

---

# Carcinoma de cérvix en mujeres menores de 25 años

GILDARDO GALLEGO, JAIME URIBE, ISABEL C. RUIZ

---

Se realizó un trabajo descriptivo y retrospectivo que abarcó el período 1970-1991, en 129 pacientes menores de 25 años con diagnóstico confirmado de cáncer cervical, registradas en el Grupo de Oncología Ginecológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia que funciona en las dependencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

Se encontraron 81 pacientes con NIC III (62.8%) y 48 con cáncer cervical invasor (37.2%). Hubo 122 pacientes (94.6%) entre 21 y 25 años y siete menores de 20. La más joven con NIC III tenía 14 años y la más joven con cáncer invasor, estadio II b, 16.

De las 48 pacientes con cáncer invasor 29 (60.4%) estaban en los estadios IIB o IIIB. El tratamiento de las lesiones invasoras fue quirúrgico en las 6 pacientes con lesiones del estadio IA y en 10 de las 11 con el IB; se hizo radioterapia en 27 de las pacientes con lesiones en los demás estadios. Cuatro pacientes, de los estadios IIB o IIIB, rehusaron la radioterapia y no recibieron ningún tratamiento.

El tratamiento para la NIC III fue quirúrgico (coñización o histerectomía) en 68 pacientes (84%) lo que demuestra la necesidad de recurrir con mayor frecuencia a alternativas conservadoras en pacientes que no han completado su función reproductiva.

Se logró hacer seguimiento por períodos hasta de 50 meses en 82 pacientes (63.6%) y superiores a ese lapso en las 47 restantes (36.4%) incluyendo 4 pacientes seguidas por más de 51 meses.

En el momento de la revisión se encontraban en buenas condiciones 50 de las 81 pacientes con NIC III (61.7%) y 12 (25%) de las 48 con cáncer invasor para un total de 62 pacientes (48.1%); 50 (38.8%) pacientes no habían acudido al seguimiento y 17 (13.2%) habían muerto. Las complicaciones derivadas del tratamiento con radioterapia, realizado en 28 de las pacientes con cáncer invasor, fueron: cistitis, dolor pélvico y fístula vesical en dos casos cada uno e hidronefrosis en un caso; una paciente tuvo complicaciones múltiples.

## **PALABRAS CLAVE**

**CANCER  
CERVIX  
MUJERES MENORES DE 25 AÑOS**

---

DOCTORES GILDARDO GALLEGO Y JAIME URIBE, Profesores Titulares, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DOCTORA ISABEL C. RUIZ, Epidemióloga, Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCION

El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales ha llevado a que la mujer pueda estar más expuesta a factores de riesgo desencadenantes de carcinoma de cérvix.

En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, funciona la Sección de Oncología Ginecológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que cuenta con un número considerable de pacientes menores de 25 años con cáncer cervical; ello motivó la presente revisión ya que en la literatura nacional no existe una publicación que informe de la realidad de esta enfermedad en mujeres jóvenes.

El objetivo general fue identificar y analizar las pacientes menores de 25 años con diagnóstico de cáncer de cérvix, tratadas por el Grupo de Oncología Ginecológica desde enero 1º de 1970 hasta julio 31 de 1991.

Los objetivos específicos fueron: identificar los grupos de edad y los estadios clínicos, el tratamiento realizado, el estado actual de salud, los meses de seguimiento y las complicaciones de la radioterapia.

El cáncer cérvico uterino es la primera causa de morbimortalidad en mujeres con actividad sexual. Se ha sostenido que la edad de mayor incidencia es la década de los 40 a los 50 años pero este concepto ha ido cambiando paulatinamente por el hallazgo de mujeres cada vez menores afectadas por la enfermedad. Esta ocupa el primer lugar entre los cánceres ginecológicos en América Latina y el Caribe (1).

Todas las poblaciones de América Latina, incluida la colombiana, se consideran de alto riesgo para el cáncer de cérvix. La tasa ajustada de mortalidad por la enfermedad en países del Caribe de habla inglesa es de 14.7, en México 12.5, en Costa Rica 11.1, en Colombia 10.8 y en Cuba 5, por 100.000 mujeres; son cifras elevadas en comparación con las de países desarrollados como EE. UU. (3.3) y los europeos (2).

