

Radiobiología

Revista electrónica

ISSN 1579-3087

<http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/radiobiologia.htm>

[http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/numeros/RB2\(2002\)23-25.pdf](http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/numeros/RB2(2002)23-25.pdf)

Radiobiología 2 (2002) 23 – 25

Morbilidad del tratamiento radioterápico en el carcinoma de cérvix uterino

Inmaculada Fortes de la Torre

Médico Interno Residente. Servicio de Oncología Radioterápica,
Hospital Regional Carlos Haya
Málaga (España)

Recibido 5 mayo 2002; aceptado 1 junio 2002



Edita: Grupo de Investigación de Radiobiología.
Dpto. Radiología y Medicina Física. Universidad
de Málaga (España)



Radiobiología 2 (2002) 23 – 25

Radiobiología
Revista electrónica

Edita: Grupo de Investigación de Radiobiología.
Dpto. Radiología y Medicina Física. Universidad
de Málaga (España)

<http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/radiobiologia.htm>

Morbilidad del tratamiento radioterápico en el carcinoma de cérvix uterino

Inmaculada Fortes de la Torre

Médico Interno Residente. Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Regional Carlos Haya
Málaga (España)

Recibido 5 mayo 2002; aceptado 1 junio 2002

Resumen

La radioterapia constituye uno de los pilares esenciales en el tratamiento del carcinoma de cérvix uterino. Sin embargo, no está exenta de efectos secundarios, tanto agudos como crónicos, que pueden hacer mella en la calidad de vida de la paciente. Los sistemas que con más frecuencia se ven afectados por esta morbilidad son el digestivo y el urinario. Es necesario que el personal sanitario sepa reconocer la sintomatología que presentan estas pacientes para poder utilizar el tratamiento sintomático más adecuado en cada caso.

Palabras clave: Radioterapia; Carcinoma; Cérvix; Oncología.

Introducción

El carcinoma de cérvix uterino es el tercer cáncer genital en frecuencia, tras el de mama y endometrio. Gracias al screening realizado por los ginecólogos basado en colposcopia y citología, estos tumores se diagnostican cada vez en estadios más precoces, consiguiendo así unos mejores resultados de supervivencia y control local con su tratamiento.

En líneas generales y resumiendo, podríamos decir que tumores hasta el estadio II A pueden ser subsidiarios de tratamiento tanto quirúrgico como radioterápico. A partir del estadio II B (invasión parametrial) la cirugía ya no será un tratamiento curativo, por lo que éste debe basarse en la radioterapia. Cuando el tumor es metastásico desde el diagnóstico, o bien se trata de una recurrencia, la radioterapia puede ser utilizada de manera paliativa para el alivio de los síntomas de estas pacientes.

El tratamiento radioterápico del carcinoma de cérvix suele consistir en radioterapia externa pélvica seguida de braquiterapia.

Pero la radioterapia no es un tratamiento inocuo, sino que conlleva una morbilidad asociada que debe ser bien conocida por el médico para su diagnóstico y tratamiento sintomático. De igual manera, el paciente debe recibir una explicación adecuada acerca de estos síntomas de manera que se reduzca su ansiedad al aparecer los mismos.

A continuación haremos una breve descripción de aquellos efectos secundarios más frecuentes, separándolos en dos grandes grupos según su momento de aparición.

Efectos secundarios agudos

Son aquellos que aparecen durante el tratamiento y hasta 90 días desde su inicio.

1) **Gastrointestinales.** Es la denominada enteroproctitis. Se caracteriza por:

- Diarrea.
- Molestias abdominales.
- Disconfort rectal.
- Sangrado rectal.

En aquellas pacientes que tienen antecedentes de patología hemorroidal, la frecuencia y gravedad de la proctitis suele ser mayor, además de aparecer más precozmente. Es por ello que a estas pacientes habrá que vigilarlas más estrechamente e instaurar un tratamiento para la misma de forma precoz.

