

## Cáncer de cérvix. Análisis de 72 casos

Y. Cabrera, A. Nieto, S. Redondo, N. Garrido, C. Tacuri, A. Cano, A. Holgado

### Resumen

• **Propósito:** analizar la casuística y la evolución del cáncer de cérvix en nuestra Area Sanitaria desde la apertura del centro hasta nuestros días.

• **Material y métodos:** es un trabajo retrospectivo. Se revisaron 72 casos de cáncer de cérvix diagnosticados entre 1988 y 2003 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Se utilizó la clasificación anatómico-clínica FIGO.

• **Resultados:** la edad media fue de 49,28 (16-80 años). El síntoma predominante lo constituyó la metrorragia (71,4%). El método diagnóstico de sospecha principal fue la citología (57,6%), y el de confirmación la biopsia exocervical (64,8%). Más de la mitad de los cánceres se diagnosticaron en estadio I (65,7%). El 77,5% correspondían a tumores epidermoides. El tratamiento primario principal lo constituyó la cirugía (56/72), seguido de la radioterapia (13/72) y de medidas paliativas (3/72). Tras 51,08 meses de seguimiento medio, se encuentran vivas el 68% de las pacientes.

• **Conclusiones:** en el cáncer de cérvix, el screening se ha demostrado eficaz, hecho fundamental para el diagnóstico precoz. La cirugía se mantiene como tratamiento primario principal y las tasas de supervivencia, en la actualidad, son elevadas.

### Palabras clave:

Cáncer de cérvix. Revisión. Prevención. Clínica. Diagnóstico. Histología. Pronóstico.

**Oncología, 2005; 28 (5):232-238**

---

Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario de Alcalá de Henares  
Universidad de Alcalá  
Alcalá de Henares (Madrid)

Recibido: 31.08.04

Aceptado: 21.02.05

## Summary

• **Purpose:** To analyze the casuistics and evolution of cervical cancer in our health center from its opening to nowadays.

• **Material and methods:** A retrospective study of 72 cases of cervical cancer diagnosed between 1988 and 2003 at the *Príncipe de Asturias* University Hospital of Alcalá de Henares is made. The FIGO stage classification is used.

• **Results:** The average age of the patients was 49.28 years (range 16-80 years). The predominant symptom was metrorrhagia (71.4%). The main diagnostic method leading to suspect a cancer of the cervix was cervical cytology (57.6%), using exocervical biopsy for diagnosis confirmation (64.8%). 65.7% of the cases were diagnosed in stage I, and 77.5% were squamous cell carcinomas. The principal primary treatment was surgery (56/72), followed by radiotherapy (13/72), and paliative care (3/72). After a follow-up of 51.08 months, 68% of the patients are alive.

• **Conclusions:** Screening for cervical cancer is an effective prevention procedure of cancer of the cervix leading to an early diagnosis. Surgery is still considered the main primary treatment. Survival rates are high at present.

**Key words:** Cervical cancer. Review. Prevention. Squamous cell carcinoma.

## Introducción

A nivel mundial, el cáncer de cérvix sigue siendo el tumor más frecuente del tracto genital femenino. Cada año se diagnostican unos 440.000 casos nuevos de cáncer de cérvix en el mundo y, aproximadamente, la mitad de las pacientes fallecen a consecuencia de la enfermedad. Estos datos a pesar de los programas de *screening* (citología cervicovaginal), que fundamentalmente en países en vías de desarrollo, no abarcan todos los sectores de la población.

En etapas más precoces de la enfermedad, carcinoma *in situ* y carcinoma microinvasivo, la paciente suele encontrarse asintomática, mientras que aproximadamente el 80% de las pacientes con cáncer invasor presentaran una hemorragia genital como primera manifestación de esta enfermedad. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, que representa alrededor del 60%-70% de todos los cánceres de cérvix. Clásicamente, la cirugía y la radioterapia han sido las dos armas terapéuticas más usadas y de probada eficacia en el cáncer cervical. Actualmente, la quimioterapia está demostrando ser una técnica útil en casos seleccionados.

El pronóstico debido a su diagnóstico en estadios

iniciales, no es malo, en general. La tasa de recurrencias oscila entre un 10 y un 20%, de las cuales el 85% suceden en los dos primeros años.

