

Cáncer del cuello uterino: Tratamiento y supervivencia, años 1966–1970

Por los Dres.:

JOSE JIMENEZ MEDINA⁶ y JOSE ALERT SILVA* y la comp.: BERTA FERNANDEZ OLIVA⁷

Jiménez Medina, J. y otros. *Cáncer del cuello uterino: Tratamiento y supervivencia, años 1966-1970*. Rev Cub Med 17: 5, 1978.

Se plantea que las neoplasias malignas del cuello uterino ocupan el 2do. lugar en frecuencia en la mujer cubana. Su tratamiento es esencialmente con radiaciones ionizantes, ya que la cirugía se reserva para las etapas preclínicas y microinfiltrantes. Se presentan los resultados obtenidos en una serie de 1 592 pacientes tratadas en el Instituto de Oncología y Radiobiología, en Ciudad de La Habana, y en el Hospital Oncológico Docente, de Santiago de Cuba. La supervivencia global de 5 años fue del 54,4%, con 80,9% en la etapa I; 56,5% en la II; 35,9% en la III; y 11,1% en la IV. No se observan diferencias de la supervivencia entre las portadoras de carcinomas epidermoides diferenciados, indiferenciados y adenocarcinomas. El mejor resultado se obtuvo en las pacientes en quienes se pudo aplicar el Ra intracavitario seguido de la irradiación externa a los parametrios. La complicación más frecuentemente encontrada fue la proctitis facticia.

INTRODUCCION

El cáncer del cuello uterino ocupa el 2do. lugar en incidencia, y mortalidad de la mujer cubana, después del de la mama; según el Registro Nacional del Cáncer,¹ en el trienio 1970-1972, cada año se diagnosticaron 601 casos nuevos de esta enfermedad.

La tasa anual de morbilidad por cada 100 000 mujeres es de 14,3.

El pronóstico de esta afección es uno de los mejores, según los informes aparecidos en la literatura médica mundial, debido especialmente al mejor conocimiento de la biología tumoral, la dosimetría de las radiaciones ionizantes

empleadas en el tratamiento y el uso de diversos métodos que han llevado a la creación de escuelas ya clásicas, como las de París, Estocolmo y Marichester, entre otras. Actualmente han sido incorporados al arsenal terapéutico tradicional del radium, otros isótopos de vida media relativamente corta, como el cobalto 60 y el cesium 137.

Ultimamente ha ganado terreno la aplicación diferida, o semidiferida, con cualquiera de los elementos de radiación utilizados, con lo que se ha reducido al mínimo la exposición del personal que las manipula.

Podríamos decir que el mejor método es aquél con el cual se obtienen mejores resultados según la técnica utilizada.

⁶ Especialista de I grado en oncología. Instituto de Oncología y Radiobiología, 29 y E. Vedado, Ciudad de La Habana.

⁷ Profesora de estadística, Ministerio de Salud Pública.

El objetivo del trabajo es analizar la supervivencia obtenida en una serie de pacientes tratadas con radiaciones ionizantes.

MATERIAL Y METODO

El material está constituido por una serie de 1 592 pacientes, tratadas en el Instituto de Oncología y Radiobiología (IOR), en Ciudad de La Habana y en el Hospital Oncológico Docente (HOD), de Santiago de Cuba, durante el período 1966-1970.

Las pacientes fueron clasificadas en etapas clínicas según el sistema TNM, de la UICC, utilizando para el mismo el examen ginecológico y la cistoscopia.

Seguimos la Escuela de Manchester en la concepción del triángulo paracervical, los puntos A y B y la disposición en T invertida de las fuentes de irradiación intracavitarias, seguidas por la irradiación externa de los parametrios.

Para la braquiterapia endocavitaria, se utiliza el radium 226 (Ra) en tubos, colocados en tandemes v ovoides. El tandem se situó desde el fondo de la cavidad uterina hasta el orificio

externo del cérvix, conjuntamente con los ovoides colocados en los fórnices vaginales, durante 102 horas de tiempo total de irradiación, en 2 aplicaciones de 51 horas, separadas por un tiempo de 7 a 10 días, y una dosis de 7 140 miligramos- hora. Este arreglo permite la aplicación de una dosis óptima en el punto A, para- cervical.

