

Yamile Garnica Lagos
Licenciada en Enfermera
Profesional Campañas

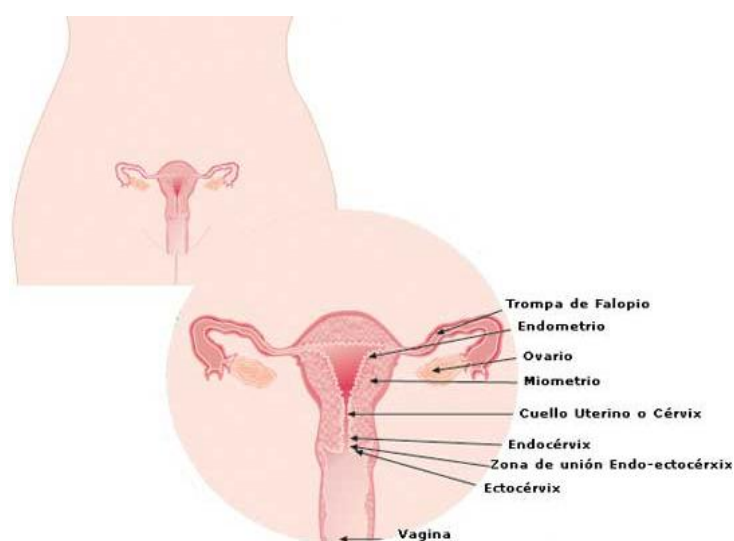
Jaime Duarte Agudelo, MD
Coordinador Desarrollo

EL UTERO

El útero forma parte del aparato reproductor femenino. Es el órgano donde crece y se desarrolla el feto. Tiene forma de pera invertida y está situado en la pelvis, entre el recto y la vejiga. Está formado por dos partes: la zona más inferior, situada en el interior de la vagina, llamada cérvix o cuello del útero por ser de forma más alargada y estrecha y la parte más ancha, situada por encima del cuello, se denomina cuerpo del útero.

Dicho cuerpo del útero está constituido por dos capas. La más interna se denomina endometrio. Por fuera de ella se sitúa la capa muscular o miometrio, que es la que realiza las contracciones del útero durante el parto.

El cuello del útero cuelga en el interior de la vagina. La mucosa que lo recubre está en contigüidad con la vagina y se denomina ectocérvix o exocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical, que lleva hasta la cavidad del cuerpo uterino se denomina endocérvix. La mayoría de los tumores aparecen en la zona de unión del exocervix y el endocérvix¹.



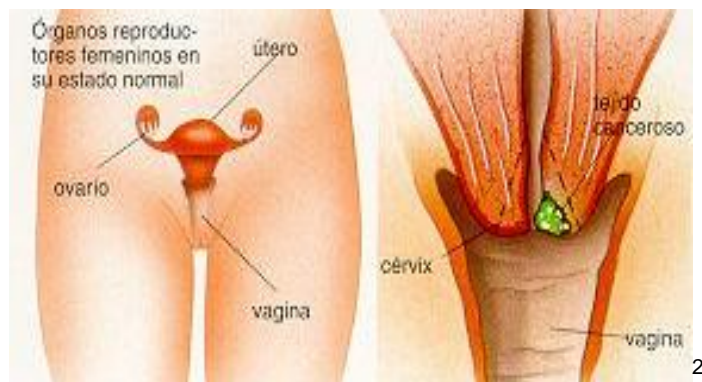
QUE ES EL CÁNCER DE CERVIX

Nuestro organismo está constituido por órganos y éstos a su vez por un conjunto de células, que se dividen de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos. Este proceso está

¹ Asociación Española contra el Cáncer. Página Web, todocancer.org.aecc.

regulado por una serie de mecanismos que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y cuándo permanecer estable.

Cuando estos mecanismos se alteran en una célula, esta y sus descendientes inician una división incontrolada que con el tiempo dará lugar a un tumor o nódulo.



Si estas células además de crecer sin control adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis) se denomina tumor maligno, que es a lo que llamamos cáncer. Cuando las células tumorales, con capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos o están ubicadas en el cuello de útero hablamos de cáncer de cervix o cuello de útero.

Antes del desarrollo definitivo de un cáncer de cervix, aparecen cambios premalignos en las células, incluso años antes. Estos cambios premalignos pueden denominarse de varias formas: displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

Este tumor maligno puede crecer de varias maneras:

Crecimiento local: se puede producir por extensión directa hacia la vagina, con menos frecuencia hacia el cuerpo del útero. Asimismo, puede crecer hacia los lados invadiendo los ligamentos que unen el útero a las paredes de la pelvis. Si crece hacia delante o hacia la parte posterior puede invadir la vejiga o el recto (aunque esto es un proceso tardío).

