Cáncer del Cuello Uterino*

por

Dr. Claudio Guevara Barahona

A fines del siglo XIX sólo tenían esperanza de curación las enfermas de carcinoma del cuello uterino si el tumor podía ser totalmente erradicado por medio de la excisión vaginal o la cauterización. Gracias a los esfuerzos de eminentes cirujanos como Freund, Ries, Clark y Kelly, se perfeccionó en aquella época la técnica de la histerectomía radical. Esta operación fue ejecutada muchas veces por Wertheim, de Viena y fue bautizada con el nombre de él por sus minuciosos estudios clínicos, sus empeñosas investigaciones microscópicas y sus concienzudas observaciones post-terapéuticas.

Al comienzo se ejecutaba la operación en un número bastante grande de enfermas pues era razonable, en ese entonces, ampliar el concepto de operabilidad, hasta su máxima expresión, ya que el tratamiento quirúrgico era el único que ofrecía alguna esperanza de curación. La experiencia trajo consigo la necesidad de restringir las indicaciones a un grupo menor de casos en que la operación era no solamente técnica posible sino también terapéuticamente eficaz. Con el desenvolvimiento de los métodos radioterápicos, que fue la consecuencia del descubrimiento de las radiaciones ionizantes, pronto se llegó a la conclusión que se había descubierto otro poderoso medio terapéutico para el cáncer de la matriz.

Los recientes progresos en anestesia y el entendimiento cabal del mecanismo del shock y su prevención, así como el advenimien-

(*) Trabajo practicado en el Servicio de Oncología del Hospital Central del Seguro Social.

to de los antibióticos ha hecho que la mortalidad operatoria se reduzca y renazca el entusiasmo por el tratamiento quirúrgico del carcinoma cervical, el cual en manos de cirujanos hábiles puede igualar los resultados obtenidos con radioterapia. Al comparar los resultados del tratamiento quirúrgico con el radioterápico del carcinoma incipiente del cuello uterino con frecuencia se olvida algo muy importante, que el cirujano al operar los casos que él codificó en período I, bien puede encontrarse con que el tumor es más extenso, o que ya hay metástasis ganglionares. Estos casos no se incluyen en las estadísticas de resultados, puesto que manifiestamente no son carcinomas grado I. En cambio cuando el radioterapeuta acomete el tratamiento de un carcinoma cervical en período I, puede ocurrir que está tratando a una enferma cuya lesión es más extensa de lo sospechado, o que ya tiene lesiones metastásicas, pero el caso de todos modos será incluido en la estadística de resultados finales como estado I.

No se ha de perder de vista que el número de casos en los cuales la cirugía tiene iguales sus resultados que la radioterapia (estado I) representa apenas algo más del 10% del total de enfermas que solicitan ser tratadas en la mayor parte de las clínicas. En el estado II que representa alrededor del 29% de este total (según estadísticas de Heyman del Radiumhemmet de Estocolmo) los resultados obtenidos por medio de la Cirugía son ostensiblemente inferiores a los obtenidos con radioterapia. En el estado III y IV la cirugía es ineficaz ciento por ciento; según la estadística mencionada el 60% de todas estas pacientes pertenecen a estos dos estados.

De todas maneras debemos recordar desde el punto de vista de clinopatología quirúrgica que una vez que el proceso maligno ha rebasado el útero alcanza en algunos casos los fondos de saco vaginales, siendo más rápido este rebasamiento cuando es efectuado hacia los fondos de saco laterales y anterior, más lento hacia el posterior por ser éste más profundo y existir entonces mayor distancia entre la lesión inicial y la mucosa vaginal.

Hasta ese momento la invasión carcinomatosa ha ido, en la mayor parte de los casos, avanzando lentamente por contigüidad pero una vez que llega a invadir los fondos de saco, su marcha

es más rápida pues los linfáticos de la mucosa vaginal son muy abundantes e incluso la invasión ya no sólo se hace por contigüidad, sino que también se pueden hallar tumores aislados y algunas veces hasta pedunculados, de la pared vaginal, a cierta distancia de la lesión primitiva. De este hecho se pueden sacar varias conclusiones:

1.—Topográficamente hablando la malignidad de los carcinomas uterinos es mayor, cuando se inician en el labio anterior del cérvix o cerca de él, ya que su propagación a la vagina, tejido véstico-vaginal y vejiga es mucho más rápida entonces.