Para la irradiación externa de los parametrios se utilizó un equipo de tele- gammaterapia con cobalto 60 (Co 60), a la distancia fuente-superficie de 50 cm.

Existen algunas variantes en el método empleado; cuando el crecimiento tumoral impidió la correcta colocación de las fuentes de Ra, con alteración de la distribución dosimétrica, se comenzó con la irradiación externa con Co 60, en dosis variables entre 2 000 y 3 000 rads-tumor, con lo que obtuvo la disminución de la lesión, y la posibilidad de una adecuada distribución de las fuentes de Ra.

Las dosis promedios suministradas en esta forma fueron de 7 000 a 9 000 rads en el punto A, y de 6 000 a 7 500 rads en el punto B.

CUADRO I
ETAPA CLINICA E INSTITUCION AÑOS 1966-1970

Etapa clínica	Instituto Oncología y radiob.	Hospital Oncológico Stgo. Cuba	No.	T o t a l % por etapa
I	142	188	330	20,7
II	538	302	850	53,4
III	169	126	295	18,5
IV	55	62	117	7,4
Total	904	688	1 592	100,0
% tratados por Institutos	56,8	43,2		100,0

R.C.M.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE. 1978

Presentación de datos y resultados

De las 1 592 pacientes, 904 (56,8%) correspondieron al IOR y 688 (43,2%) al HOD.

En la etapa I se encontraron 330 pacientes (20,7%); en la II, 850 (53,4%); en la III; 295 (18,5%); y en la IV, 117 (7,4%) (cuadro I).

El grupo de edad (cuadro II) de hasta 30 años, se integró con 24 pacientes (1,5%); el de 31 a 40, con 196 (12,3%); el de 41 a 50, con 427 (26,8%); el de 51 a 60, con 567 (35,7%); el de 61 a 70, con 267 (16,8%); el de 71 a 80, con 80 (5,0%); y el de mayores de 80, con 31 pacientes (1,9%). En el grupo de hasta 30 años de edad hay 19 pacientes de la etapa II; 4 de la I; y 1 de la III. Es a partir de 31 a 40 años que la incidencia en las etapas I y II comienza a aumentar, y se hace notable entre los 41 y 50 años. Su clímax se alcanza entre los 51 y 60 años de edad. Es importante observar las 5 pacientes de más de 80 años en etapa clínica I.

La supervivencia obtenida (cuadro III) a los 5 años fue de 267 pacientes en la etapa I (80,9%); 480 en la II (56,5%);

106 en la III (35,9%); y 13 en la IV (11,1%), con una supervivencia global para toda la serie de 866 pacientes (54,4%).

En el estudio histórico (cuadro IV), la mayor incidencia correspondió al carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con 722 pacientes (45,3%) y con una supervivencia en este grupo, de 400 pacientes (55,5%). Al carcinoma in- diferenciado correspondieron 405 pacientes (25,4%), con una supervivencia de 199 (49,1%). Adenocarcinomas, 117 pacientes (7,3%), con una supervivencia de 68 (58,2%).

Cuando relacionamos la supervivencia con los distintos grupos de edad (cuadro V), encontramos que hasta los 30 años hay 14 pacientes fallecidas y 10 vivas, y el número de pacientes vivas a los 5 años comienza a aumentar en el grupo de 31 a 40 años para hacerse notable en los de 41 a 50 y 51 a 60 años. De las pacientes mayores de 80 años, 20 están fallecidas y 11 vivas al cabo del período de tiempo considerado para la supervivencia.

En el gráfico las curvas de supervivencia y mortalidad se entrecruzan en

CUADRO II

N. Etapa Edad	DISTRIBUCION POR EDAD Y ETAPA CLINICA AÑOS 1966- 1970						Total	
	IA	IB	IIA	11B	III	IV	No.	%
20-30	—	4	—	19	1	—	24	1,5
31 -40	1	63	6	88	32	6	196	12,3
41 -50	2	77	15	218	95	20	427	26,8
51 -60	1	102	15	298	107	44	567	35,7
61 -70	—	58	14	127	41	27	267	16,8
71 -80	—	17	5	29	12	17	80	5,0
Más de 80	—	5	1	15	7	3	31	1,9
Total	4	326	56	794	295	117	1 592	100,0

CUADRO III
SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS SEGUN ETAPA CLINICA AÑOS 1966- 1970

Etapa	Vivas		Fallecidas		Total
	No.	%	No.	%	
I	267	80,9	63	19,1	330
II	480	56,5	370	43,5	850
III	106	35,9	189	64,1	295
IV	13	11,1	104	88,9	117
Total	866	54,4	726	45,6	1 592

las edades de 21 a 30 años y 71 a 80 años y más, y ambas curvas tienen su máximo exponente en el grupo de 51 a 60 años de edad.

