

Resultados del tratamiento del cáncer cervicouterino

Por los Dres.:

ORLANDO CARRERAS RUIZ,⁸ JOSÉ ALERT SILVA⁹

5. 1975. Carreras Ruiz, O. et al. *Resultados del tratamiento del cáncer cervicouterino*. Rev Cub Med 14*

Se estudiaron 200 historias clínicas de pacientes con carcinoma cervicouterino, inscritas en el Hospital Oncológico Docente de Santiago de Cuba en el período comprendido entre los años 196, y 19(8; fueron seleccionadas las 105 pacientes con seguimiento completo. Hubo una supervivencia de 73,6% a los 5 años (72 pacientes) y 33 casos fueron seguidos hasta su fallecimiento. entre uno y cinco años después del tratamiento. La terapéutica fue esencialmente quirúrgica en etapa 0 y por radiación en los carcinomas invasivos; se observó un predominio de los casos con lesiones localizadas (etapas O, I y II) que representaron el 80% de la casuística, lo que explica la excelente supervivencia, cuyas cifras fueron mejores en los casos que recibieron más de 6 000 radiaciones, aunque con un incremento de las complicaciones. Estas se encontraron en el 34,2%- de los pacientes, y la más frecuente fue la rectitis facticia (19%) Se insiste en la importancia de un seguimiento estricto del total de casos tratados para obtener conclusiones más sólidas.

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino constituye, conjuntamente con el cáncer mamario, las primeras localizaciones neoplásicas malignas en la mujer cubana.

Según los datos del segundo trienio del Registro Nacional del Cáncer (1967-1969), el mismo se sitúa en el segundo lugar, en frecuencia, en la mujer, con una tasa anual de 17,6 casos por cada 100 000 habitantes.¹

Ya desde las primeras décadas del presente siglo aparecen en la literatura médica numerosos trabajos

acerca de los diferentes tratamientos utilizados en el control de esta neoplasia, tanto de los métodos quirúrgicos, como de los radioterapéuticos, en los que se combinan irradiaciones intracavitarias y externas.

En los últimos años, la tendencia es a reservar los tratamientos quirúrgicos para etapas muy tempranas (etapa O de carcinoma *in situ* y algunas etapas I), y a utilizar más frecuentemente los métodos radioterapéuticos. Una más exacta dosimetría y mejor comprensión de los mecanismos de acción de las radiaciones ionizantes han permitido mejorar las posibilidades de supervivencia y el control de las posibles complicaciones en el curso de los tratamientos.

El objetivo del presente trabajo es presentar la supervivencia de un grupo de

R.C.M.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 1975

⁸ Profesor auxiliar de cirugía. Especialista de 1er. grado en oncología. Director del Hospital Oncológico Docente de Santiago de Cuba.

⁹ Especialista en oncología. Jefe del Departamento de radioterapia. Subdirector técnico del Hospital Oncológico Docente de Santiago de Cuba.

pacientes que padecen de carcinoma cervicouterino, tratadas en el Hospital Oncológico Docente de Santiago de Cuba, y analizar algunas de las variables que pueden afectar el éxito obtenido.

MATERIAL Y METODO

Revisamos las historias clínicas de las pacientes inscritas en el Hospital Oncológico Docente de Santiago de Cuba durante los años 1967 y 1968, con el diagnóstico de carcinoma cervicouterino y seleccionamos para el análisis de los resultados del tratamiento, aquellos que habían tenido un seguimiento completo hasta cinco años después del tratamiento o habían fallecido en ese período.

La terapéutica realizada en nuestros casos dependió fundamentalmente de la extensión de la neoplasia. En el carcinoma *in situ* practicamos histerectomía total con doble anexectomía; en el carcinoma en etapa I se empleó la histerectomía radical (tipo Werthein-Meigs) en unos pocos casos, seguida de irradiación posoperatoria con Co⁶⁰, y en la mayoría, realizamos el tratamiento con la combinación radioterapia por vía vaginal y

telecobaltoterapia. Esta misma técnica de radiaciones fue empleada en las etapas II y III, mientras que en etapa IV, el tratamiento fue paliativo con cobaltoterapia.