Los síntomas derivados de la enteritis (diarrea y molestias abdominales) suelen ceder con:

- Antidiarreicos del tipo de la Loperamida Clorhidrato. Se administrará un comprimido tras cada deposición hasta que se consigan heces compactas.
- Dieta sin grasas ni especias
- Incremento de la fibra en las heces, mediante complementos dietéticos ricos en fibra.

Por otro lado, los síntomas derivados de la proctitis (molestias perianales e incluso sangrado rectal) pueden aliviarse con:

- Cremas o enemas con hidrocortisona.
- Supositorios de antiinflamatorios.
- Higiene adecuada con agua templada.

2) **Genitourinarios.** Es la llamada cistouretritis. Sus síntomas fundamentales son:

- Disuria.
- Polaquiuria.
- Nicturia.
- Hematuria micro o macroscópica.

Estos síntomas suelen aliviarse con

- Antiespasmódicos del tipo de:
 - o Fenazopiridina.
 - o Flavoxato clorhidrato.
 - o Hioscina.
- Ingesta abundante de líquido, al menos dos litros al día.

La asunción de síntomas genitourinarios nos obliga a descartar la existencia de una infección urinaria concomitante, cosa que ocurre en ocasiones. Hay que sospecharlo fundamentalmente en aquellas pacientes cuya sintomatología se muestra resistente al tratamiento antes mencionado. Para confirmarla bastará con un sedimento urinario y, en caso de que sea positivo, se instaurará tratamiento antibiótico, normalmente con quinolonas.

3) **Dermatológicos.** Constituyen la denominada radiodermatitis. Aunque todo el área de tratamiento está expuesta a sufrirla, suele ser más marcada en periné y pliegue interglúteo. Según su gravedad

encontraremos eritema, descamación epitelial seca o descamación húmeda. Suele resolverse con:

- Higiene adecuada de la piel siguiendo las recomendaciones que se le darán por los sanitarios del servicio de oncología radioterápica (no frotarse, no usar jabones irritantes, etc.)
- Cremas que ayuden a la reepitelización como aquellas con alto contenido en aloe vera.

4) **Vaginales.** Constituyen la denominada vaginitis, caracterizada por prurito, eritema, descamación, incluso sangrado vaginal. Su tratamiento consiste en:

- Lavados diarios o al menos tres veces a la semana con una mezcla de peróxido de hidrógeno rebajado con agua al 1:5. Estos lavados se mantendrán hasta que se resuelva la epitelitis.
- Si se produce ulceración vaginal será necesario el uso de cremas tópicas intravaginales con estrógenos, que estimulen la regeneración epitelial de la vagina.
- En caso de necrosis será necesario desbridar e incluso puede estar indicada la realización de una biopsia para descartar persistencia o recurrencia tumoral.
- Es necesario el uso de dilatadores vaginales varias veces al día como profilaxis de la estenosis vaginal.

Efectos secundarios tardíos

Son aquellos que aparecen meses o incluso años después de haber sido irradiada la paciente. Su incidencia depende tanto del estadiaje del tumor (en estadios III pueden llegar a ocurrir en un 15% de pacientes) como de una serie de factores de riesgo que han sido descritos por varios autores. Entre ellos señalaremos:

- Edad menor de 40 años.
- Cirugía o laparotomía previa para estadiaje tumoral.
- Irradiación de ganglios linfáticos paraaórticos, en especial tras linfadenectomía.
- Dosis por fracción mayor de dos Gy.
- Dosis paracentral mayor de 85 Gy.
- Dosis en parametrio lateral mayor de 60 Gy.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.

Dentro de los efectos tardíos destacaremos como más frecuentes según cada órgano:

- Rectosigma:
 - o estenosis rectal.
 - o proctitis.
 - o úlceras rectales.
 - o diverticulitis.
 - o fistula rectovaginal.