En Colombia las estadísticas son parciales y no dan una idea clara de la realidad nacional. En 1980 la prevalencia de cáncer en general era de 88 casos nuevos por 100.000 habitantes.

En Antioquia los estudios de Pinilla, Uribe y Gallego (3,4) informan aspectos interesantes del cáncer cervical pero cubren sólo la población que acude al Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Uribe y Pinilla (3) han encontrado que en dicho Hospital la

proporción de pacientes con estadios precoces ha aumentado en el transcurso de los años: en 1970 el 13% de los casos eran precoces (0-IB) y el 87% avanzados (II-IV) mientras en 1987 la proporción de precoces era de 49.8% y la de avanzados de 50.2%.

Gallego y Uribe (4) realizaron un estudio sobre el carcinoma in situ o NIC III en el mismo Hospital; encontraron 1.276 pacientes entre 1970 y 1987; los agruparon por quinquenios y demostraron un ascenso marcado de casos de NIC III (63.3%) en el último quinquenio (1982-1987).

La Agencia Internacional de Investigación de Cáncer (IARC) (5), en Europa, sostiene que el cáncer cervical es muy raro en mujeres menores de 25 años y que por ello es innecesario efectuar toma citológica en mujeres jóvenes. En contraste, la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) afirma que los programas de pesquisa citológica deben comenzar a los 20 años o antes si ha habido relaciones sexuales precoces (6).

Glezerman (7) informa que los cambios en el estilo de vida, la oportunidad de usar métodos anticonceptivos y la práctica menos estricta de la religión llevan a la mujer judía a iniciar más precozmente sus relaciones sexuales; plantea cómo en la población judía, en la que anteriormente el cáncer cervical era infrecuente, la prevalencia va en aumento.

Se ha sostenido que el cérvix de las mujeres jóvenes tiene particular vulnerabilidad para hacer metaplasia escamosa y neoplasia de acuerdo a determinados estímulos. Sin embargo, la edad de la primera relación sexual y el número de compañeros sexuales tienen asociación directa con la etiopatogenia de este cáncer y pesan más que la susceptibilidad misma del cérvix de la adolescente; en efecto Zaninetti (8) concluye que el cáncer cervical de mujeres jóvenes no se debe a la edad en sí o al comportamiento biológico del tumor sino a factores asociados como la promiscuidad y el comienzo precoz de las relaciones sexuales.

Entre las enfermedades de transmisión sexual las infecciones virales como el herpes y el papilomavirus son las más relacionadas con la neoplasia cervical; claramente se ha establecido la relación de los serotipos 16, 18, 31, 32, 33, 35 y 39 del papilomavirus con el cáncer cervical. Inicialmente se aceptó únicamente su relación etiológica con el carcinoma epidermoide pero ya se ha comprobado que también está asociado con el adenocarcinoma del cérvix (9-11) así como con el cáncer del pene. Recientemente se ha

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCION DE LOS CARCINOMAS INVASORES  
SEGUN EL ESTADIO CLINICO**

ESTADIO	Nº	%
IA	6	12.5
IB	11	22.9
IIA	2	4.2
IIB	12	25.0
IIIA		
IIIB	17	35.4
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**Tratamiento de la NIC III**

Primaron los tratamientos quirúrgicos: 54 (66.7%) de las 81 pacientes fueron tratadas con conización, 13 (16.0) con histerectomía y 1 (1.2%) con cono e histerectomía. En 7 pacientes (8.6%) se hizo crioterapia y 6 no fueron tratadas. En total 68 pacientes (84%) tuvieron tratamiento quirúrgico (Tabla N° 3).

**TABLA N° 3**

**TRATAMIENTO DE 81 PACIENTES CON NIC III**

PROCEDIMIENTO	Nº	%
CONIZACION	54	66.7
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	13	16.0
CONIZACION E HISTERECTOMIA	1	1.2
CRIOterapiA	7	8.6
NINGUN TRATAMIENTO	6	7.4
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Tratamiento del cáncer invasor**

Según el estadio se hizo tratamiento quirúrgico o radioterapia: el primero se utilizó en los estadios IA y IB y la segunda desde el IB hasta las formas más avanzadas. Cuatro pacientes rehusaron la radioterapia y no recibieron ningún tratamiento; dos estaban en el estadio IIB y dos en el IIIB (Tabla N° 4).