Las dosis administradas en radioterapia fueron de 6 000 a 8 000 rads en punto "A" y de 5 000 a 6 000 rads en punto "R".

Se tomó como tiempo límite para el análisis de los resultados, el de cinco años postratamiento, basándonos en el criterio de que pasado este tiempo, libre de tumor, podemos considerar a la paciente como curada, dado lo raro de las metástasis y recidivas a partir de este momento.

RESULTADOS

Encontramos 200 pacientes con carcinomas cervicouterinos en el período estudiado; de éstas, 105 tenían un seguimiento completo en su evolución postratamiento, y se conocía su estado al cierre del mismo; 72 pacientes estaban vivas (76,3%), 5 años o más después del tratamiento; y 33 pacientes habían fallecido, a consecuencia de la extensión incontrolada de la neopla-

CUADRO I
SELECCION TERAPEUTICA POR ETAPAS

Terapéutica	ETAPAS CLINICAS				
	0	I	II	III	IV
Cirugía	12/12	—	—	—	—
Radioterapia	—	33/82	33/82	11/82	5/82
Cirugía y radioterapia	—	9/9	—	—	—
Quimioterapia	—	—	—	—	1/1
Rehusado	—	—	—	—	1/1
TOTAL	12	42	33	11	7

sia. Las 95 restantes habían abandonado espontáneamente el seguimiento y no fue posible obtener noticias de las mismas.

La edad de las pacientes fluctuó entre 22 y 93 años, con una edad mediana de 52.5 años, correspondiendo el mayor número de pacientes al grupo de 41 a 50 años.

En el cuadro I exponemos la selección terapéutica, basada en la extensión tumoral. La totalidad de las pacientes en etapa 0 fueron tratadas quirúrgicamente. La radioterapia fue el método terapéutico de elección en los cánceres invasivos empleándose en 82 pacientes, 33 en etapa I, 33 en etapa II, 11 en etapa III y 5 en etapa IV. En 9 pacientes con carcinoma en etapa I se realizaron métodos combinados mediante histerectomía radical e irradiación posoperatoria. La quimioterapia se empleó como único tratamiento en una paciente en etapa IV y otra rehusó toda terapéutica.

Al analizar la supervivencia de acuerdo con la selección terapéutica, encontramos la mejor respuesta en el grupo operado, que presentó el 11,3% de los

casos, y en el grupo operado e irradiado (8,4% de los casos), en los que se encontraron supervivencias a los 5 años, de 91,6% y 100,0% respectivamente (cuadro II). El grupo irradiado representó el 78,5% de los casos, y se obtuvo un 63,4% de supervivencia.

La radioterapia aislada (82/105) y combinada con la cirugía (9/105) fue el tratamiento más empleado (86,6%).

La supervivencia de los casos irradiados, en relación con la dosis administrada, aparece en el cuadro III.

En la mayoría de los pacientes se emplearon dosis superiores a 6 000 rads (65%), y en estos casos hallamos la mejor supervivencia (77,9%), reduciéndose a 58,3 y 25% en los grupos de pacientes que recibieron dosis de 6 000 rads y menos.

Las complicaciones ocurridas solamente en las pacientes que fueron sometidas a irradiación, y su relación con la dosis administrada en punto "A", se reflejan en el cuadro IV.

Se encontraron complicaciones en 36 pacientes, 20 de los cuales sufrieron de rectitis facticia, la más frecuente de las complicaciones posradiación.

CUADRO II
SUPERVIVENCIA DE ACUERDO A LA SELECCION TERAPEUTICA

Tratamiento	TOTAL DE CASOS		Supervivencia a los 5 años	
	No.	%	No.	%
Cirugía	12	11,3	11	91,6
Radioterapia	82	78,5	52	63,4
Cirugía y radioterapia	9	8,4	9	100,0
Quimioterapia	1	0,9	—	—
Rehusado	1	0,9	—	—
TOTAL	105	100,0	72	76,3