Diseminación linfática: el útero posee una rica red de vasos linfáticos que permiten el drenaje de la linfa a múltiples regiones ganglionares. Esta diseminación linfática se realiza de forma ordenada y se relaciona con el crecimiento del tumor, es decir cuanto mayor es el crecimiento local del tumor mayor es el riesgo de invasión linfática.

Diseminación hematogena: esta diseminación es muy poco frecuente. Cuando aparece se produce a través de los vasos sanguíneos, preferentemente hacia el hígado, los pulmones y los huesos³.

² Página Web, www.tusalud.com.mx

³ Asociación Española contra el Cáncer. Página Web, todocancer.org.aecc

QUE TIPOS HAY

Dependiendo del lugar de origen en el cérvix existen, fundamentalmente, dos tipos de cáncer: el carcinoma epidermoide, derivado de exocérvix y del fondo de la vagina y el adenocarcinoma. Este último procede de las células del interior del cuello del útero (canal cervical).

FASES O ETAPAS DEL TUMOR

Para poder determinar el tratamiento más adecuado para el cáncer de cuello de útero, es importante "clasificar" el tumor, es decir, determinar en qué fase se encuentra.

Estadio 0: denominado carcinoma in situ o carcinoma preinvasivo. El tumor es muy superficial y se limita a las células de la mucosa.

Estadio I: el tumor está limitado al cuello del útero.

Estadio II: el tumor se ha diseminado fuera del cérvix. Invade la vagina sin llegar al tercio inferior y/o a los ligamentos laterales (parámetros) sin llegar a la pared de la pelvis.

Estadio III: el tumor invade la parte más baja de la vagina, afecta a ganglios linfáticos próximos o alcanza los tejidos laterales del cérvix hasta alcanzar la pared de la pelvis.

Estadio IV: el cáncer se ha extendido a órganos próximos o presenta metástasis.

CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo para un cáncer es cualquier agente que incrementa el riesgo de padecer dicho tumor, es decir, la persona expuesta a este factor posee más probabilidades de desarrollar la lesión maligna. Es importante destacar que no toda persona expuesta a un factor de riesgo desarrollará un cáncer.

El principal factor de riesgo para que se desarrolle cáncer cervical es una infección de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano.

Infección por el virus papiloma humano (VPH):

HPV son las siglas en inglés de virus del papiloma humano. HPV no es lo mismo que HIV.

Es un grupo de virus de más de 100 tipos. Solo 30 o 40 de estos pueden infectar el área ano - genital. Los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

VPH de Bajo Riesgo

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma. Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.

VPH de Alto Riesgo

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino. Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie. Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al cáncer, si no son tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.

Estos virus se transmiten de persona a persona durante las relaciones sexuales.

Actualmente, no existe un tratamiento eficaz para la infección por estos virus. Sin embargo, las verrugas, papilomas o cualquier crecimiento anormal causado por estos virus pueden ser tratados eficazmente, con lo que se disminuye el riesgo de cáncer.

Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres con infección por VPH no desarrollarán un cáncer de cérvix. Generalmente la infección desaparece sin ningún tratamiento, gracias a que el sistema inmune de la mujer ha sido capaz de destruir los virus. La infección por VPH puede estar presente durante años sin causar ningún síntoma. Estudios actuales revelan que el preservativo no protege frente a este tipo de infección. Esto es debido a que el virus del papiloma puede estar presente en la piel del área genital que no puede cubrir el preservativo (es fundamental a la hora la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual como el SIDA).

En la actualidad, se conocen otros factores que parece que poseen un papel importante en el desarrollo del cáncer de cuello de útero. Entre ellos destacan:

Factores sexuales: la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y la promiscuidad sexual aumenta el riesgo de cáncer de cérvix. Probablemente, en relación con la mayor frecuencia de infecciones.

Virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA): las mujeres infectadas por este virus son más propensas a desarrollar un cáncer de cérvix, ya que al tener su sistema inmune débil o dañado, no son capaces de destruir el virus papiloma humano.

Otras enfermedades de transmisión sexual: parece que la infección por el virus del herpes genital puede incrementar el riesgo de este cáncer.

Tabaquismo: las mujeres fumadoras poseen dos veces más riesgo de desarrollar cáncer de cérvix que las no fumadoras.