El objetivo del presente trabajo es analizar la casuística, pautas de manejo y evolución del cáncer de cérvix en el período 1988-2003 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de la Universidad de Alcalá, Madrid.

## Material y métodos

Se trata de un trabajo retrospectivo, en el que se revisan los casos de cáncer de cérvix diagnosticados entre 1988 hasta 2003, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid.

Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz constituyen el área sanitaria número 3 dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se trata de un espacio industrial-urbano en torno a la carretera nacional II (Madrid-Barcelona), con una población de 234.685 habitantes (116.578 mujeres) albergando alrededor de un 5% de la población de la región en una extensión del 5% de la misma, erigiéndose en un área de las más jóvenes. La altitud es de 588 metros sobre el nivel del mar, tiene un clima continental con una

temperatura media en enero de 5,1 grados y en julio de 26 grados, siendo la media anual de 13,6 grados.

Se revisan 72 casos de cáncer de cérvix con anatomía patológica comprobada. Las pacientes fueron estudiadas bien por una sospecha clínica fundamentada en la exploración ginecológica, o bien dentro del programa de prevención del cáncer de cérvix que estima recomendable citología anual. Se emplearon como métodos diagnósticos la citología, la colposcopia, la biopsia del exocérvix, el legrado endocervical, la conización y por último la pieza de histerectomía.

Se ha utilizado el sistema de clasificación FIGO.

En los casos quirúrgicos (56/72), se realizó una revisión al tercer-sexto mes postcirugía, pasando después a visitas semestrales. En cada visita y en función del caso se realizaba analítica general, citología, radiografía de tórax, ecografía abdominopélvica y pruebas específicas en función de la exploración y sintomatología que presentaba la paciente. Anualmente, realizamos una mamografía en pacientes de 35 años o más.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico "SPSS", calculando la supervivencia media y actuarial con los tests estadísticos adecuados para cada cálculo.

## Resultados

*Datos generales.* La edad media fue de  $49,28 \pm 14,1$  años. Un número medio de gestaciones de  $3,99 \pm 2,95$ , de las cuales 0,45 es la tasa media de abortos y 3,51 la de hijos. El 92,9% de nuestras pacientes no tenían antecedentes oncológicos, y tan sólo en cinco ocasiones sí los presentaban, correspondiendo tres a carcinoma de mama y dos a carcinoma de endometrio. De la misma forma, sólo el 2,9% presentaban antecedentes familiares oncológicos ginecológicos (hermana con cáncer de endometrio y madre con cáncer de cérvix).

*Clínica.* Un alto porcentaje eran asintomáticas (38,2%); sin embargo, el síntoma mayoritario resultó ser la hemorragia (50%). De los tipos de hemorragia, la predominante fue la metrorragia (71,4%), seguida de la coitorragia (22,9%) y del *spotting* (5,7%). Otros síntomas menos frecuentes fueron la leucorrea (10,3%) y el dolor (1,5%), éste último asociado a estadio avanzado. El número medio de

TABLA I

Estadios	n	Porcentaje
IA		28,4%
IB		37,3%
IIA		11,9%
IIB		7,5%
IIIA		0%
IIIB		10,4%
IV		4,5%
Total	72	100%

meses de evolución de la clínica antes de consultar resultó de  $7,60 \pm 8,04$  meses.

*Diagnóstico.* El método ya clásico de sospecha fue como no podía ser otro, la citología (57,6%), seguido de la colposcopia (22,7%), de la biopsia exocervical (18,2%) y del legrado endocervical (1,5%). El principal método diagnóstico de confirmación lo constituyó la biopsia exocervical, abarcando el 64,8% de las pacientes. Del resto de los casos, se obtuvo el diagnóstico mediante el legrado endocervical (7%), la conización (14,1%) e incluso la pieza de histerectomía (14,1%).