Según la variante de tratamiento empleada (cuadro VI), en el mayor número de pacientes se empleó el Ra intracavitario seguido del Co 60 externo a parametrios (823 pacientes), con 506 vivas (58,5%); el Co 60 más Ra más Co 60 (387 pacientes), con 222 vivas (25,6%).

De las 117 pacientes con localización en endocérvix (cuadro VII), 68 (el 58,2%) estaban vivas a los 5 años, con 80,0% de supervivencia en la etapa I, hasta 0 en la IV.

Las complicaciones (cuadro VIII) se presentaron en 277 pacientes (17,7%): las proctitis facticias (comprobadas por rectoscopias) fueron las de mayor incidencia, con 203 (73,3% del total de complicaciones), seguidas de cistitis, en 43 pacientes, así como otras.

Al tratamiento con Ra y Co 60 correspondió la mayor incidencia en complicaciones. Las fístulas solamente aparecieron en el 1,9% de las pacientes.

En las 726 pacientes fallecidas (cuadro IX), 340 lo fueron a causa de actividad de la lesión, 90 por metástasis y 296 sin signos de actividad.

DISCUSION

El cáncer del cuello uterino reviste gran importancia en Cuba, ya que ocupa el 2do. lugar en morbilidad de neoplasias malignas en la mujer, con la posibilidad de disminuir su mortalidad mediante el Programa de Detección Preclínica.³

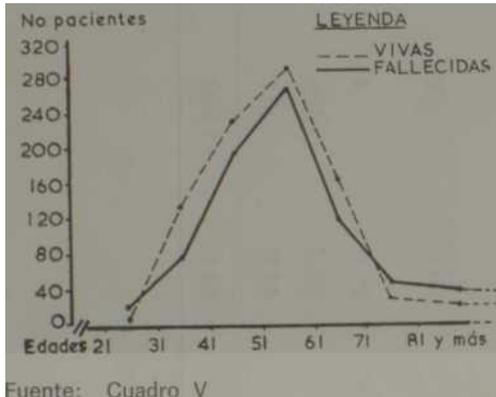
En su tratamiento han sido empleados varios métodos, pero en la actualidad es esencialmente el de irradiación; la cirugía es reservada para las neoplasias preclínicas y microinvasoras, fundamentalmente. Prácticamente la mitad de las pacientes no sobrepasaban en nuestra serie los 50 años de edad, y en el grupo de hasta los 60 años se encontró la mayor parte de ellas. Además, el 74,1% del total de las pacientes se clasificaron de estar en las etapas clínicas I y II, en las que la intención de los tratamientos era la curación. De ahí la importancia de insistir en las medidas de detección precoz en los grupos de alto riesgo.

Las supervivencias obtenidas, tanto global como en las diferentes etapas,

CUADRO IV
 SUPERVIVENCIA SEGUN DIAGNOSTICO HISTICO
 AÑOS 1966 - 1970

Tipo histico	Vivas y sanas (5 años)		Fallecidas		Total	Porcent cada tip tico de
	No.	%	No.	%		
Carcinoma epidermoide	190	57,2	142	42,8	332	20,
Carcinoma epidermoide moderado diferenciado	400	55,5	322	44,5	722	45,
Carcinoma epidermoide bien diferenciado	6	50,5	6	50,0	12	0,
Carcinoma epidermoide poco diferenciado	3	75,0	1	25,0	4	0,
Carcinoma indiferenciado	199	49,1	206	50,9	405	25,
Adenocarcinoma	68	58,2	49	41,8	117	7,
Total	866	54,4	726	45,6	1 592	100,

NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO ESTADO DE LAS PACIENTES SEGUN GRUPOS DE EDAD AÑOS 1966-1970



Fuente: Cuadro V

Gráfico

son comparables a las de otros autores' ¹² (cuadro X).

