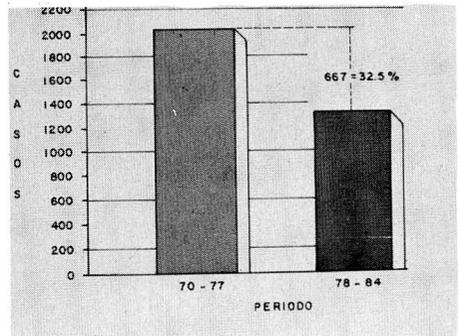
* Profesor Titular, Universidad de Antioquia.

** Profesor Titular, Universidad de Antioquia.

*** Profesor Titular, Escuela de Salud Pública.

Contribución a la ponencia "CANCER GINECOLOGICO" XVI Congreso Colombiano de Ginecología y Obstetricia, Cali, Dic. 85.

Gráfica No. 1
CANCER DE CUELLO UTERINO
1970 — 1984
Total 3.431



La tabla 1 muestra la distribución numérica y porcentual de los 3.431 casos por estadios clínicos: el estadio IIIb (1.255 casos) representa el 36.5%; el 0 (1.158), el 33.7%; el IIb (443), el 12.9%; el Ib (290), el 8.4%; el Ia (155), el 4.5%; el IV (71), el 2.0%; el IIa (41), el 1.19%; y el IIIa (18), el 0.5%. Llama la atención el que los subgrupos "a" de cada etapa clínica contienen un número muy inferior de casos que los subgrupos "b".

CANCER DE CUELLO UTERINO I b

TABLA 1 - DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL
POR ESTADIOS CLINICOS (1970-1984)

| ESTADIO | CASOS | PORCENTAJE |
|---------|-------|------------|
| III b | 1.255 | 36.58 |
| 0 | 1.158 | 33.76 |
| II b | 443 | 12.92 |
| I b | 290 | 8.46 |
| I a* | 155 | 4.51 |
| IX | 71 | 2.06 |
| II a* | 41 | 1.19 |
| III a* | 18 | 0.52 |
| TOTAL | 3.431 | 100.00 |

Si consideramos como "precoces" los estadios 0, la y Ib, y como "avanzados" los II, III y IV (tabla 2), se advierte que los primeros (1.603 casos) representan el 46.7% y que los últimos (1.828 casos) el 53.28%.

CANCER DE CUELLO UTERINO I b

TABLA 2 - PROPORCION ENTRE ESTADOS "PRECOCES"
Y "AVANZADOS" (1970 - 1984)

| ETAPA | CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------|-------|------------|
| PRECOZ (0 - Ia - Ib) | 1.603 | 46.72 |
| AVANZADA (II a - IV) | 1.828 | 53.28 |
| TOTAL | 3.431 | 100.00 |

Botero y Barros (1), entre 236 casos de cáncer del cérvix uterino durante los años 1954 y 1959 en el mismo Hospital (tabla 3), encontraron que el estadio 0 (12 casos) representa el 5%; el I (19 casos), el 8%; el II (64 casos), el 27%; el III (134 casos), el 56.7%; y el IV (7 casos), el 2.9%. Si reunimos esta casuística entre "precoces y avanzados", vemos que en este quinquenio los "precoces" (31 casos) representaban el 13% y los "avanzados" (205) el 86.6%.

En un estudio más reciente, Uribe y col. (2), al analizar 1.395 casos de cáncer invasor de cérvix uterino en el período 1970-1977 (tabla 4) también en el mismo Hospital, encontraron que el estadio

CANCER DE CUELLO UTERINO I b

TABLA 3 - DISTRIBUCION POR ESTADIOS (1954 - 1959)
(J. BOTERO - F. BARROS)

| ESTADIO | CASOS | PORCENTAJE |
|---------|-------|------------|
| 0 | 12 | 5 |
| I | 19 | 8 |
| II | 64 | 27 |
| III | 134 | 56.7 |
| IV | 7 | 2.9 |
| TOTAL | 236 | 99.6 |

I (233 casos) representaba el 16.7%; el II (294), el 21.0%; el III (817), el 58.5%, y el IV (51 casos), el 3.6%.

