

81



RADIOTERAPIA TRANSCUTANEA DEL CANCER DEL
CUELLO UTERINO IRRADIADO, RECIDIVANTE

Dr. ALVARO ARIZA LONDOÑO
Radioterapeuta

19737

RADIOTERAPIA TRANSCUTANEA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO IRRADIADO, RECIDIVANTE

Dr. Alvaro Ariza Londoño (1)

OBJETIVOS GENERALES

En el INC se trataron entre 1935 - 1963, un total de 6697 casos de pacientes con "carcinoma del cuello uterino" y de 1963 - 1973 un total de pacientes. La mayoría de estos casos llegaron en Estados III y IV (77.3%) y la mayor frecuencia por decenios en edades se encontró entre el 4º y 5º de la vida y en mujeres multigestantes. En el grupo no hubo vírgenes y solamente el 2.3% (14) eran nulíparas y el 24% tenían más de 10 embarazos. En el grupo hubo 3.5% (21) de casos sobre muñón residual y 1.8% (11) estaban embarazadas cuando se descubrió el cáncer.

Históricamente el tratamiento de esta enfermedad lo inició en el Siglo XVI Ambroise Paré amputando el cuello. En el XIX Schauta y Wertheim preconizaron la histerectomía vaginal y abdominal, simultáneamente se descubrió el radium que llegó a ser el tratamiento de elección. Sin embargo los resultados no fueron lo suficientemente exitosos y tabulando los resultados obtenidos hasta 1960, se puede afirmar que fueron relativamente similares con cirugía o radioterapia.

(1) Médico Especialista Radiofísica. Sección de Radioterapia, Inst Nal de Cancerol.

=====

Por qué la radioterapia no brindó mejores resultados?. La respuesta la dió la misma cirugía y los progresos de la física radioterápica. La cirugía radical como tratamiento del cáncer del cervix mostró que en estado I clínico se encuentra 20% de invasión linfática; en estados II, 30%; en III 60% aproximadamente, y 100% en estado IV.

La física señaló que una carga completa de radium intracavitario es un tratamiento local que solamente alcanza a dar una buena dosis tumoricida a 2 cm de distancia (7000 - 9000 rads) en tiempos usuales; pero a 5 cm de distancia (parametrios y adenopatías) solamente suministra una dosis de 1500 - 2500 rads. Conociendo estos hechos, se inició la era de la radioterapia transcutánea para incluir toda la pelvis y dejar solamente el radium como adyuvante local. Los resultados a 5 años fueron francamente espectaculares en la mayoría de los centros del mundo.

CUADRO Nº 1

Estado I	92%
Estado IIA	82%
Estado IIB	64%
Estado III	43%
Estado IV	14%

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente de la cirugía o la radioterapia, es la fístula que por regla general se presenta en los dos primeros años. (Cuadro Nº 2).

Muir Head encontró 3.2% de fístulas en 586 casos,

=====

Murray 1.6% en 369 casos tratados con radioterapia.
Algunos autores reportan hasta el 6%.

La frecuencia con cirugía varía entre el 4 - 48%.

CUADRO Nº 2

FISTULAS URINARIAS

Etiología

Tocogénicas	36	40%
Quirúrgicas	27	30%
Carcinomas	19	21%
Actinogénicas	8	9%

Otras complicaciones (Cuadro Nº 3) de la radioterapia la constituyen la alta frecuencia de proctitis y cistitis, úlceras rectales y alteraciones dérmicas tardías que se presentan en relación con la dosis.

CUADRO Nº 3

COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA

Según dosis

Dosis	3000	4000	5000	6000	7000
No.	11	341	85	331	63
Fístulas	0	3	2	5	1.5
Sigmoiditis	0	5	10.5	16	31.5
Úlcera rectal	0	0.3	3.5	3	3

El Cuadro Nº 4 (Naguell V, de Kentucky) y Nº 5 (Ludwika T, Varsovia), dan idea de la frecuencia de fístulas en relación con los distintos estados.