El peor pronóstico, señalado en ocasiones para los pacientes con carcinomas indiferenciados, no se cumple en nuestra serie. Asimismo, la diferencia en supervivencias de los portadores de adenocarcinomas y quienes

tienen el resto de los tumores, no es significativa; se ha señalado que las diferencias en respuesta al tratamiento por radiaciones ionizantes encontradas en algunos informes se deberían a mala distribución de la dosis, con áreas de "puntos fríos" (zonas de baja dosis), y no al tipo hístico. ^{13,11}

El pronóstico para las pacientes jóvenes aparentemente no es tan bueno como para las de mediana edad; no podemos atribuirlo a dosis insuficientes o técnicas incorrectas, ya que todas las pacientes en todos los grupos de edad recibieron tratamiento con criterios similares.

El tratamiento ideal es aquél en el que se emplea la braquiterapia intracavitaria seguida de la irradiación externa de los parametrios, que fue el método más utilizado en esta serie, y el que mayor porcentaje de supervivencias mostró.

En aquellas pacientes con tumores voluminosos, exofíticos, en los muy infiltrantes, con invasión parametrial, u otros factores, que alteran la anatomía de la pelvis, ¹⁵ fue necesario comenzar el tratamiento con la irradiación externa para poder realizar la braquiterapia endocavitaria al mejorar las condiciones locales, y terminar con la irradiación ex-

CUADRO V

ESTADO DE LAS PACIENTES SEGUN GRUPOS DE EDAD AÑOS 1966-1970

Grupos de edad	E s t a d o		Total
	Vivas y sanas	Fallecidas	
20-30	10	14	24
31 -40	122	74	196
41 -50	244	183	427
51 -60	291	276	567
61 -70	151	116	267
71 -80	37	43	80
81 y más	11	20	31
Total	866	726	1 592

CUADRO VI

ESTADO DE LAS PACIENTES SEGUN TRATAMIENTO APLICADO AÑOS 1966-1970

Tipo de tratamiento	E S T A D O				Total
	Vivas y sanas (5 años)		Fallecidas		
	No.	%	No.	%	
Co 60 (F.C.) + Ra + Co 60 (D.P.)	222	25,6	165	22,7	387
Ra + Co 60	506	58,5	317	43,7	823
Ra.	59	6,8	60	8,3	119
Co 60	79	9,1	184	25,3	263
Total	866	100,0	726	100,0	1 592

CUADRO VII

SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS SEGUN ETAPAS CLINICAS AÑOS 1966-1970

Etapa clínica	Vivas		Fallecidas		Total
	No.	%	No.	%	
I	20	80,0	5	20,0	25
II	41	56,9	31	43,1	72
III	7	43,8	9	56,2	16
IV	—	0,0	4	100,0	4
Total	68	58,2	49	41,8	117

CUADRO VIII
COMPLICACIONES SEGUN TRATAMIENTO Y ETAPA
AÑOS 1966-1970

Tratamientos Etapas Complica- ciones	Co 60(F.C.) + Ra + Co 60 (D.P.)				RA + Co 60				Otras				Total	
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	No.	%
Proctitis	—	41	14	1	14	91	23	5	13	1	—	—	203	73,3
Fistula rectova- ginal	—	2	1	—	—	16	3	1	—	—	—	—	23	8,3
Fistula vesicova- ginal	—	—	—	—	1	4	2	1	—	—	—	—	8	2,9
Cistitis	4	11	1	—	8	16	2	1	—	—	—	—	43	15,5
Total	4	54	16	1	23	127	30	8	13	1	—	—	277	100,0

Nota: Del total de pacientes tratados:

Proctitis	12,1%
Fistulas	1,9
Rectovaginal	1,4
Vesicovaginal	0,5
Cistitis	2,7

CUADRO IX
FALLECIDAS SEGUN CAUSA DE MUERTE Y TIEMPO DE SUPERVIVENCIA
AÑOS 1966-1970

Causas de muerte	Tiempo de supervivencia (Años)				Total
	Menos de 1	1 a 2	2 a 3	Más de 3	
Actividad de la lesión (clínica)	156	88	67	29	340
Metástasis	52	19	14	5	90
Sin actividad (clínica)	6	119	96	75	296
Total	214	226	177	109	726