CANCER DE CUELLO UTERINO I b

TABLA 4 - DISTRIBUCION POR ESTADIOS (1970-1977)
(J. URIBE Y COL.)

| ESTADIO | CASOS | PORCENTAJES |
|---------|-------|-------------|
| I | 233 | 16.71 |
| II | 294 | 21.08 |
| III | 817 | 58.56 |
| IV | 51 | 3.65 |
| TOTAL | 1.395 | 100.00 |

Entre 1.382 casos de cáncer de cérvix uterino invasor durante el período comprendido desde el 1o. de enero de 1978 y 30 de junio de 1984 que acudieron a la clínica de Tumores de HUSV de P., encontramos que el estadio 0 (504 casos) representa el 36.4% (tabla 5); el I (212); el 15.3%; el II (190), el 13.7%; el III (456), el 33.0%, y el IV (20), el 1.4%.

CANCER DE CUELLO UTERINO I b

TABLA 5 - DISTRIBUCION POR ESTADIOS (1978-1984)
(E. PINILLA - J. URIBE)

| ESTADIO | CASOS | PORCENTAJE |
|---------|-------|------------|
| 0 | 504 | 36.46 |
| I | 212 | 15.35 |
| II | 190 | 13.74 |
| III | 456 | 33.00 |
| IV | 20 | 1.45 |
| TOTAL | 1.382 | 100.00 |

De los datos anteriormente anotados se desprende que ha habido un cambio en la distribución de los estadios en favor de las etapas iniciales, aunque las más avanzadas continúan primando.

OBJETIVOS

En el presente estudio se muestran algunos aspectos relacionados con 290 casos de cáncer de cérvix uterino en estadio Ib (clasificación de la FIGO) que se registraron en la Clínica de Tumores del HUSV de P. de Medellín entre el 1o. de enero de 1970 y 30 de junio de 1984; se hace el análisis de los resultados obtenidos y se comparan con los de otros trabajos nacionales; se formulan propuestas para trabajos prospectivos, se extraen algunas conclusiones, se presenta una tabla de Vida y se citan algunos aportes de la literatura nacional relacionada con el tema.

MATERIAL Y METODO

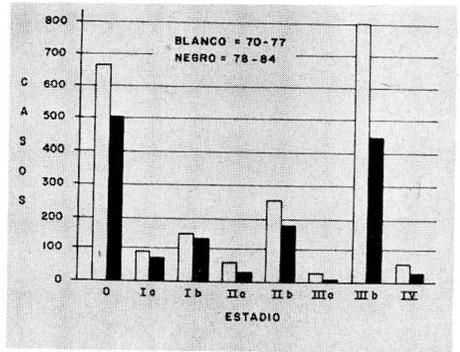
La información fue tomada del registro computarizado de las Historias Clínicas de las pacientes que acudieron, entre las fechas indicadas, en la clínica de tumores. Ellas procedían del área Metropolitana de Medellín, del resto del Departamento de Antioquia y de los Departamentos de Chocó, Caldas, Sucre y Córdoba. El manejo de los casos ha estado a cargo de un grupo multidisciplinario compuesto por ginecólogos, radioterapeutas y patólogos que ha variado muy poco con el tiempo y con una positiva unidad de criterios diagnósticos y terapéuticos.

CANCER DE CERVIX UTERINO Ib.

En esta gráfica se ve cómo ocurrió la disminución de la casuística mostrada en la gráfica 1, estadio por estadio y de período en período.

(Gráfica 2)

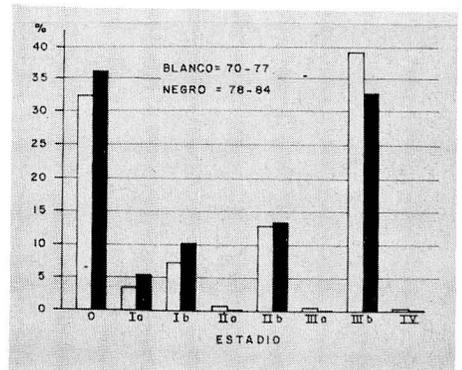
**CANCER DE CERVIX UTERINO Ib.
Casos por estadios y por períodos**



El estadio 0, de 654 casos en el período 70-77 disminuyó 150 para pasar a 504 en el período 78-84. Por el número de casos que representaba, el estadio que más dramáticamente disminuyó fue el IIIb con 347 casos menos y que pasó de 801 a 454. El Ib disminuyó en muy poco y los restantes lo hicieron sensiblemente. La gráfica 2a. muestra la distri-

Gráfica 2a.