La gran mayoría de los tumores fueron diagnosticados en estadios iniciales, como el IA (28,4%) y el IB (37,3%), siendo respectivamente del 11,9%, 7,5%, 0%, 10,4% y 4,5% para los estadios IIA, IIB, IIIA, IIIB y IV (Tabla I). Histológicamente, el 77,5% correspondían a tumores epidermoides. Los adenocarcinomas representaron el 12,7% y otras variedades tales como adenoescamosos y rhabdomyosarcoma embrionario botrioide el 4,2%. Existe un 5,6% de los casos en que se desconoce, porque eran pacientes remitidas de otros centros sin un informe detallado. En cuanto al grado histológico, el 16,7% eran bien diferenciados, el 15,3% moderadamente diferenciados y el 13,9% mal diferenciados.

*Tratamiento.* El tratamiento primario principal, lo constituyó la cirugía en el 77,8% de los casos (56/72), seguido de la radioterapia en el 18,1% de los casos y de medidas paliativas en el 4,2%.

En los casos en los que se realizó tratamiento quirúrgico primario, la técnica más empleada fue la histerectomía radical (41,7%), subdividiéndose en el 70% de los casos en un Wertheim y en el 30% restante en un Schauta. Se asoció linfadenectomía en todos los casos, obteniendo de número medio de ganglios linfáticos  $12,52 \pm 6,9$  y con afectación tu-

moral de éstos en  $0,52 \pm 1,82$ . En 23/56 ocasiones se ejecutó una histerectomía simple (31,9%) y en 4/56 ocasiones se optó por una conización o amputación cervical (5,6%).

En el cómputo general, más de la mitad de las pacientes recibieron radioterapia (52,8%), bien como tratamiento primario (13/38), bien como coadyuvancia (25/38). Un 58,8% recibieron radioterapia externa e interna, un 14,7% sólo radioterapia externa y un 8,8% braquiterapia.

Otra herramienta terapéutica que se empleó, fue la combinación de quimioterapia con radioterapia (11,3%).

El uso de medidas paliativas alcanzó una cifra del 12,5%, equiparable a la tasa de muertes por enfermedad, especificada posteriormente.

Trece casos (20,6%) presentaron tras el tratamiento algún tipo de secuela como enteritis radica (4/13), linfedema de extremidad inferior (1/13), neutropenia y trombopenia secundaria a quimioterapia que obligó a suspenderla (1/13), reimplantaciones ureterales (2/13), y colostomía (5/13). Estas dos últimas complicaciones surgieron en la histerectomía total Schauta, por la alta morbilidad que presenta la incisión de Schuchardt.

*Evolución.* Tras 51,08 meses de seguimiento medio en nuestras pacientes, se encuentran vivas sin enfermedad el 56,9%, viven con enfermedad el 11,1%, han muerto por el cáncer el 13,9%, y desconocemos su situación por no acudir a las revisiones o por cambio de domicilio en un 18,1% de los casos.

En el seguimiento de nuestras pacientes, permanecieron libres de enfermedad el 65% de las mismas; sin embargo; el 35% restante presentó persistencia de la enfermedad (8,3%), recidiva en pelvis (11,7%), metástasis a distancia (10%) o ambas, esto es, recidiva local y metástasis a distancia en el 5% de los casos. De los casos de metástasis a distancia, cuatro se localizaron a nivel óseo y dos casos a nivel pulmonar.

*Supervivencia.* La supervivencia actuarial Kaplan-Meier global a los cinco años ha sido de 84% y a los diez años de 80% (Fig. 1). La supervivencia por estadios se muestra en la Figura 2.

## Discusión

El cáncer de cérvix es un importante problema de salud mundial, constituyendo el segundo cáncer más

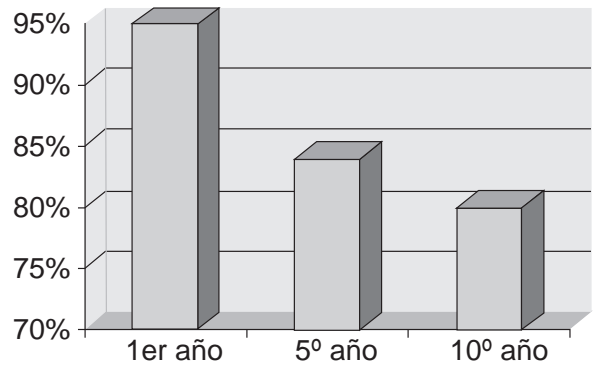


Figura 1. Cáncer de cervix. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Supervivencia actuarial global (n=72).