**TABLA N° 4**

**TRATAMIENTO DE 44 PACIENTES  
CON CANCER INVASOR**

ESTADIO	CIRUGIA		RADIOTERAPIA	
	Nº	%	Nº	%
IA	6	37.5		
IB	10	62.5	1	3.6
IIA	-		2	7.1
IIB	-		10	35.7
IIIB	-		15	53.6
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

**Estado actual de salud**

Se sabe que 62 pacientes (48.1%) están en buenas condiciones (50 tenían NIC III y 12 cáncer invasor); 17 (13.2%) han fallecido: 2 tenían NIC III pero fallecieron por causas no relacionadas y 15 tenían cáncer invasor; 50 (38.8%) no han acudido al seguimiento.

**Duración del seguimiento**

En la Tabla N° 5 se consigna la duración del seguimiento: en 82 pacientes (63.6%) fue hasta de 50 meses; en 25 (19.4%) de 51 a 100 meses; en 22 (17.1%) superó los 100 meses. Cabe destacar los seguimientos prolongados ya que muchas pacientes viven en zonas rurales alejadas. Entre los seguimientos mayores de 200 meses hubo dos pacientes con NIC III seguidas por 202 y 213 meses y una con carcinoma IB seguida por 228 meses; las tres se encuentran en buenas condiciones.

**TABLA Nº 5**  
**DURACION DEL SEGUIMIENTO**

MESES DE SEGUIMIENTO	NIC III		CANCER INVASOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 50	48	59.3	34	70.8	82	63.6
51 - 100	18	22.2	7	14.6	25	19.4
101 - 150	6	7.4	3	6.3	9	7.0
151 - 200	6	7.4	3	6.3	9	7.0
> 200	3	3.7	1	2.1	4	3.1
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>

La supervivencia fue 96% a los 5 años, 90% a los 10, 80% a los 15 y 46.8% a los 20.

#### **Complicaciones de la radioterapia**

En las pacientes irradiadas se hallaron dos casos de cada una de las siguientes complicaciones: cistitis, dolor pélvico y fístula. También un caso de hidronefrosis y otro de complicaciones múltiples.

#### **DISCUSION**

La cobertura de la citología para 1990 en el Departamento de Antioquia, con una población femenina de 15-44 años calculada en 1.148.214, fue de 24.1% y, excluyendo la ciudad de Medellín, del 7.4%. Son cifras muy bajas que reflejan la realidad nacional y obligan a replantear las políticas de atención a este respecto, con miras a aumentar las coberturas, tratando de clasificar la población según el riesgo y estableciendo políticas preventivas.

El diagnóstico de 50 pacientes menores de 25 años con cáncer del cérvix entre 1987 y 1991, en contraste con sólo 79 pacientes en los 17 años previos es explicable por el uso más generalizado del colposcopio y por la mayor motivación médica para estudiar el problema. También, pese a su uso limitado, por la citología; sin embargo, la proporción alta de casos invasores (48/129; 37.2%) y el hecho de que 29 de ellos (60.4%) estuvieran en los estadios IIB y IIIB indica que las campañas citoló-

gicas no han logrado cumplir cabalmente su objetivo de reducir la proporción de casos invasores y aumentar la tasa de diagnósticos en las formas preclínicas.

Los tratamientos conservadores como el láser y la crioterapia apenas se inician en nuestro medio y parecen de particular interés en la atención de mujeres jóvenes que no han completado su función reproductiva. La mentalidad quirúrgica de otras épocas se va reemplazando paulatinamente por estas terapias ambulatorias y económicas, que no alteran las funciones sexual y reproductiva y que tienen ventajas adicionales como ser menos invasivas y dar lugar a mínimas complicaciones.

La alta frecuencia de pacientes que no acudieron a las citas de seguimiento (50; 38.8%) puede deberse a falta de motivación o a residencia en áreas lejanas, que plantean dificultades para trasladarse a Medellín. Estas circunstancias se deben tener en cuenta al programar las consultas de seguimiento. La motivación que el médico dé a las pacientes para acudir es importante para que se logre el cumplimiento.

A todas luces este tema amerita investigaciones adicionales en nuestro medio para definir, entre otros, aspectos como a qué se debe su alta frecuencia y cuáles son los posibles factores etiológicos peculiares en nuestra población; también es necesario replantear la necesidad de ampliar la cobertura citológica.