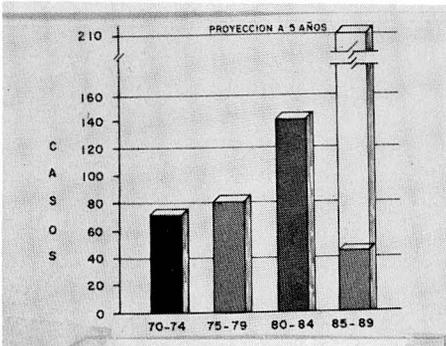
CANCER DE CUELLO UTERINO Ib.



bución porcentual y en ella se ve que en el 2o. período el % de los casos precoces aumentó en tanto que el de los avanzados disminuyó.

(Gráfica 3)

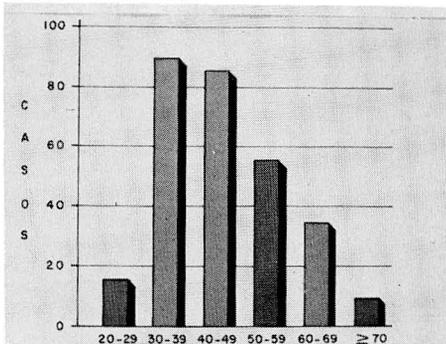
Distribución por quinquenios



En esta gráfica se aprecia un incremento notable del estadio Ib en el período de 80-84, ante el descenso de los demás estadios. Si hacemos una proyección para el próximo quinquenio, basados en 53 casos registrados en 1985, tendremos un vertiginoso aumento para 1989, fenómeno éste que merece investigarse.

(Gráfica 4)

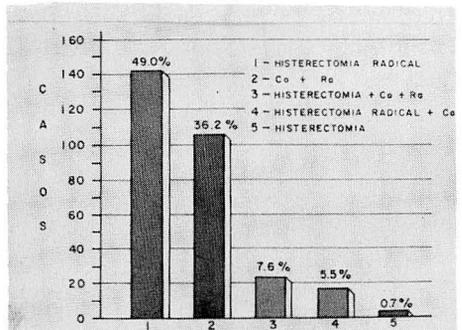
Distribución por edades



De los 290 casos, 16 (5.5%) tenían entre 20 y 29 años; 90 (31.0%), entre 30 y 39 años; 85 (29.3%), entre 40 y 49 años, 55 (18.9%), entre 50 y 59; 34 (11.7%), entre 60 y 69, y 10 (3.4%), en mayores de 70 años.

(Gráfica 5)

Método de tratamiento



A 142 pacientes se les practicó solamente histerectomía radical con linfadenectomía pélvica (48.9%) y a 16 (5.5%) histerectomía radical con linfadenectomía pélvica complementada con cobalto por haber tenido en el estudio patológico compromiso ganglionar. A 102 pacientes se les trató con cobalto y radium (en los últimos años el radium ha sido remplazado por el Cesio). Se prefirió el tratamiento con Radioterapia en aquellas pacientes mayores de 60 años, obesas o con patología asociada que aumentaba el riesgo quirúrgico.

22 pacientes tratadas con histerectomía abdominal más radioterapia complementaria (7.5%) se debió a que la biopsia inicial fue informada como carcinoma in situ o micro-invasor y el espécimen quirúrgico demostró invasión franca del estroma. A 2 pacientes sólo se les practicó la histerectomía simple por dificultades quirúrgicas y nunca volvieron a recibir terapia complementaria.

(Tabla 6)
Tipo histológico

| TIPO | CASOS | PORCENTAJE |
|----------------|-------|------------|
| EPIDERMÓIDE | 273 | 94.13 |
| ADENOCARCINOMA | 17 | 5.87 |
| TOTAL | 290 | 100.00 |

De los 290 casos, 273 (94.1%) eran epidermoides y 17 (5.8%) eran adenocarcinomas.

(Tabla 7)
Embarazos

| METODO | CASOS | PORCENTAJE |
|--|-------|------------|
| HISTERECTOMIA RADICAL - CON-FETO IN SITU | 3 | |
| CESAREA CORPORAL ~ HISTEREC. RADICAL | 1 | |
| CESAREA CORPORAL - RADIOTERAPIA | 1 | |
| RADIOTERAPIA CON FETO IN SITU | 1 | |
| TOTAL | 6 | 2.06 |

Hubo 6 embarazos (2.1%). A 3 se les trató con histerectomía radical, y linfadenectomía pélvica con feto in situ por ser embarazos del primer trimestre; a una paciente se le trató con cesárea corporal y 40 días más tarde histerectomía radical más linfadenectomía pélvica.