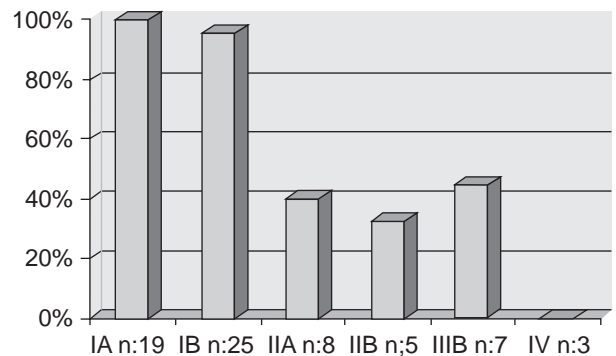


Figura 2. Supervivencia por estadios.

común de la mujer. La incidencia mundial del cáncer de cuello es de alrededor 440.000 casos por año, habiéndose observado, en la última década, un ligero incremento de la incidencia y de la mortalidad del cáncer de cérvix en algunos países desarrollados<sup>1</sup>. En España ocupa el tercer lugar (8,5 casos por 100.000 mujeres/año), en orden de incidencia, detras del cáncer de endometrio y del de ovario<sup>2</sup>.

Han sido identificados factores de riesgo que contribuyen en el desarrollo del cáncer de cuello, de los cuales el principal es la infección por HPV. Existen más de 70 tipos diferentes de HPV; sin embargo el 75%-80% de todos los cancers de cérvix son atribuibles a cuatro tipos de HPV (16, 18, 31y 45)<sup>1</sup>. Es conocido asimismo su transmisión sexual, siendo la prevalencia del HPV en mujeres mayores de treinta años en torno a un 5%-15%. Generalmente, la mayor parte de los contagios pasan desapercibidos y regresan espontáneamente. Entre el 5% y 10% de las

mujeres, adquieren el estado de portador crónico, algunas de las cuales evolucionarán posteriormente a lesiones neoplásicas. En esta progresión podrían intervenir los llamados cofactores ambientales (tabaco, uso prolongado de anticonceptivos y alta paridad), la edad de la infección y el estado inmunitario de la mujer<sup>3,4</sup>.

Nuestros hallazgos muestran que el diagnóstico del cáncer de cérvix suele ser en estadios iniciales, en consonancia a lo comunicado por otros autores<sup>5,6</sup>. La clave, a nuestro juicio, está en las campañas de *screening* y en que las manifestaciones hemorrágicas, que son el síntoma más común, obligan a la población a consultar y al facultativo a estudiar toda metrorragia, coitorragia, spotting, leucorrea etc<sup>7</sup>.

La citología sigue siendo el principal método de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, por ser probablemente el mejor test de *screening* usado en la actualidad<sup>8</sup>. Es un test barato, sencillo, fiable, reproducible y mínimamente invasivo, pero con una sensibilidad que varía ampliamente en las diferentes estadísticas entre el 50% y el 98%<sup>9,10</sup>. Por ello, en la literatura se recomienda en los medios en que así sea posible, complementarla con la colposcopia para alcanzar un valor predictivo negativo cercano al 100%<sup>11-15</sup>.

La variedad anatomopatológica más frecuente es la de células escamosas que representa el 60-70% de todos los tumores, seguida de los adenocarcinomas y de los tumores adenoescamosos (como en nuestra casuística). En los últimos años se ha asistido a un aumento de los adenocarcinomas, debido por una parte a la disminución de los carcinomas epidermoides por un mejor diagnóstico precoz, pero también a un aumento absoluto de los adenocarcinomas, especialmente en las mujeres jóvenes. La epidemiología, historia natural y pronóstico de los adenocarcinomas y de los adenoescamosos, es todavía desconocida. Son tumores de diagnóstico tardío en estadios avanzados, debido en parte a su frecuente localización endocervical<sup>16-17</sup>.

El estudio de extensión es esencial para formular la estrategia terapéutica óptima, por lo que las técnicas de diagnóstico por imagen como TAC o RMN y, sobre todo los procedimientos endoscópicos (cistoscopia y rectosigmoidoscopia) son las armas más empleadas. En cualquier caso, el examen clínico sigue constituyendo la piedra angular del estudio de extensión locorregional<sup>18</sup>.