CUADRO III

SUPERVIVENCIA EN RELACION CON LAS DOSIS DE RADIOTERAPIA

Dosis	TOTAL No. %	Supervivencia a los 5 años No. %
Menos de 6 000 rads	8 8,7	2 25,0
6 000 rads	24 26,3	14 58,3
Más de 6 000 rads	59 65,0	46 77,9
Total	91 100,0	62 73,6

CUADRO IV

COMPLICACIONES POSTERAPEUTICAS

Complicaciones	DOSIS DE RADIACION			No.	Total %
	EN PUNTO A rads 6 000	Menos rads 6 000	Más 6 000 rads 6 000		
Rectitis	1	3	16	20	55,5
Radiodermatitis	1	4	1	6	16,6
Cistitis	—	—	1	1	2,7
Fistula rectovaginal	—	—	4	4	11,2
Fístula vesicovaginal	1	—	—	1	2,7
Hidronefrosis	1	1	2	4	11,2
Total	4	8	24	36	100,0

La morbilidad se incrementó en relación con la dosis: 4 pacientes tuvieron complicaciones en el grupo que recibió menos de 6 000 rads, 8 pacientes en el grupo que recibió 6 000 rads y 24 en el grupo que recibió una dosis superior, incluidos entre éstos, los 4 casos que presentaron fistula rectovaginal.

La aparición de hidronefrosis también fue más frecuente en las dosis superiores a 6 000 rads (2 de los 4 casos).

Como que el tratamiento se seleccionó de acuerdo con la extensión clínica en

que se diagnosticó la neoplasia, en el cuadro V se recoge la supervivencia por etapas y se aprecia la reducción del porcentaje de sobrevivientes: 91,6 en etapa 0; 90,4 en etapa I; 60,6 en etapa II y 27,2 en etapa III, no encontrándose supervivencia en etapa IV.

La distribución de los casos por etapas muestra un predominio de lesiones localizadas (0, I y II) con un 81,8% de los casos.

En el cuadro VI representamos los resultados del análisis de la supervivencia

CUADRO V
SUPERVIVENCIA POR ETAPAS CLINICAS

E:apas	TOTAL DE CASOS No. %		Supervivencia a los 5 años No. %	
0	12	11,3	11	91,6
1	42	40,0	38	90,4
II	33	30,5	20	60,6
III	11	10,4	3	27,2
IV	7	6,8	—	
Total	105	100,0	72	76,3

CUADRO VI

SUPERVIVENCIA DE ACUERDO CON EL TIEMPO DE EVOLUCION PRETRATAMIENTO	TOTAL No. %		Supervivencia a los 5 años No. %	
Tiempo de Evolución Pretratamiento				
Menos de 1 mes	12	11,4	11	91,6
Entre 1 y 6 meses	—	57	34	59,6
Entre 7 y 12 meses	9	8,5	7	66,6
Más de un año	27	25,9	20	74,0
Total :	105	100.0	72	73,6

con respecto al tiempo de evolución de la neoplasia, antes del tratamiento.

La duración de los síntomas fue de 1 a 6 meses en el 54,2% de los casos; y en el 25,9% ésta fue superior a un año. La mejor supervivencia correspondió a las pacientes que demoraron menos de un mes con los síntomas, y la peor en el grupo que demoró entre 1 y 6 meses (59,6%).

En el gráfico representamos los casos con evolución desfavorable y apreciamos que las

defunciones se van reduciendo hasta desaparecer al final del período de seguimiento, y que las recidivas y metástasis son más frecuentes en los primeros 4 años.

En el cuadro VIII se puede observar que, de las 33 defunciones, 21 ocurrieron en el primer año, 3 de cuatro metástasis aparecieron en el primer año de seguimiento, así como 12 de las 14 recidivas, en los dos primeros años. Las pacientes