A una paciente se le trató con cesárea más radioterapia por contraindicaciones quirúrgicas. Y a una paciente se le trató con radioterapia con feto in situ por embarazo del primer trimestre y contraindicaciones quirúrgicas.

DISCUSION

Con excepción del estadio Ib, ha habido una notoria disminución en la frecuencia absoluta de los demás estadios del cáncer del cérvix uterino en la clínica de tumores de HUSV. de P., lo cual será motivo de investigaciones.

Haciendo caso omiso de los subgrupos y comparando el estudio de Botero y Barros (1954-1959) con el nuestro (1970-1984), se puede apreciar (tabla 8) cómo han aumentado los porcentajes de los estadios iniciales (0, I) y disminuido los avanzados (II, III, IV).

Tabla No. 8
COMPARACION DE ESTADIOS
(1954-59 y 1970-84)

| ESTADIO | PORCENTAJES | |
|---------|---------------------------------|---------------------------------|
| | J. BOTERO - F. BARROS (1954-59) | E. PINILLA - J. URIBE (1970-84) |
| 0 | 5.2 | 33.76 |
| I | 8.2 | 12.97 |
| II | 27.2 | 14.11 |
| III | 56.7 | 37.10 |
| IV | 2.7 | 2.06 |
| TOTAL | 100.0 | 100.00 |

Si omitimos el estadio 0 y consideramos los casos del período 78-84 para comparar los datos con los del trabajo de Uribe. y col. (Tabla 9), se observa que hubo un aumento de más del 100% en el caso del estadio Ib en el segundo de los períodos, y una disminución importante en los porcentajes del IIIb: (57.4% vs. 44.03%)

Tabla No. 9
COMPARACION DE ESTADIOS
(1970-77 y 1978-84)

| ESTADIO | PORCENTAJES | | | |
|---------|---------------------------|--------|---------------------------------|-------|
| | J. URIBE Y COL. (1970-77) | | E. PINILLA - J. URIBE (1978-84) | |
| Ia | 84 | 6.03 | 71 | 8.9 |
| Ib | 149 | 10.69 | 141 | 16.1 |
| IIa | 35 | 2.50 | 6 | 0.6 |
| IIb | 259 | 18.57 | 184 | 21.0 |
| IIIa | 16 | 1.14 | 2 | 0.2 |
| IIIb | 801 | 57.41 | 454 | 51.0 |
| IV | 51 | 3.65 | 20 | 2.2 |
| TOTAL | 1.395 | 100.00 | 878 | 100.0 |

La tabla 10 muestra que el estadio 0 (sobre 3.431 casos) tuvo un incremento importante en su porcentaje en el segundo período (31.9% vs. 36.4%), así

como del estadio Ib (7.2% vs. 10.2%) y del IIIb (que disminuyó de 39.0% a 32.8%).

Tabla No. 10

**COMPARACION DE ESTADIOS
(1970-77 y 1978-84) DE ESTE ESTUDIO
ESTADIO O INCLUSIVE**

| ESTADIO | PORCENTAJES | | | |
|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | 1970 - 1977 | | 1978 - 1984 | |
| O | 55.4 | 31.91 | 50.4 | 36.48 |
| I a | 8.4 | 4.09 | 7.1 | 5.14 |
| I b | 14.9 | 7.27 | 14.1 | 10.20 |
| II a | 3.5 | 1.70 | 6 | 0.43 |
| II b | 2.9 | 12.64 | 1.84 | 13.31 |
| III a | 16 | 0.78 | 2 | 0.14 |
| III b | 80.1 | 39.09 | 45.4 | 32.86 |
| IV | 5.1 | 2.48 | 2.0 | 1.44 |
| TOTAL | 2049 | 100.00 | 1382 | 100.00 |

Se observa entonces, que hay un cambio favorable en la distribución relativa de los distintos estadios: aumento de los precoces y disminución de los avanzados. Los estadios O y IIIb son los que presentan actualmente las mayores frecuencias relativas en el número de casos. Se hace aparente el hecho de que los subproductos "a" se hallan casuísticamente en menor proporción que los subgrupos "b" lo cual puede ser motivo de investigaciones.