Entre los factores pronósticos confirmados del cáncer del cérvix, se encuentran el estadio clínico (probablemente el más significativo), la afectación ganglionar, la permeación linfovascular, el tamaño tumoral y la profundidad de penetración del estroma<sup>19-22</sup>. Los factores moleculares están en plena fase de investigación y podrían seleccionar a aquellas pacientes susceptibles de beneficiarse de un tratamiento inicial más agresivo por contar con un peor pronóstico<sup>23</sup>.

El tratamiento quirúrgico Standard por ahora sigue siendo la histerectomía radical abdominal tipo Wertheim-Meigs, si bien es posible que a tenor del auge que va adquiriendo la linfadenectomía laparoscópica, la operación por vía vaginal de Schauta resurja con fuerza, porque aunque con series pequeñas los resultados son buenos, similares a los obtenidos en la clásica vía laparotómica. La histerectomía radical laparoscópica es de desarrollo reciente, y está pendiente de demostrar su utilidad a medida que se lleven a cabo ensayos clínicos amplios y bien diseñados.

La importancia y utilidad de la linfadenectomía en el cáncer de cérvix, es hoy por hoy una evidencia, cumpliendo una función diagnóstica, pronóstica y curativa<sup>24-26</sup>.

La otra gran arma terapéutica de demostrada eficacia es la radioterapia, mostrando índices de supervivencia semejantes a la cirugía radical en estadios precoces. Sigue constituyendo el tratamiento primario en etapas más avanzadas de la enfermedad<sup>27</sup>. Es útil además como complemento postoperatorio en casos de tumores mayores de 4 cm, con afectación parametrial, linfovascular, ganglionar o márgenes afectos y como indicación paliativa hemostática, descompresiva y antiálgica<sup>24</sup>. Actualmente la radioterapia ha disminuido de forma llamativa la tasa de complicaciones debido a los ajustes individuales de dosis y volumen. La complicación más frecuente es la enteritis rádica (3%-20%), como en nuestra serie<sup>28,29</sup>.

La quimioterapia puede ser empleada como uso paliativo (para mejorar la supervivencia en estadios avanzados en casos de recidiva o de metástasis) y, en un intento curativo neoadyuvante o coadyuvante, asociado a otras terapias. De lo publicado hasta hoy, hay acuerdo en que el fármaco de elección es el cisplatino. No está comprobado que la poli-quimioterapia sea superior a la monoterapia<sup>30</sup>.



Finalmente, concluimos que en nuestra área se cumplen de forma general las características del cáncer de cérvix recogidas en la literatura para países desarrollados. Contituye una de las entidades en la que el *screening* se ha demostrado más eficaz, siendo este hecho fundamental para el diagnóstico precoz. La cirugía se mantiene como tratamiento primario principal, y las tasas de supervivencia, en la actualidad son elevadas.

---

Correspondencia:  
Dra. Y. Cabrera Guerra  
C/Alejandro González, 3 - 7°C  
E-28028 Madrid  
E-mail: Jasmiclasmi@yahoo.es

