Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar
Mayo-Junio, 2023, Volumen 7, Número 3.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6763

Paciente de 50 años con carcinoma celular escamoso cervicouterino estadio iiib. Reporte de caso

Md. Cristhian Xavier Chica Lozada[1]
cristhianchica@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0009-6115-5712
Melania centro de especialidades pediátricas y médicas,
Ecuador

Md. Carolina Denisse Bermeo Guerrero
carolinabermeo@outlook.com
https://orcid.org/0009-0003-4078-7135
Médico General,
MediLink S.A.,
Ecuador

Md. Félix Andres Lavayen Benites
felix41986@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0002-8245-1907
Centro de Salud Familiar Paine,
Santiago de Chile

Md. Andrés Gerardo Criollo Asencio
andresgerardo25@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0007-9581-7484
Hospital República del Ecuador, Galápagos,
Ecuador

Md. Darío Gabriel Moria Figueroa
gab_dario@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0002-7552-9328
Centro de salud de Valladolid Tipo A,
Ecuador

RESUMEN

El cáncer del cuello uterino (CCU) es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamocolumnar del cuello uterino, a partir de lesiones precursoras después que ha ocurrido una infección por el virus del papiloma humano, en presencia de otros cofactores: genéticos, ambientales. El cáncer del cuello del útero, cérvix o simplemente, cervicouterino es la causa más frecuente de morbimortalidad por cáncer ginecológico y la 5ta causa de muerte por cáncer en la mujer. La incidencia del carcinoma de células escamosas ha disminuido por la introducción de los programas de pesquisaje con el frotis cervical mediante la técnica de Papanicolaou en países con programas eficaces y bien estructurados. Este tipo de tumor maligno es mucho más frecuente que el de células pequeñas o que el adenocarcinoma cervical, en todo el mundo. Paciente de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial acude por presentar dolor abdominal localizado en hipogastrio que se irradia a región genitoanal, acompañado de leucorrea.

Palabras clave: *cáncer; carcinoma; escamoso; cérvix; útero.*

[1] Autor principal:
Correspondencia: cristhianchica@hotmail.com

A 50-Year-Old Patient with Stage Iiib Cervical Squamous Cell Carcinoma. Case Report

ABSTRACT

Cervical cancer (CCU) is a multifactorial disease, which generally develops in the transformation zone of the squamocolumnar junction of the cervix, from precursor lesions after human papillomavirus infection has occurred, in the presence of from other cofactors: genetic, environmental. Cancer of the cervix, cervix or simply, cervical cancer is the most frequent cause of morbidity and mortality from gynecological cancer and the 5th leading cause of death from cancer in women. The incidence of squamous cell carcinoma has decreased due to the introduction of cervical smear screening programs using the Papanicolaou technique in countries with effective and well-structured programs. This type of malignant tumor is much more common than small cell or cervical adenocarcinoma, worldwide. A 50-year-old patient with a history of arterial hypertension presents with abdominal pain located in the hypogastrium that radiates to the genitoanal region, accompanied by leucorrhoea.

Keywords*: cancer; carcinoma; squamous; cervix; uterus.*

Artículo recibido 19 mayo 2023

Aceptado para publicación: 19 junio 2023

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución.

El sistema de salud ecuatoriana ha elaborado la Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en Ecuador, con el fin de disminuir la morbimortalidad, y apoyar en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Es por ello, que las estrategias que se establecieron para la prevención CCU, parten con la realización del cribado con Papanicolaou cada 3 años en mujeres de 21 a 65 años, y en mujeres de 30 a 65 años; además, de ser posible, realizar el tamizaje con citología y pruebas moleculares para ADN de VPH cada 5 años.

Su factor de riesgo más importante es la infección por el virus del papiloma humano (VPH, o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados. Algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma que se conoce más comúnmente como verruga. La infección por este virus es un evento de transmisión sexual ampliamente difundido a nivel mundial y constituye un factor necesario, aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

Con relación al cuadro clínico del CCU se sabe que desde el punto de vista clínico es un tumor muy poco expresivo, cuando aparecen los síntomas es porque la enfermedad ya se encuentra muy avanzada. La mayoría las mujeres cursan asintomáticas en las etapas tempranas de la enfermedad y por otro lado los síntomas no son muy característicos cuando aparecen. Etapas avanzadas puede presentarse hemorragia poscoital, intermenstrual, descarga vaginal fétida, dolor pélvico o lumbar, síntomas urinarios (uropatía obstructiva o incluso insuficiencia renal), pérdida de peso, anemia. Las vías de diseminación son: extensión directa, ganglionar y hematógena.