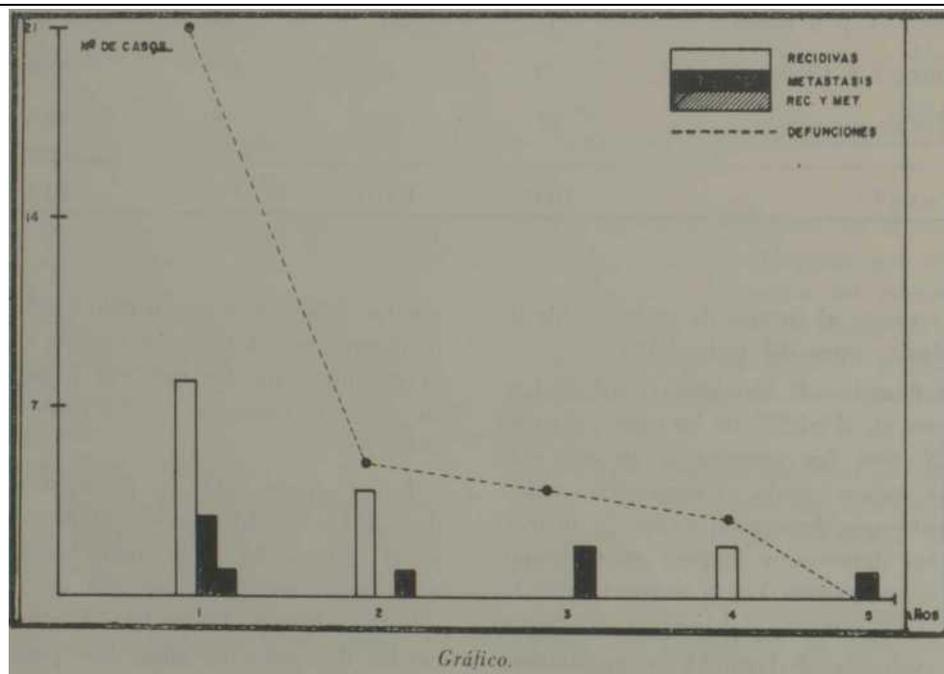
CUADRO VII

SUPERVIVENCIA EN RELACION CON LA EVOLUCION POST OPERATIVO

Evolución	No.	Total de casos %	Supervivencia a los 5 años %	No.
Satisfactoria	33	79.1	100	82.7
Con recidivas	14	13.5	0	21.4
Con metástasis	4	3.7	—	—
Con metástasis recidiva	4	3.7	—	—
T o t a l:	45	100.0	72	76.3

CUADRO VIII

	1er. Año	2do. Año	3er. Año	4to Año	5to. Año	Total
Recidivas	8	4		2	—	14
Metástasis	3	—		—	1	4
Rec. y Mee.	1	1		2	—	4
Defunciones	21	5		4	3	33



con recidivas y metástasis, simultáneamente, las presentaron en los primeros 3 años.

La evolución postratamiento fue satisfactoria en 83 pacientes, y la supervivencia en este grupo, fue de 82,7% a los 5 años (cuadro VII). Los casos que tuvieron recidivas (13,5%) presentaron una supervivencia de 21,4%, y no hubo sobrevivientes entre los casos con metástasis (3,7%) y entre los que presentaron recidivas y metástasis (3,7%).

DISCUSION

La frecuencia del cáncer cervicouterino en nuestro medio, hace necesaria la adopción de medidas efectivas de control, y obliga a la evolución de los resultados obtenidos en la terapéutica, como base para mejorar las cifras de supervivencia.

El tratamiento actual de esta localización de cáncer está perfectamente definido en las etapas O, II, III y IV, pero en la etapa I, existen tendencias diferentes, hacia la cirugía o hacia las radiaciones.

En nuestra institución empleamos selectivamente la radioterapia en los carcinomas invasivos, y la cirugía en el cáncer *in situ*, y reservamos la combinación de radioterapia y cirugía para unos pocos pacientes en etapa I y buen riesgo quirúrgico. Estos dos últimos modelos de tratamiento aportaron los mejores resultados, aunque debemos tener en cuenta lo incipiente de las lesiones en que fueron empleados.

La radioterapia no es un método terapéutico exento de peligros, y al mismo tiempo que el incremento de las dosis facilita una mejor supervivencia, elevamos también la morbilidad ligada al tratamiento. Obtuvimos una mejor respuesta en las pacientes que recibieron dosis superiores a los 6 000 rads, con una supervivencia de 77,9%, pero también, significó un incremento de las complicaciones (24/36).