## Bibliografía

1. Rock CL, Michael CW, Reynolds RK, Ruffin MT. Prevention of cervix cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2000; 33:169-85.
2. Borrás JM, Borrás J, Viladiu P, Bosch FX. La epidemiología y la Prevención del Cáncer en Catalunya:1975-1992. Institut Catalá d'Oncología (ed). Barcelona,1997:1-435.
3. Jenkins D. Human papillomaviruses in cervical screening. *Current Diagnostic Pathology* 2001; 7:96-112.
4. Bosch FX, Muñoz N, De Sanjosé S. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 1997; 51:268-75.
5. Hatch KD, Fu YS. Cáncer cervical y vaginal. In: Ginecología de Novak, Berek JS (ed). Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana 1998; 32:1111-53.
6. Pettersson F. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Radiumhemmet, Stockholm, Sweden. Figo 1994:132-68.
7. Rosenthal AN, Panoskaltis T, Smith T, Soutter WP. The frequency of significant pathology in women attending a general gynaecological service for postcoital bleeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001;108:103-6.
8. Michalas SP. The Pap test: George N. Papanicolaou (1883-1962). A screening test for the prevention of cancer of uterine cervix. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 90:135-8.
9. MacGregor JE. False negative cervical smears. *Br J Obstetrics & Gynecology* 1993; 100:801-2.
10. De Mayo RM. Cytopathology of false negatives preceding cervical carcinoma *Am Journal Obstetrics & Gynecology* 1996; 175:1110-3.
11. Blumenthal PD, Gaffikin L, Chirenje ZM, McGrath J, Womack S, Shah K. Adjunctive testing for cervical cancer in low resource settings with visual inspection, HPV, and the Pap smear. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 72:47-53.
12. Mitchell MF, Schottenfold D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 91:626-31.
13. University of Zimbabwe: Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *The Lancet* 1999; 353:869-73.
14. Miller AB. The (in)efficiency of cervical screening in Europe. *Europe Journal of Cancer* 2002; 38:321-6.
15. Puig-Tintoré LM, Menéndez A, Bosch FX, Castellsagué X, Coll Capdevila C, Cortés Bordoy C. La infección por papillomavirus. En: Documento de Consenso. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCO) 2003.
16. Erzen M, Mozina A, Bertole J, Syrjanen K. Factors predicting disease outcome in early stage adenocarcinoma of uterine cervix. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 101:185-91.
17. Wright TC, Richart RM. Pathogenesis and Diagnosis of Preinvasive Lesions of the Lower Genital Tract. En: Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Hoskins WJ, Pérez CA, Young RC (ed). Philadelphia: Lippincott-Raven 1997.
18. Russell AH, Shingleton HM, Jones WB, Fremgen A, Winchester DP, Clive R, Chmiel JS. Diagnostic assessments in patients with invasive cancer of cervix: A national patterns of care study of the American college of surgeons. *Gynecologic Oncology* 1996; 63:159-65.
19. Ishikawa H, Nakanishi T, Inoue T, Kuzuya K. Prognostic factors of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecologic Oncology* 1999; 73:42-6.
20. Pickel H, Haas J, Lahousen M. Prognostic factors in cervical cancer. *Europea Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1997; 71:209-13.
21. Kristensen GB, Abeler VM, Risberg B, Tropé C, Bryne M. Tumor size, depth of invasión, and grading of the invasive tumor front are the main prognostic factors in early squamous cell cervical carcinoma. *Gynecologic Oncology* 1999; 74:245-51.
22. Memarzadeh S, Natarajan S, Dandade DP, Ostrzega N, Saber PA, Busuttill A, Lentz SE, Berek JS. Lymphovascular and perineural invasión in the parametria: a prognostic factor for earlystage cervical cancer. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 102:612-9.
23. Werner M, Schmid CH, Bornstein L, Ball HG, Smith DM, Jones M. Prognostic factors for local and distant recurrence in stage Y and II cervical carcinoma. *International Journal Radiot Oncol Biol Phys* 1995; 32:109-1317.
24. González-Merlo J, et al. Grupo cáncer de cuello uterino. Documento de consenso de la SEGO 1997:115-58.
25. Michel G, Casaigne D, Morice P, Lanoux P. Cirugía de los

- cánceres del útero. *Encycl Méd Chir Gynécologie* 1997; 41-730.
26. Decloedt J. Laparoscopy in gynaecologic oncology: a review. *Critical reviews in Oncology/Hematology* 1999; 31: 15-26.
  27. Eifel PJ. Carcinoma of the cervix. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 1997; 39:122.
  28. Barillot I, Horiot JC, Bone-Lépinoy MC, Maingon P, Chapelain G, Comte J. Multivariate analysis of complications of radiotherapy alone in cervix cancers. *European Journal of Cancer* 1995; 31:S104.
  29. Barillot I, Maingon P, Truc G, Horiot JC. Complications of treatments of carcinoma on intact uterine cervix: results and prevention. *Cancer/Radiothérapie* 2000; 4:147-58.
  30. Lukka H, Hirte H, Fyles A, Thomas G, Elit L, Johnston M, Fung Kee Fung M, Browman G. Concurrent cisplatin-based chemotherapy plus radiotherapy for cervical cancer- a meta-analysis. *Clinical Oncology* 2002; 14:203-12.