Creemos que la distribución de los gineco-obstetras de las nuevas promociones hacia núcleos intermedios de población y la existencia en Medellín de otros centros médicos capacitados para el manejo adecuado de los estadios O y la (ISS, Hospital General, Hospital Pablo Tobón Uribe, y las Unidades Intermedias de salud), explican la disminución de casos en el HUSV de P. durante el período 78-84. La disminución de los estadios avanzados no es explicable en igual forma y será tenida en cuenta para investigaciones futuras. El aumento en el diagnóstico del Ib puede ser reflejo del uso más frecuente de la colposcopia y de la biopsia dirigida, procedimiento

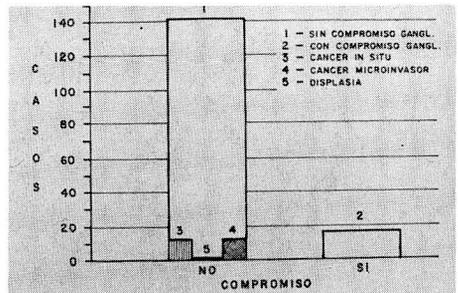
que se realiza tanto en la clínica de tumores del HUSV de P. como en Pro-familia y Caprecón.

Zúñiga (3) presentó un estudio de casos de cáncer de cérvix uterino en estadio Ib tratados con cirugía radical en el Hospital Universitario del Valle, entre los años 1967 y 1976. En general, sus datos son similares a los del presente trabajo, pero llama la atención que el porcentaje de casos para el grupo de edad entre 20 y 29 años fue para el de 20% (18 entre 90) en tanto que para el nuestro fue de 5.8% (17 entre 290); y que el compromiso ganglionar en él fue de 1.1% (uno entre 90) y entre nosotros fue de 10.1% (16 entre 158).

De las 158 histerectomías radicales, 21 mostraron en el estudio del espécimen una lesión menor (ver gráfica 6) lo cual se explica por la posible extirpación de la lesión principal con la biopsia o con el cono.

Gráfica No. 6

COMPROMISO GANGLIONAR



Compartimos con Zúñiga la opinión de que es importante el conteo de los ganglios extirpados durante la linfadenectomía para la evaluación prospectiva de reincidencias tumorales en relación con el número de ganglios comprometidos.

Los 6 casos de embarazo entre los 290 demuestran que esta asociación no es frecuente.

CONCLUSIONES

1. Se observa disminución de casos en la consulta de la clínica de tumores del HUSV de P. debido posiblemente a un aumento en la prestación de servicios por especialistas en las diferentes localidades.

2. Se advierte un aumento porcentual de los estadios iniciales y una disminución de los avanzados lo cual se puede explicar por las campañas de prevención del cáncer.

3. Se recomienda el empleo de la biopsia dirigida y a veces el cono para evitar errores en el informe de la biopsia inicial en estadios tempranos.

CANCER OF THE UTERINE CERVIX. 290 CASES ANALYSIS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL-MEDELLIN

CONCLUSIONS

1. A decrease in the number of cases at the out patient tumor clinic at the Hospital Universitario San Vicente de Paul is noted; perhaps due to an increase in attention by specialists in the different locations.

2. It is noticed a percentual increase in the initial stages and a decrease in

the advanced ones, which can be explained by the cancer prevention campaigns.

3. The directed biopsy is advised and sometimes the cone biopsy in order to avoid mistakes in the reports of the initial biopsy in early stages of the disease.

BIBLIOGRAFIA

BOTERO, J. BARROS, F. Carcinoma de cuello uterino en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Rev. Col. de G—O 20 (6): 411-415, 1969.

URIBE, J. y col. Estudio estadístico de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes tratadas en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, Colombia, durante los años 1970-1977 Rev. Col. de O—G Vo 29, No. 3.

ZUÑIGA, JE. Estudio de 90 casos de cáncer de cérvix uterino tratados con cirugía radical. Rev. Col. de O—G Vol. 36 No. 3.

OTROS TRABAJOS NACIONALES:

CARDONA, F. y col. Diagnóstico y tratamiento de las neoplasias interepiteliales y de los

carcinomas invasores cervicales en el embarazo. Rev. Col. de G—O Vol. 34 No. 4.

ZULUAGA, L. SOTO, C. Cáncer de cérvix y sus factores de riesgo. Estudio de casos y controles Rev. Col. de O—G Vol. 32 No. 4.

GUZMAN, N. Tendencia del cáncer del cérvix uterino en Cali, Colombia. Antioquia Médica. 24 (3): 249-257, 1974.

HENAO, F. y col. Doce años de cirugía radical por cáncer de cérvix en el Hospital San Juan de Dios de Cali. Rev. Col. de O—G 28 (4): 150-158, 1977.

FONNEGRA, A. y col. Histerectomía radical para carcinoma invasor de cuello uterino. Experiencia de 12 años. Rev. Col. de O—G 23 (2): 1972.