CUÁLES SON LOS SINTOMAS

Las lesiones precancerosas del cérvix así como las fases más tempranas del cáncer, generalmente, no causan ningún síntoma. Sólo se detectan si la mujer acude regularmente a su ginecólogo y se realiza la citología. Cuando el tumor está más avanzado, los síntomas que con mayor frecuencia aparecen son los siguientes:

Hemorragia vaginal anormal: esta hemorragia aparece en periodos diferentes a la menstruación o tras las relaciones sexuales. En mujeres menopausicas (mujeres que no les llega ya la menstruación) cualquier sangrado vaginal debe ser consultado con el ginecólogo.

El dolor o las molestias durante las relaciones sexuales indican la existencia de problemas que deben ser consultados.

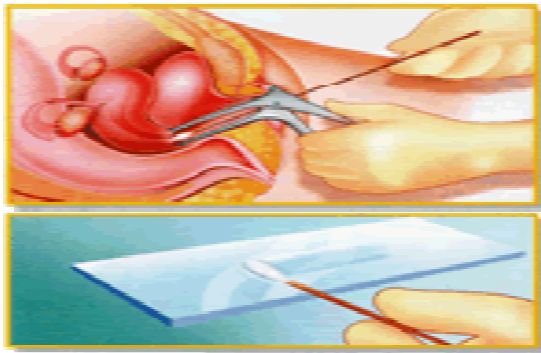
Estos síntomas también pueden ser debidos a enfermedades benignas. Sin embargo si usted aprecia cualquiera de ellos es importante que acuda al médico para el diagnóstico y tratamiento de su causa.

CÓMO SE DETECTA

Las revisiones ginecológicas habituales y la realización regular de la citología, permite el diagnóstico de las lesiones premalignas, de tal forma, que su tratamiento evita que estas evolucionen a lesiones invasivas.

La exploración ginecológica o examen ginecológico: Es realizada por un médico ginecólogo, no es una exploración dolorosa, aunque en algunas ocasiones pueda resultar molesta. Para su realización la mujer debe permanecer acostada y relajada en posición ginecológica. En este examen el ginecólogo valora la existencia o no de nódulos u otras lesiones en la vagina, el cuello del útero y el cuerpo del útero. Durante la exploración ginecológica el especialista puede llevar a cabo la citología Si el resultado del mismo es anormal, probablemente el ginecólogo le comente la necesidad de realizar más pruebas y estudios con la finalidad de llegar a un diagnóstico definitivo.

La citología cérvicovaginal o test de Papanicolau: sigue siendo la prueba más adecuada y empleada para el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, frente a otras pruebas disponibles en la actualidad. Es un examen sencillo que no duele ni produce daños. Para obtener una muestra el médico o enfermera utiliza un aparato llamado espéculo, que se coloca dentro de la vagina, para separar sus paredes y visualizar el cuello del útero. Se usa una espátula de madera (similar a un bajalenguas) y un cepillo pequeño para recoger una muestra de células del cuello del útero y de la parte superior de la vagina. Las células se colocan en un portaobjetos de vidrio que se envía al Laboratorio para su análisis.



Frotis de Papanicolaou: se raspan células del cuello uterino y se las examina bajo el microscopio para determinar la presencia de enfermedades u otros problemas



Cuello uterino visto por el espéculo, con la paciente en posición de litotomía

Cuello uterino normal



Células cervicales normales



Displasia cervical



Células cervicales cancerosas o pre-cancerosas



4

Para evitar el mayor número posible de errores es importante que la mujer siga una serie de recomendaciones antes de acudir a realizarse esta prueba:

- Evitar las relaciones sexuales en las 48 horas previas a la realización del mismo.
- Evitar lavados vaginales en las 48 horas previas.
- No utilizar espermicida u otras cremas vaginales 48 horas antes del test.
- NO estar con el periodo menstrual

Se recomienda la realización de la citología en mujeres que sean o hayan sido sexualmente activas, las que hayan sido sometidas a histerectomía y con edades comprendidas entre 25 y 69 años. El límite de edad superior dependerá de si las dos últimas citologías son normales. Se deberá realizar la citología cumpliendo el esquema nacional de tamizaje 1-1-3.

Los posibles resultados de la citología

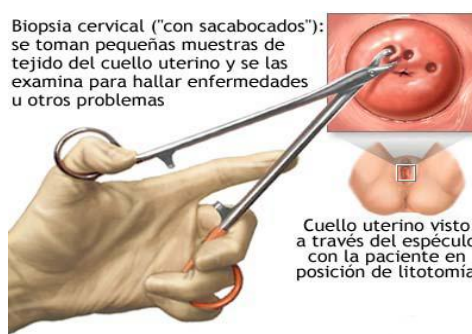
- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. No se observan signos de lesiones precursoras o de cáncer.
- Células epiteliales anormales: se aprecian células anormales, aunque la causa no se puede identificar (infección, inflamación o cáncer). En estos casos sería necesario repetir la prueba unos meses después.
- Lesión intraepitelial escamosa: hace referencia a las lesiones premalignas. Se dividen en lesiones de bajo grado y de alto grado. Estas últimas poseen más riesgo de evolucionar hacia un cáncer si no se tratan.