CUADRO Nº 4

Ca de cervix

=====

RELACION DE ESTADOS Y FISTULAS

	Nº	Fistulizados	%
I	40	2	5
IIA	20	1	5
IIB	108	0	0
III	75	3	4
IV	28	0	0

CUADRO Nº 5

CA DE CERVIX 14.184 CASOS
(Radioterapia)

I	73.1%	
II	54.0%	III fístulas rectales (0.8%)
III	31.3%	21 fístulas vesicales (0.1%)
IV	8.0%	

Vale la pena anotar que en la formación de fístulas en pacientes con lesiones tempranas intervienen factores como la inflamación pélvica crónica, la hipertensión y la diabetes. Solamente en los Estados IV se desarrollan principalmente en presencia de tumor residual.

EXPERIENCIA

Conscientes del alto riesgo de complicaciones y considerando los índices de recidiva o persistencia tumoral (Cuadro Nº 6).

CUADRO Nº 6

./..

=====

CA DE CERVIX
Fracasos post-radioterapia

Estado I	5 - 8	%
Estado II	15 - 20	%
Estado III	30 - 40	%

En los casos no susceptibles de cirugía, se administró un segundo tratamiento de radioterapia transcutánea con cobalto, en dosis de 5 - 6000 rads. Fueron tratados un total de 30 casos así:

Caso 1

Ca Cervix irradiado recidivante

E I (38)

Wertheim	1960	1964
Linf Posit	Ra: 3000 Rx:3200	E IV Vejiga
Co: 6500	Ra veg: 2932	Fístula cist-vag
Bricker (Neo-vejiga), por P Congelada		murió 5º día

Caso 2

Ca Cervix irradiado recidivante

E III (45)

Rx: 3620	Ut: 4000 mgs	E IV Vejiga
	Ra:	
	Vag: 3732 mgs	
Co. IV/64	Fístula	Murió
5180		

=====

Caso 3

Ca de Cervix irradiado recidivante

E III (29)

Rx: 3875-I/63	IX-63	X-64
Ra: Ut: 3700 mg	Werthim	Hidronefrosis
Vg: 3700 mg	Linf Posit	L: P Congelada
I-65 Co: 4750 = Fístula = murió		

Caso 4

Ca de Cervix irradiado recidivante

Ca Cervix post-histerectomía E III (42)

Ra: Vag. 4000 mg
 Co. (I/62) 4500 = II-64 recidiva. Co: 4758
 XI-64 = intratable

Caso 5

Ca de Cervix irradiado recidivante

E III (50)

1955: Rx 4128	1964: Co 5180
Ra 7000	
1966: Radionecrosis	1969: intratable

Casos 6 - 10

Ca de Cervix irradiado recidivante

1. (56) E.III Ra. Co. (VIII/63) recidiva Co/64 intratable
2. (53) E.III Ra. Rx. / 64, recidiva Co/65 fístula
3. (50) E.III Re. Rx. / 62, recidiva Co/65 fístula
4. (40) E. II Ra. Rx. / 52, recidiva Co/67 fístula
5. (45) E.III Ra. Rx. / 64 recidiva Co/IV/69 intratable/
 XI/69

=====

Casos 11 - 15 (Estados III)
Ca Cervix irradiado recidivante

11.	Ra-Rx/70	Recidiva/76	Co	V/77	Intratable
12.	Ra-Rx/60	recidiva/64	Co	II/75	intratable
13.	Ra-Rx/65	recidiva/67	Co	XII/67	intratable
14.	Ra-Rx/63	recidiva/66	Co	II/67	intratable
15.	Ra-Rx/62	recidiva/64	Co	V /64	intratable

Los restantes casos, en condiciones clínicas similares se perdieron después del tratamiento.

CONCLUSIONES

La radioterapia bien aplicada en el tratamiento del cáncer del cuello uterino, es un procedimiento que da resultados muy satisfactorios y que desafortunadamente se acompañan de un 30% de complicaciones, caracterizadas por cistitis, rectitis, fibrosis subcutáneas y aproximadamente 2% de fístulas.

El intento de un segundo tratamiento varios años después del primero, no ha dado en nuestros casos los resultados esperados y sí por el contrario ha aumentado la cifra de fístulas.

RESUMEN

Se practicó radioterapia paliativa en 30 pacientes del Instituto de Cancerología, que habían recibido radioterapia curativa en años anteriores, sin lograr control definitivo de la enfermedad. Quince casos se controlaron hasta su muerte y los resultados observados no justifican continuar administrando este segundo tratamiento.