Este es un riesgo que debe preverse y extremar los cuidados transterapéuticos a fin de minimizar sus efectos.^{2,3,4}

La prevención, en particular, de la proctitis, la más frecuente de nuestras complicaciones, es un elemento de la mayor importancia para el radioterapeuta.

El índice de complicaciones en esta serie fue muy elevado (34,2%), en especial la proctitis facticia que apareció en el 21,5% de las pacientes irradiadas, muy por encima del 2% o menos, reportado por *Quarv'* y *Easley.*^{1''}

La evolución clínica de la enfermedad antes del tratamiento, basada en la duración de los síntomas, fue prolongada en 93 de los 105 casos, y apreciamos, cómo las 12 pacientes con menos de un mes de evolución, exhiben las cifras más elevadas de supervivencia (91,6%).

Esta serie se caracteriza por el predominio de lesiones localizadas (O, I y II) con supervivencias, a los 5 años, de 91,6, 90,4 y 60,6%, respectivamente, y concuerda con lo hallado por *Fletcher ~ Netter*, en 61 776 casos de varios países, encuentra supervivencias, a los 5 años, algo inferiores a las nuestras: 75% en etapa I, 53% en etapa II, 30% en etapa III y 8% en etapa IV, empleando métodos terapéuticos similares a los nuestros.⁸

La supervivencia fue mayor en el grupo de pacientes con evolución satisfactoria en el seguimiento (82,7%), mientras sobrevivían sólo 3 de los 18 casos que tuvieron metástasis o recidivas ulteriores, que son de difícil control en esta localización de cáncer. De ahí la importancia de una buena selección y aplicación del tratamiento inicial.

Un buen seguimiento postterapéutico brinda oportunidades para la detección precoz de las recurrencias que observamos, en su mayoría, en los 4 primeros años. Las defunciones también ocurrieron

en su totalidad en este período.
Grahon⁷ y Pilleron¹⁰ informan datos similares en la mortalidad postratamiento, ocurriendo el 90% o más en el transcurso de los 5 primeros años.

En nuestro medio no ha sido posible lograr un seguimiento completo de los casos tratados, y se hace necesario extremar las medidas para el logro de este fin, primordial para el desarrollo de nuestro trabajo en el control del cáncer.

SUMMARY

Carreras Ruiz, O. et al. *Results of the treatment of cervicouterine cancer*. Rev Cub Med 14: 5, 1975.

Two-hundred clinical histories of patients with cervicouterine carcinoma admitted at the Oncology Teaching Hospital of Santiago de Cuba between 1967 and 1968 are studied. One-hundred-and-five patients with complete follow up were selected. A 73.6% survival at 5 years (72 patients) was found and 33 patients were followed up to death, which occurred between 1 and 5 years after treatment. In stage O, the treatment was essentially surgical and in invasive carcinomas it was by radiation. Eighty per-cent of patients had localized lesions (stages O, I and II); this explains the high survival, with higher figure? in patients who received more than 6 000 radiations, but with an increase of complications (34.2% of patients). Most frequent complication was factitial rectitis (19%). The significance of strict follow up in all cases for achieving more solid conclusions is emphasized.

RESUME

Carreras Ruiz, O. et al. *Résultats du traitement du cancer cervico-utérin*. Rev Cub Med 14: 5, 1975. >

On a étudié 200 dossiers cliniques de patientes avec carcinome cervico-utérin qui ont été admises à l'Hôpital Oncologique d'Enseignement de Santiago de Cuba, dans la période comprise entre les années 1967 et 1968. 105 malades avec poursuite complète furent choisies. Le 73,6% a survécu 5 années (72 patientes) et 33 cas furent poursuivis jusque leur décès, entre un et cinq années après le traitement. La thérapeutique fut essentiellement chirurgicale dans l'étape O et par radiation dans les carcinomes métastatiques. Il est à souligner la prévalence de cas avec lésions localisées (étapes 0, I et II) représentant le 80% des cas, ce qui explique l'excellente survie dont les chiffres majeurs furent les cas ayant plus de 6 000 radiations mais avec accroissement des complications. 34,2% de malades et la plus fréquent fut la rectite factice (19%). On insiste sur l'importance d'une poursuite stricte du total des cas traités pour obtenir de conclusions plus sérieuses.