CUADRO X
SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS COMPARADA CON **DIVERSAS INSTITUCIONES**

Institución	Años	E T A P A S			
		I	II	III	IV
118 Instituciones (V. Marcial)	1959-1963	77,4	56,2	31,7	9,2
66 639 pacientes Fletcher G. (USA)			a) 83,5	a) 45,0	
1 792 pacientes	1954-1967	91,5	b) 66,5	b) 36,0	14,0
V. Marcial (Puerto Rico)		88,0	61,0	35,0	19,0
R. Marsden Hosp. (Inglaterra)	1956-1960	62,3	41,2	21,4	10,0
Kottmeir (Suecia)			a) 68,1	a) 30,6	
3 484 pacientes	1964	87,3	b) 48,1	b) 7,3	7,3
CUBA	1966-1970	80,9	56,5	35,9	11,1

terna parametrial; los resultados no alcanzan las cifras de aquéllas en las que se comenzó con el Ra, donde la distribución dosimétrica en el volumen irradiado se acerca a lo ideal.

La proctitis facticia es una complicación frecuente, señalada en múltiples ocasiones^{13,15,21} y es debida al aumento de la dosis en la cara anterior del recto, cercana a la zona del triángulo paracervical. Sin embargo, la incidencia de complicaciones mayores, como fístulas u oclusiones, no sobrepasa el 2% del total. A partir del 3er. año, los fallecimientos disminuyen considerablemente, ya que solamente ocurren unos pocos en el 4to. y 5to. años, por lo que consideramos éste como un buen período de tiempo para expresar los resultados obtenidos, y como muy posiblemente curadas las pacientes

que llegan a este tiempo.

Las cifras globales comprenden pacientes tratadas en el instituto de Oncología y Radiobiología, en Ciudad de La Habana, y en el Hospital Oncológico Docente, de Santiago de Cuba, con métodos y criterios de selección terapéutica similares; los resultados, por separado, en ambas instituciones son iguales, lo que demuestra que, debido al desarrollo científico y tecnológico alcanzado por la oncología al igual que otras especialidades (médicas) en nuestro país después del triunfo de la Revolución, es posible actualmente tratar con iguales posibilidades de curación a las pacientes portadoras de la afección, tanto en La Habana como en distintas provincias.

SUMMARY

Jiménez Medina, J. et al. *Cervix uteri cancer: Therapy and survival between 1966-1970*. Rev Cub Med 17: 5, 1978.

Malignant neoplasms of the cervix uteri are in the second place among tumors which most frequently affect Cuban women. They are essentially treated with ionizing radiations since surgical operations are restricted to preclinical and microinfiltrating stages. Results obtained from a series of 1 592 patients who underwent treatment in the Institute of Oncology and Radiobiology, Havana City, as well as in the Oncologic Teaching Hospital of Santiago de Cuba are presented. Global 5-year survival was 54,4% (80,9%, in stage I; 56,5%, in stage II; 35,9%, in stage III; and 11,1%, in stage IV). Differences regarding the survival of patients with differentiated or undifferentiated epidermoid carcinoma and adenocarcinoma were not found. The best results were achieved in patients who underwent intracavitary Ra radiation followed by external irradiation to parametrium. Most frequent complication was factitial proctitis.

RESUME

Jiménez Medina, J. et al. *Cancer du col utérin: Traitement et survivance, années 1966- 1970*. Rev Cub Med 17: 5, 1978.

Les auteurs signalent que les néoplasies malignes du col de l'utérus occupent la deuxième place en ce qui concerne la fréquence chez la femme cubaine. Son traitement est fondamentalement par des radiations ionisantes, car la chirurgie est réservée aux étapes précliniques et microinfiltrantes. Les résultats obtenus dans une série de 1 592 patientes traitées à l'Institut d'Oncologie et de Radiobiologie, à La Havane-Ville, et à l'Hôpital Oncologique d'Enseignement de Santiago de Cuba sont présentés. La survivance globale de 5 ans a été de 54,4%, avec 80,9% à la première étape; 56,5% à la IIe; 35,9% à la IIIe et 11,1% à la IVe. En ce qui concerne la survivance, il n'y a pas eu de différences entre les porteuses de carcinomes épidermoïdes différenciés, non différenciés et adénocarcinomes. Le meilleur résultat a été obtenu chez les patientes qui ont été traitées avec Ra intracavitalre suivi de l'irradiation externe aux paramétriums. La complication la plus fréquente a été la proctite factice.