## BIBLIOGRAFIA

### SUMMARY

#### CERVICAL CANCER IN WOMEN 25 YEARS-OLD OR YOUNGER

We performed a descriptive, retrospective study on 129 women, 25 years-old or younger, with proven diagnoses of cervical cancer, who were treated at San Vicente de Paul University Hospital, in Medellín, Colombia.

We found 81 (62.8%) patients with CIN III and 48 (37.2%) with invasive cervical cancer. There were 122 patients (94.6%) with ages between 21 and 25 years and 7 who were younger than 20. The youngest patient with CIN III was 14 and the youngest with invasive cancer (IIB) was 16 years old.

Out of 48 patients with invasive cancer there were 29 (60.4%) in steps IIB or IIIB. Treatment of invasive lesions was surgical in the 6 patients with step IA and in 10 of the 11 with IB lesions. Radiotherapy was applied to 27 patients with the more advanced cancers. Four patients who refused radiotherapy were left untreated. Treatment for CIN III was surgical, either conization or hysterectomy, in 68 patients (84%); this shows the need to use conservative approaches with greater frequency for those patients who have not completed their reproductive function.

Eighty-two patients (63.6%) were followed up to 50 months, and 47 (36.4%) for longer periods of time, including 4 patients followed for more than 151 months.

At the time of this survey 50/81 patients with CIN and 12/48 with invasive lesions were in good health. Fifty more had been lost to follow-up and 17 were deceased.

Complications of radiotherapy were cystitis in 2 cases, pelvic pain and bladder fistula in 2, hydronephrosis in one and multiple complications in one.

1. Manual de Laboratorio de Citología. Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. República de Colombia. Ministerio de Salud. 1987.
2. RESTREPO H, GONZALEZ J, ROBERTS E, LITVAK J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Of San Panam*. 1987; 102: 578-591.
3. PINILLA E, URIBE J. Cáncer de cérvix IB. Análisis de 110 casos. *Rev Col Obst Gin* 1988; 39: 186-190.
4. GALLEGO G, URIBE J. Análisis del NIC en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl 1970-1987. *Rev Col Obst Gin* 1988; 39: 179-184.
5. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programs. Screening for squamous cervical cancer duration of low risk after negative results of cervical cytology and implications for screening policies. *Brit Med J* 1986; 293: 659-664.
6. BERHMARD SS, AHMAD S, STANLEY R. Prevalence of dysplasia and cancer of the cervix in a nationwide planned parent-hood population. *Cancer* 1988; 61: 2359-2361.
7. GLEZERMAN M, PIURA B, INSLER V. Cervical cancer in Jewish women. *Am J Obst Gyn* 1989; 161: 1186-1190.
8. ZANINETI P, FRANCESCHI S, BACCOLO M, et al. Characteristics of women under 20 with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 477-482.
9. GLISSMANN L. Relación del papilomavirus humano con el cáncer. *Clín Obst Ginecol N Am* 1989; 1: 137-142.
10. REID R. Lesiones del cuello uterino relacionadas con papilomavirus humano: biología y características colposcópicas. *Clín Obst Ginecol N Am* 1989; 1: 151-171.
11. LEMINEN A, PAAVONEN J, VESTERINEN EK, et al. *Am J Pathol* 1991; 95: 647-652.
12. CHUJ, WHITE E. Decreasing incidence of invasive cervical cancer in young women. *Am J Obst Gynecol* 1987; 157: 1105-1107.
13. GALLEGO G, URIBE J. Anotaciones sobre el adenocarcinoma del cérvix. *Rev Col Obst Gyn* 1988; 39: 263-270.
14. FENOGLIO C, FERENCY A. Etiologic factors in cervical neoplasia. *Sem Oncol* 1982; 9: 349-372.
15. WILKINSON E. Frotis de Papanicolau y detección de neoplasia cervicouterina. *Clín Obst Ginecol N Am* 1990; 14: 791-794.
16. MCCREDI M, COATES M, FORD J. Trends in invasive cancer of the cervix uteri in New South Wales, 1973-1982. *Aust NZ J Obst Gyn* 1989; 29: 335-339.
17. PETERS R, CHAO A, MACK T, et al. Increased frequency of adenocarcinoma of the uterine cervix in young women in Los Angeles County. *JNCI* 1986; 76: 423-428.
18. KILGORY L, HELEN W. Adenocarcinoma del cuello uterino. *Clín Obst Ginecol N Am* 1990; 4: 833-839.