La Clasificación Figo de cáncer cervicouterino:

- **Estadio I:** Se limita estrictamente al cuello del útero. No se debe de tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA- 1 Y IA-2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

Estadio IA: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión del estroma medida con un máximo de 5mm de profundidad y 7mm de diámetro de extensión horizontal.

Estadio IA1: La invasión medida en el estroma no supera 3mm de profundidad y 7mm de diámetro.

Estadio IA 2: La invasión medida en el estroma está entre 3-5mm de profundidad y no supera 7mm de diámetro.

Estadio IB: Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible, incluso con una invasión superficial, es un cáncer de estadio IB

Estadio IB 1: Lesiones clínicas de tamaño máximo 4cm

Estadio IB 2: Lesiones clínicas de tamaño superior a 4cm

- **Estadio II:** El carcinoma de estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus 2/3 superiores.

  Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente. La afección afecta a los 2/3 superiores de la vagina.

  Estadio IIB: Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

- **Estadio III:** El carcinoma en estadio III se extiende a la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta al tercio inferior de la vagina. Todos los canceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son canceres estadio III.

  Estadio III A: Ninguna extensión de la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.

  Estadio III B: Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

- **Estadio IV:** El carcinoma en estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o recto.

  Estadio IV A: Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.

  Estadio IV B: Extensión a los órganos distantes

Un cáncer cervicouterino incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la realización sistemática (anual) de la prueba citológica, examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix, que luego se evalúa en un laboratorio, es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervicouterino. Un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou es a menudo el primer paso para encontrar el cáncer de cuello uterino. Este resultado conducirá a pruebas adicionales que pueden diagnosticar el cáncer de cuello uterino.

Se pueden detectar lesiones premalignas y malignas en estadios tempranos, donde las pacientes se curan con terapias, como la conización del cuello del útero. Puede indicarse una biopsia para extraer una muestra que será estudiada al microscopio. Durante un legrado uterino se toman muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.

El tratamiento se decide en base a la etapa clínica

- Conservador incluye la crioterapia, conización con asa, o bisturí
- Quirúrgico con histerectomía total, radical, exenteración pélvica
- Adyuvante con radioterapia

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía y en ocasiones la intervención quirúrgica de otros órganos de la pelvis. El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito.

Presentación de Caso Clínico

Paciente de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial; refiere que desde hace aproximadamente 3 días presenta: dolor en hipogastrio que se irradia a la región genitoanal, de carácter opresivo, de intensidad 9/10 en la escala de EVA, oliguria de tres semanas de evolución y leucorrea amarillenta. Además, este cuadro se acompaña de pérdida de peso no cuantificada desde aproximadamente dos meses, náuseas, edema grado I en extremidades superiores e inferiores y estreñimiento de tres días.

A la exploración física sus signos vitales fueron: Tensión arterial: 160/83 mm Hg; frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 27 respiraciones por minuto; temperatura de 36.5°C;

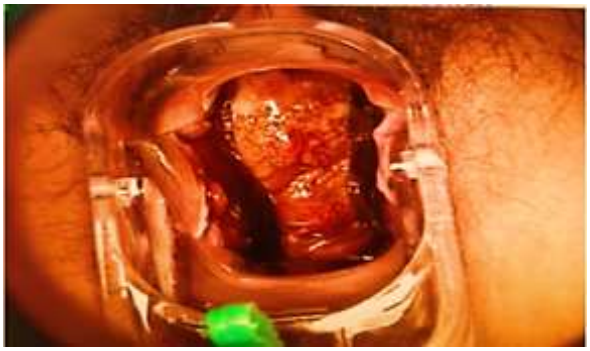
Saturación de oxígeno 83% con FiO2 de 21%. Peso: 74.8 kg, talla: 1.60 metros; IMC: 29.21 (Sobrepeso).