- o fístula colovaginal.
- o perforación del sigma.
- Intestino delgado :
 - o obstrucción.
 - o perforación.
 - o fístula enterocólica.
 - o fístula enterocutánea.
 - o malabsorción.
 - o enteritis/caquexia.
- Urinarias:
 - o cistitis crónica.
 - o úlcera vesical.
 - o incontinencia.
 - o estrechez uretral.
 - o cistocele.
 - o fístula vesicovaginal.
 - o fístula ureterovaginal.
- Otras:
 - o estenosis vaginal.
 - o necrosis de vulva.
 - o absceso pélvico.
 - o leucocitosis.
 - o TEP.
 - o TVP de MMII.
 - o hemorragia.
 - o trombosis de los vasos pélvicos.
 - o infección pélvica.
 - o arterioesclerosis.
 - o fibrosis pélvica.
 - o neuritis.

Las complicaciones digestivas suelen ocurrir antes que las urinarias (30 meses vs 48 meses) según Eifel y colaboradores (1995). Estos autores demostraron en su serie de 1784 pacientes que había un riesgo continuo para todo tipo de complicaciones de 0,34 % por año tras el tratamiento. Las complicaciones rectales aumentan un 1 % durante los dos primeros años y, a partir de ahí, aumenta el riesgo un 0,06 % por año. Por el contrario, el riesgo de complicaciones urinarias se incrementa un 0,7 % durante los primeros tres años y luego se estabiliza en un 0,25 % por año.

Múltiples estudios han relacionado la dosis recibida por cada órgano con el efecto adverso desarrollado, obteniendo datos similares. A grandes rasgos podemos decir que cuanto mayor es la dosis de irradiación, mayor será la frecuencia de efectos secundarios encontrados. En un estudio llevado a cabo por Carlos A. Pérez sobre esta cuestión se encontró que, según el órgano del que hablemos, los resultados son distintos:

	Dosis (Gy)	Secuelas (%)
Rectosigma	80	1 - 4
	> 80	9
S. Urinario	70	2
	75	5
I. Delgado	50	1
	> 60	2 - 4

Otro tema que hay que mencionar son los problemas sexuales que aparecen en estas pacientes tras haber sido sometidas al tratamiento. Grigsby (1995) realizó un estudio al respecto y comunicó los siguientes datos sobre los problemas encontrados y su frecuencia:

- Disconfort / dolor en las relaciones (79%).
- Sequedad de vagina (74%).
- Sensación de estrechez o acortamiento de vagina (79%)
- Sentimientos de tristeza, desinterés o depresión (58%).
- Miedo al dolor en las relaciones (32%)
- Miedo a la recurrencia del cáncer (42%)
- Flujo vaginal desagradable (16%)
- Poca comunicación con su pareja sexual (11%)
- Sentimientos de ser menos femenina y/o deseable (32%)
- Separación de la pareja sexual (26%)
- Falta de apoyo personal (11%).

Las complicaciones tardías suelen ser mucho más problemáticas y difíciles de tratar que las agudas. En muchos casos es necesaria la cirugía para su control y en otras ocasiones no hay tratamiento posible. Es por ello que el médico radioterapeuta debe conocer a la perfección las dosis límites de radiación que puede recibir cada órgano, así como el resto de factores de riesgo que se relacionan con las complicaciones crónicas, para intentar prevenirlas en el grado que sea posible.

Referencias

- Eifel PJ. Time course and incidence of late complications in patients treated with radiation therapy for FIGO Ib carcinoma of the cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 32 (1995) : 1289-1300.
- Grigsby PW. Late injury of cancer therapy on the female reproductive tract. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 31 (1995) : 1281-1299.
- Pérez CA. Uterine cervix. In : C.A Pérez and L.W.Brady (Eds). *Principles and Practice of Radiation Oncology*. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1997, 1733-1819.
- Pérez CA. Radiation therapy morbidity in carcinoma of the uterine cervix: dosimetric and clinical correlation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 44 (1999): 855-866.