PE3KME

Каррераз Руиэ О., и др. *Результаты лечения рака шейки матки*. Rev Cub Med 14:5,1975 •

Мажниуфл 200 хтопкх дожие3НН наиеНТОБ с КапмвоМоіи уиен МаТКН, нојјии- саНННх б КЈиНННКе ОНКОјиорнН СаНТНроца не Ку<5а б риепуоне с 1967 рофла но 1968 ро.иа. Иох НецјиефЛОБаНие но,НБепрајиНсфе 105 нануеНТОБ . нојјие 5 'іакоБ непејРНБасМОСТБ <5нји 73.6% (72 наіхуеНТОБ) и 33 Оојибхх ођјић нофл ХаОјнофлеНиеМ ао сМепра с ојјторо јіо ма јіеТ нојјие јіе^еННН . рнпурНН тіјјја очоббхм ТепанеБТіраес-КНМ сносооМ б непНоеје 0 и НСЈіујеННе но^іт соБајиН б нпКсусТБзе ННБаЗВНх КапміНОМ. Бнјіо 3аМехНо нпеооЈіафлаНііе^ сјіу^аеБ ноБрех,неННННМ (сТадКі 0,1 и 11) ^то сасТаОУЈіо 80% Бсех сјіу-М3НХ ,^6М 00ИНННТЧХ ООрОУіаН непеХНБасМОСТЛ,УН\$рН КОТОрНХ ¿УЈНН БНС іДрм бо сјіунаНх нојју^ЕВіііе фіојіте 6 000 іј&флујеННН хо с ноБуіеНиеМ осјіоКуеННеМ . ОсјіејРННННН бтп6ћјіћ б 34.2% наунеНТОБ и Хаіоојіеє насТ ТНМ СУЈІ"пéКТНТНС \$аКТККН" (19%). ÛОффејКНБасТсфл НеоСхОфНМОСТі К-“ М6Тт нефл СТпорКМ ХаОЈіКфлеНКеМ БсесМ сјіу^анМ с уејтіо јіосТіафсННН дејіеє нрОНННННН 3аКЈІХрееНННННН

BIBLIOGRAFIA

1. —Dpto. Nacional de Estadística del Cáncer Registro Nacional del Cáncer, 2—Trienio 1967-1969.
2. *Lindahe, F.* Intestinal injuries following irradiation for carcinoma of the uterine cervix and vesical carcinoma *Acta Chir Scand 136: 725-730, 1970.*
3. —*Chan, P. M. et al.* Complications in high dose whole pelvis irradiation in female pelvic cancer. *Am J Roentgenol Radium Ther Nuci Med 87: 22-40, 1962.*
4. —*Slater, J. M., G. H. Fletcher.* Ureteral strictures after radiation. Therapy for carcinoma of the uterine cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Nuci Med 111: 259-272, 1971.*
5. —*Quan, S. H.- Q.* Factical proctitis due to irradiation for cancer of cervix uteri. *Surg Gynec Obstet 126: 70-74, 1968.*
6. *Easley, J. I., G. J. Fletcher* ■ Analysis of the treatment of stage I and II carcinoma of the uterine cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Nuc. Med 111: 243-248, 1971.*
- *Fletcher, G. H.* Cáncer of the uterine cervix. *Am J Roentgenol Radium Ther Nuci Med 111: 225-242, 1971.*
- Netter, A., C. Thibault.* Ginecología y reproducción (Colección "Patología médica" No. 12) pp. 61-64. Ed. Espaxs, Paris, 1972.
9. —*Graban, J. B- et al.* Cáncer of the cervix, pp. 426-441, W. B. Saunders Co., 1962.
- 10—*Pilleron, J. P. et al.* Carcinoma of the uterine cervix, Stages I and II, Treated by Radiation therapy and extensive Suritery. *Cáncer 29 : 593-596.*