Colposcopia: esta prueba consiste en la visualización del cuello del útero, durante la exploración, a través de un aparato denominado colposcopio. Este es similar a un pequeño microscopio con una luz potente, que permite visualizar la vagina y el cuello del útero, para la localización de la zona alterada.



5

Biopsia: se localiza la zona afectada a través de un colposcopio y posteriormente se toma una muestra de dicha zona para ser analizada al microscopio. La biopsia permite realizar el diagnóstico definitivo de la lesión. Puede tratarse de una enfermedad benigna, de una alteración premaligna o de un cáncer preinvasivo o de un cáncer invasivo. Existen varios tipos de Biopsias.



6

Si el resultado es de un cáncer invasivo el médico determinará la necesidad de completar el estudio con otras pruebas. Una vez que se ha diagnosticado el cáncer de cérvix, es preciso determinar la extensión tanto local como a distancia de la enfermedad (metástasis), que facilite al médico la decisión del tratamiento más adecuado para su caso.

Para ello, el ginecólogo determinará qué pruebas son necesarias para completar el estudio:

Radiografía de tórax: permite al médico valorar el estado de los pulmones y descartar o no la existencia de nódulos o metástasis.

Urografía intravenosa: la urografía intravenosa permite visualizar los riñones, la vejiga y los uréteres (tubos que conectan ambas estructuras). Consiste en introducir un contraste por vía intravenosa que llega a la vía urinaria visualizándose en las radiografías. Como el cérvix está situado detrás de la vejiga, esta prueba permite valorar la afectación de la misma en los casos en los que el tumor haya crecido y afectado la vejiga.

⁵ Página Web, www.tusalud.com.mx

⁶ Página Web www.clinica-morales.com. Ginecología, obstetricia y pediatría. Imágenes de interés para descargar

Cistoscopia: consiste en la visualización del interior de la vejiga a través de un tubo muy fino, que posee una luz en su extremo. Este tubo se introduce en la vejiga a través de la uretra (conducto que permite el paso de la orina desde la vejiga hasta el exterior). Para su realización se requiere anestesia general. Con esta prueba se puede determinar la afectación de la vejiga por el tumor del cérvix.

Rectoscopia: consiste en la observación del recto a través de un endoscopio, que es un tubo largo y flexible, que en su extremo posee una luz que ilumina el interior del recto. Al endoscopio se conecta una cámara que permite visualizar en un monitor de televisión, si el cáncer de cérvix afecta al recto.

Escáner o TC (Tomografía computerizada): el escáner es un aparato de rayos X que realiza radiografías del paciente desde varios ángulos. Estas imágenes son combinadas y procesadas en un ordenador para dar lugar a radiografías en las que se visualizan de forma muy precisa todos los órganos.

Esta prueba, resulta muy útil para conocer la extensión del tumor a órganos vecinos y la afectación o no de los ganglios linfáticos. Además, el escáner permite conocer la extensión a órganos más alejados como pueden ser el pulmón o el hígado.

Esta prueba dura aproximadamente 20- 30 minutos. No le ocasionará ningún tipo de dolor, aunque para no distorsionar las imágenes, es necesario que permanezca inmóvil sobre la camilla del escáner mientras se realizan las distintas radiografías.

Resonancia magnética nuclear o RMN: es una prueba muy similar al escáner, pero no se emplean rayos X, sino campos magnéticos. Es eficaz en el estudio de tumores del cérvix y de lesiones cerebrales. Durante su realización la paciente permanece acostada en la camilla. Esta se introduce en un tubo largo, que en pacientes más sensibles pueden producir una sensación de claustrofobia. Es normal que durante su realización se produzca ruido que puede resultar molesto. Es importante que la mujer se relaje, ya que aunque pueda ser una prueba incómoda no es en absoluto dolorosa. Su duración es de aproximadamente 30 minutos.