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15/15, responde adecuadamente al interrogatorio. Cabeza normocéfalica, cuero cabelludo implantación normal, no se palpan depresiones o prominencias. Ojos pupilas isocóricas, ojo izquierdo fotorreactivas y ojo derecho ceguera total, edema palpebral. Fosas nasales permeables; Septo nasal intacto y no pólipos nasales. Boca: mucosas orales secas. Cuello: simétrico, móvil, sin adenomegalias, glándula tiroides no palpable. Tórax: sin evidencia patológica, respiración costo abdominal; Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético; pulmones: murmullo alveolar conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en ambas fosas iliacas con predominio en hipogastrio, no visceromegalias, onda ascítica negativa, puntos ureterales positivos, Mac burney positivo. Región genital presencia de sonda vesical permeable, leucorrea amarillenta acompañado de sangrado genital. Puño percusión positiva. Extremidades: Miembros superiores: tono y fuerza muscular conservadas; miembros inferiores: tono y fuerza muscular conservadas.

Se realiza exámenes complementarios de laboratorio los cuales mostraron: Trichomonas vaginalis negativo, sodio 129 meq, potasio 7.2 meq, glucosa 85.6 mg/dl, creatinina 16.5 mg/dl, urea 249, Pcr 3.4, gasometría con PH 7.27, HCO3 13.7, PCO2 30.6 mmhg. Urocultivo presencia de Eschericha Coli.

Examen ginecológico: genitales externos de característicos normales, vagina permeable solamente hasta 4 cms del introito, donde se ocupa con tumoración dura, pétrea, que infiltra todas las paredes vaginales, fijando la vagina a la pelvis, sin sangrado activo al momento, esfínter anal de tono normal, tumoración que involucra vagina desde su tercio medio e inferior, cuello del útero parámetros en forma bilateral, fijo hacia la pelvis ósea, con mayor fijeza en el lado izquierdo, volumen tumoral aproximado: 7cms. (figura 1)

Figura 1: *Presencia con tumoración dura, pétrea, que infiltra todas las paredes vaginales, fijando la vagina a la pelvis, sin sangrado activo.*



Endoscopia: ESÓFAGO: luz limpia, mucosa sana, línea z regular. ESTÓMAGO: cardias complaciente, lago mucoso claro, mucosa de fondo normal, pliegues gástricos de calibre conservado, fundus, cuerpo y antro sin lesiones, píloro céntrico y permeable. DUODENO: bulbo duodenal normal, segunda porción sin lesiones mucosas, no se evidencia alteraciones en la ampolla de Vatter.

Eco pélvico: Cérvix aumentado de tamaño, márgenes irregulares, de 38.5 x 35,3 x 35 mm. Los ovarios se visualizan adecuadamente y de tamaño 3,5 x 2 x 1 cm ovario derecho y 4 x 2,5 x 1 cm ovario izquierdo. Se observa masa de aspecto neoplásico de bordes indefinidos predominantemente hipoecogénico, con volumen estimado 79cc, que pierde interfase con canal cervical por probable infiltración y se encuentra en íntimo contacto con borde posterior de pared anterior de cérvix y en contacto con las paredes vaginales, lo cual podría estar con relación a infiltración tumoral. Vejiga distendida de paredes delgadas sin lesiones intraluminales.

Ecografía renal: riñones de forma, tamaño y situación normal, relación cortico medular aparentemente conservada, con la ecogenicidad disminuida, no presencia de cálculos, los dos presentan ectasia pielocalicial en el derecho de 23 mm con adelgazamiento de la cortical y el izquierdo de 19 mm. RD mide 94 x 36 x 44 mm, corteza mide 5.8 mm. RI mide 112 x 58 x 45 mm, corteza mide 11 mm. Vejiga no valorable con sonda. Signos ecográficos sugestivos de hidronefrosis derecha, ectasia pielocalicial izquierda.

Biopsia Cervical y reporte histopatológico: Carcinoma escamo celular invasor bien diferenciado del cuello del útero, estadio IIIB vs IV.

DISCUSIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. La mayoría las mujeres cursan asintomáticas en las etapas tempranas de la enfermedad y por otro lado los síntomas no son muy característicos cuando aparecen. Etapas avanzadas puede presentarse hemorragia poscoital, intermenstrual, descarga vaginal fétida, dolor pélvico o lumbar, síntomas urinarios, pérdida de peso, anemia. Paciente presenta características clínicas similares se realiza examen ginecológico que evidencia tumoración dura en adherida en paredes vaginales. Estudio histopatológico reporta Carcinoma escamo celular invasor bien diferenciado del cuello del útero, estadio IIIB vs IV, Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal y el carcinoma en estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga o recto. El tratamiento oncológico para esta patología es Quirúrgico con histerectomía total, radical, exenteración pélvica y adyuvante con radioterapia.

CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino es un problema de salud que sigue teniendo un índice alto no solo en Ecuador, sino a escala mundial. Las estadísticas de morbilidad revelan tendencia al aumento de casos nuevos y aumento de la mortalidad cuando el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas.

El CCU en etapas tempranas tiene mejor pronostico mientras en etapas avanzadas el pronóstico de inesperado.

BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino [Internet]. New York: ACS; 2018. [cited 25 Jun 2023] Available from: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

Rodríguez O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Hernández-Valencia M. Estudio de la patología citológica del cérvix. Perinatol Reprod Hum. 2009 ; 23 (1): 12-7.

Do Nascimento Sousa DM, Araújo Chagas M, Moreira Vasconcelos C, Tetelbom Stein A, Oliveira Batista O. Desarrollo de protocolo clínico para detección de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Rev Latino-Am Enfermargen. 2018 ; 26: e2999

Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: The Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jun ; 216 (6): 580.e1-580.e9

González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Hernández Ugalde F. Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2018 [cited 25 Jun 2023] ; 40 (4): [aprox. 9p]. Available from: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2668/3963

American Cancer Society. Pruebas para diagnosticar el cáncer de cuello uterino [Internet]. Delaware: ACS; 2017. [cited 25 Jun 2023] Available from: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-poretapas/como-se-diagnostica.html.

Muñoz M. Cáncer invasor de cuello uterino. En: Muñoz M. Ginecología y Obstetricia. 9na. ed. Madrid: Grupo CTO; 2012: p. 40-3

Foley O, del Carmen MG. Primary Squamous Carcinoma of the Uterine Cervix: Diagnosis and Management. En: Chabner B, Lynch T, Longo DL. Harrison. Manual of Oncology. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014: p. 705-11

Gúzman N, Rojas M. Factores que influyen en la cobertura del programa de detección oportuna del cáncer cérvicouterino en mujeres de edad fértil que acuden al Subcentro de Salud El Valle, Cuenca 2017. Universidad Católica de Cuenca. 2018 abril

Urrego Ocampo MI, Botero de Mejia BE, Alzate Zuluaga C. Una mirada al programa de prevención del cáncer de cuello uterino en Caldas (Colombia), 2005-2006. Hacia promoc. Salud [Internet]. [consulta el 25 de junio de 2023];. 2008 noviembre 14;13:210---23. Disponble en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690014

Montero León F, Bosques Diego OJ, Delgado Almanza R, Díaz Ortega I. Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2008 [

cited 25 Jun 2023] ; 47 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000300006.

Verduzco Rodríguez, Leonardo; Palet Guzmán, José Antonio; Aguirre González, Haydee; González Puebla, Enrique. Ginecol. obstet. Méx ; 65(4): 119-22, abr. 1997. tab, ilus Artigo em Espanhol | LILACS | ID: lil-210752 Biblioteca responsável: MX1.1

Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G y cols: An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, metropolitan areas. Am J Public Health 1997; 87: 1156-63

Alkushi A, et al. High-grade endometrial carcinoma: serous and grade 3 endometrioid carcinomas have different immunophenotypes and outcomes. Int J Gynecol Pathol 2010;29(4):343-50. doi: 10.1097/PGP.0b013e3181cd6552

Silva-Muñoz MA. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2020;85(1), 74-98.

Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. Sex Med Rev. 2020;8(1):28-37