BIBLIOGRAFIA

1. Epidemiología y Registro Nacional del Cáncer, IOR, La Habana, 1975.
2. TNM, UICC, 1969.
3. *Carreras Ruiz, O.* Prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Cub Med* 13: 209-225, 1974.
4. *Nielson, I. C. et al.* Carcinoma of the uterine cervix. A study of 864 patients. *Cáncer* 20: 86-92, 1967.
5. *Kazumara, M. et al.* Five year cure rate for carcinoma of the cervix uteri with special reference to the comparison of surgical and radiation therapy. *Am J Obstet Gynecol* 103: 566-580, 1969.
6. *Tarlowshka, L. et al.* Results of treatment of invasive cáncer of the cervix uteri. *Am J Obstet Gynecol* 105: 869-876, 1969.
7. *Castro, J. R. et al.* Carcinoma of the cervix treated by external irradiation alone. *Radio-logy* 95: 163-166, 1970.
8. *Marcial, V. A.; Bosch, A.* Radiation-induced tumor regression in carcinoma of the cervix: Prognostic significance. *Am J Roentgenol Radium Ther Núcl Med* 108: 113-123, 1970.
9. *Kurohara, S. S. et al.* Post-irradiational recurrent epidermoid carcinoma of the uterine cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Núcl Med* 111: 249-259, 1971.
10. *Netter, A.; Thibault, C.* Ginecología y reproducción (Colecc. Patología Médica, No. 12), pp. 61-64, Ed. Espaxs, París, Francia, 1972.
11. *Rosseau, J. et al.* Carcinoma of the cervix. A study of 1 212 cases treated at Fondation Curie, Paris. *Radiology* 103: 413-418, 1972.
12. *Marcial, V. A.* Carcinoma of the cervix In Puerto Rico. In cáncer of the cervix. Procc. of a conference of the working party on Radionuclides and afterloading techniques in the treatment of cáncer of the uterus in developing areas. Pp 88-106. DHEW Pub. No. (FDA) 74-8021. U.S. Gov. Printing Office, Washington, D.C., 1974.
13. *Fletcher, G. H.* Cáncer of the uterine cervix. Janeway Lecture 1970. *Am J Roentgenol Radium Ther Núcl Med* 111: 225-242, 1971.
14. *Alert Silva, J.* Cáncer del cuello uterino: relación entre la histología y la supervivencia. *Rev Cub Med* 16: 31-36, 1977.
15. *Schwarz, G.* Evaluation of Manchester System of treatment of carcinoma of the cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Núcl Med* 105: 579-585, 1969.
16. *Chan, P. M. et al.* Complications in high dose whole pelvis irradiation in female pelvis cáncer. *Am J Roentgenol Radium Ther Nuclear Med* 87: 22-40, 1962.
17. *Ouan, S.G.H.* Factical proctitis due to irradiation for cáncer of the cervix uteri. *Surg Gynecol Obstet* 126: 70-74, 1968.
18. *Lindahe, F.* Intestinal injuries following irradiation for carcinoma of the uterine cervix and vesical carcinoma. *Acta Chir Scand (Suppl)* 136: 725-730, 1970.
19. *Carreras, O.; Alert, J.* Carcinoma cervicouterino: Análisis de la terapéutica. *Arch Cub Oncol y Radiobiol* 2: 159-163, 1975.
20. *Slater, J. M.; Fletcher, G. H.* Ureteral strictures after radiation therapy for carcinoma of the uterine cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Núcl Med* 11: 269-272, 1971.
21. *Einhorn, N.* Frequency of Severe Complications After Radiation Therapy for Cervical Carcinoma. *Acta Radiol (Ther) (Stockh)* 14: 42-48, 1975.