Exploración bajo anestesia: en algunas ocasiones la exploración ginecológica puede resultar dolorosa para la paciente, por lo que es aconsejable realizar esta bajo anestesia general. Se suele aprovechar que la paciente está dormida para tomar una biopsia del útero. Es normal que tras esta exploración la paciente esté ligeramente molesta y pueda apreciar un sangrado vaginal. Estos síntomas desaparecerán unos días después de realizar la prueba.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las lesiones premalignas dependerá, fundamentalmente, de la persistencia de las mismas en los resultados de los exámenes y del grado (bajo o alto) de la misma. El tratamiento es conservador y su objetivo es destruir únicamente la zona donde está situada la lesión. Para ello se puede emplear cirugía, láser o criocoagulación (destrucción del tejido por frío).

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de cérvix o cuello de útero y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase está la enfermedad, se debe determinar cuál es el tratamiento más adecuado para curarla. El ginecólogo le recomendará y explicará las posibilidades de tratamiento más adecuadas en su caso, para que una vez que haya recibido la suficiente información pueda, junto con su médico tomar una decisión.

En el tratamiento del cáncer de cérvix se sigue un protocolo, es decir, un conjunto de normas y pautas (plan de tratamiento) que se establecen, basándose en la experiencia científica para el tratamiento de dicho tumor y en la fase de la enfermedad. Estos protocolos que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones de tratamiento en función de una serie de factores:

- Edad de la paciente
- Fase en la que se encuentra la enfermedad
- Deseos de la paciente

Probablemente, el médico también tendrá en cuenta, si además del cáncer de cérvix, existen otras enfermedades importantes que puedan dificultar la realización de algún tratamiento específico. El tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todas las pacientes. Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de cérvix son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

LA CIRUGIA

La cirugía oncológica para el cáncer de cérvix es una intervención quirúrgica mayor, por lo que es necesario un ingreso hospitalario. La técnica más frecuentemente empleada es la extirpación de todo el útero, junto con los tejidos próximos, parte de la vagina y ganglios. En ocasiones, si el tumor está más avanzado, se extirpan los ovarios. A este tipo de intervención se le denomina histerectomía.

En el caso de mujeres jóvenes, con carcinoma in situ o con lesiones tumorales en el estadio más precoz y con deseos de tener hijos, puede conservarse el útero realizando extirpaciones muy limitadas. En estos casos es preciso realizar revisiones muy frecuentemente.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es una de las modalidades terapéuticas más empleada en el tratamiento del cáncer. Su objetivo es destruir, empleando una gran variedad de fármacos, las células que componen el tumor con el fin de lograr la reducción o desaparición de la enfermedad. Los fármacos empleados en este tipo de tratamiento se les denominan fármacos antineoplásicos o quimioterápicos. Estos fármacos llegan a prácticamente todos los tejidos del organismo y ahí es donde ejercen su acción tanto sobre las células malignas como las sanas.

RADIOTERAPIA



La radioterapia es el empleo de radiaciones ionizantes para el tratamiento, local o regional, de determinados tumores que emplea rayos X con altas dosis de irradiación. Su objetivo es destruir las células tumorales causando el menor daño posible a los tejidos sanos que rodean dicho tumor. En los tumores de cérvix la radioterapia es un tratamiento curativo con los mismos resultados que la cirugía. Su aplicación puede ser externa o interna, aunque generalmente se combinan ambas modalidades.

En la radioterapia externa se emplean equipos generadores de radiación (aceleradores lineales) que en ningún momento contactan con la paciente.

La radioterapia interna consiste en la colocación de materiales radiactivos próximos a la zona tumoral. Se colocan en la cavidad uterina y/o en la vagina, por lo que se denomina radioterapia endocavitaria o intracavitaria.

La radioterapia se puede emplear como tratamiento único o tras la cirugía si existen posibilidades de que reaparezca el tumor en la zona donde estaba situado el mismo. Su objetivo en este caso, es destruir las células tumorales que hayan podido quedar tras la cirugía. El tratamiento con radioterapia siempre es individualizado, es decir, cada enferma tendrá su tratamiento específico y distinto al de otra paciente.

SEGUIMIENTO

Una vez una paciente ha sido tratada para cáncer de cérvix, ella necesita ser seguida cercanamente por una recaída. Al principio, usted tendrá visitas de seguimiento bastante seguidas. Entre más tiempo pasa libre de enfermedad, con menos frecuencia tiene que ir a chequeos. Su doctor le dirá con que frecuencia se realizarán las visitas de seguimiento, las pruebas de citología, las radiografías o tomografías dependiendo de su caso. Su doctor también le realizará exámenes pélvicos regularmente durante las visitas. Es muy importante que usted le cuente a su doctor sobre cualquier síntoma usted está teniendo y que usted cumpla todas las citas de seguimiento.