=====

BIBLIOGRAFIA

Nacional

1. Ariza Alvaro: Irradiación corporal total y radiocarcinogénesis. Trib Med 292, vol 6, 6:1967.
2. Gaitán Y: Cáncer del útero. Bol Com Nal Lucha contra el Cáncer, Nº 10:1-8, 3:1964.
3. Jordan AG: El problema del carcinoma intraepitelial del cuello uterino. Rev Col Obst Gin, Vol V, Nº 5:159, 5-6:1954.
4. Cardona PN: Pronóstico precoz del tratamiento del cáncer uterino por medio de la citología. Rev Col Obst Gin, Vol X, Nº 5, 9-10:1959.
5. López Escobar G: Tratamiento quirúrgico del carcinoma del cervix uterino. Universitas, Vol III, Nº 11, 1957.
6. López Escobar G, Gaitán YM, Buendía FA, Rosas AA: Cáncer del útero en Colombia. Bol Com Nal Lucha Contra el Cáncer, Nº 10: 11-42, 3:1964.
7. Jordán AG: Carcinoma del cuello uterino, estado segundo. Bol Com Nal Lucha contra el Cáncer, Nº 13: 6-11, 3:1965.

Internacional

1. Ackerman, Del Regato: Cancer. The CV Mosby Company. Saint Louis, 1962.
2. Fletcher G, Watanavit T, Rutledge F: Whole pelvis irradiation with 4000 rads in stage I and stage II cancer of the uterine cervix. Radiol Vol 86: 436-443, 3:1966.
3. Bosch A, Marcial V: Evaluation of the time interval between external irradiation and intracavitary curietherapy in carcinoma of the uterine cervix. Radiol Vol 86:563-567, 3:1967.
4. Mattos N, García P, Majluf T: Cancer del cuello uterino. Revista del Col Int Radiol.
5. Correa P: Patología de los tumores malignos uterinos. Trabajo presentado al simposio sobre cáncer

=====

del útero, celebrado en México, 1964.

6. Scott R, Brizel H, Wetzelberger C: The etiology of treatment failures in early stage carcinoma of the cervix. Am J Roentg, Vol 96:565-569, 3:1966.
7. Cuccia C, Bloedorn F, Inal M: Treatment of primary adenocarcinoma of the cervix. Am J Roentgenol, Vol 99:371-375, 2:1967.
8. Brunschwing A: Surgical treatment of carcinoma of the cervix; recurrent after irradiation or combination of irradiation and surgery. Am J Roentg, Vol 99:365-370, 2:1967.
9. Lederman M: The treatment of carcinoma of the cervix. Brit J Radiol. 37:745-747, 10:1964.
10. Henschke KU, Hilaris SB, Mahan D: Intracavitary radiation therapy of cancer of the uterine cervix by remote afterloading cycling sources. Radiol, Vol 96, Nº 1:45-51, 1:1966.
11. López Escobar y col: Memorias IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. 3: 1963. Ed. el Gráfico.
12. Liv M, Meigs JV: Am J Obst & Gynec 96:1955.
13. Murrell DS: Clin Radiol, 17:264, 1966.
14. Cushing MR et col: Obstet Gynecol 101:750, 1968.
15. Kottmeir HL: Am J Obst and Gynec 88:854, 1964.
16. Kottmeir HL, Gray MJ: Rectal and bladder Injuries, in relation to radiation dosage in carcinoma of the cervix. Am J Obstet and Gynecol, 1961, 82, 74-82.
17. Fletcher GH, Brown TC, Rutledge EN: Am J Roentgenol. 79:421, 1958.
18. Fletcher GH; Textbook of radiotherapy. Lea and Febiger, Philadelphia, 1966.
19. Obstet & Gynecol 111:745, 1971.
20. Obstet & Gynecol 125: 39, 1967.
21. Obstet & Gynecol 82: 74, 1961.

=====

22. Obstet & Gynecol 101: 744, 1968
23. Obstet & Gynecol 114: 717, 1972
24. Am J Roentgenology 108: 293, 1970.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002399