2.—En los casos que presentan invasión a vagina, la resección que se haga de ésta al practicar la histerectomía debe ser siempre lo suficientemente amplia, debiendo ir mucho más allá del límite macroscópico de invasión apreciado con el tacto y el examen con el especulum.

En los otros casos en que el proceso carcinomatoso ha alcanzado los parametrios, se extiende fácilmente, sin obstáculos, por el tejido areolar y subperitoneal del ligamento ancho abarcándolo rápidamente en la mayor parte de las veces, a favor de las profusas ramificaciones linfáticas contenidas en él. En muchos casos son invadidos los linfáticos periureterales, ya que el uretero atraviesa el ligamento ancho por detrás de la arteria uterina y 1½ cms. del cuello; razón por la cual siempre que se sospeche invasión parametrial, se debe hacer, lo que en nuestro "argot" quirúrgico se ha llamado "pelar los ureteros".

Sólo los carcinomas muy indiferenciados forman metástasis linfógenas en período temprano; los dos caminos que siguen estas metástasis más frecuentemente son los linfáticos preureterales y retrouterales que a través del ligamento ancho van a desembocar en las cadenas ganglionares de la ilíaca externa e hipogástrica. Una tercera vía menos frecuente, es la que sigue los ligamentos útero sacros para desaguar en los ganglios sacros y lumbares del promontorio. Hay dos hechos que conviene recalcar: el primero, que las metástasis distantes del carcinoma del cuello uterino no son frecuentes y el segundo que la generalidad de las enfermas que

mueren de este padecimiento sólo tienen diseminación pelviana del proceso.

Por la vía linfática, el camino que siguen las metástasis distantes es el de los ganglios lumbo-aórticos, cisterna de Pecquet, conducto torácico y por aquí a ganglios supraclaviculares izquierdos, pulmón, hígado, huesos y cerebro.

Por ser más frecuentes las metástasis a las cadenas ganglionares de la íliaca externa y de la hipogástrica, es necesario hacer la limpieza de estos vasos en las Pan-Histerectomías por Ca. de la cervix L. N., E. I ó II.

A Cleaves corresponde el mérito de haber efectuado el primer ensayo con radioterapia en el cáncer del útero. En 1914, Heyman comenzó los primeros estudios metódicos del tratamiento radioterápico de carcinomas cervicales inoperables y comprobó que tenía éxito en un número reducido de casos. En años subsiguientes sus esfuerzos se vieron recompensados con la confianza de ginecólogos suecos que le enviaron muchas enfermas operables; en breve tiempo demostró que la curieterapia, debidamente aplicada, es también eficaz contra los carcinomas operables. Todos los primeros ensayos del tratamiento del carcinoma cervical por medio de radiaciones, se apegaron a la aplicación interna de Radium, pues poco o nada se esperaba que lograra la irradiación externa, que sólo se empleaba como medio paliativo en las enfermas desahuciadas. Pronto se vio que la minuciosa irradiación externa de la pelvis es un tiempo previo importante en el tratamiento de todas las enfermas. Se reduce notablemente la infección secundaria y desaparece el dolor y mejora el estado general de la paciente, se reduce las dimensiones del tumor, pero también puede llegar a dificultar aplicaciones de Radium por la contracción de los fondos de saco.

Bableasse usó la Roentgenterapia sola en estados III y IV obteniendo una supervivencia del 15% a los 5 años; sin embargo mientras no contemos con las radiaciones de supervoltaje es necesario combinar ambos tratamientos interno-externo. Para evitar recidivas rápidas no es conveniente dejar mucho tiempo entre uno y otro tratamiento. Por regla general se dejan de 10 a 14 días.

Al perfeccionarse las técnicas radioterápicas se pensó que éstas eran superiores y menos peligrosas que el tratamiento quirúrgico, y que aún cuando fracasara, daba a las pacientes períodos más largos de supervivencia.

La irradiación interna es el elemento más importante en el tratamiento de los carcinomas incipientes y la Roentgenterapia externa es el elemento más importante en el tratamiento de los casos avanzados.

Estudiando cuidadosamente los 134 casos de carcinoma del cuello uterino archivados en el Servicio de Oncología del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, he tenido, desgraciadamente que desechar 36 de ellos como casos no aptos para hacer investigaciones estadísticas.

Entre las causas más importantes culpables de estas historias incompletas fue el haber perdido de vista a los pacientes después de los tratamiento radioterápicos, falta de notificación del enfermo o de sus parientes de su estado de salud o de su deceso; pérdida de citas, abandono del control médico; abandono del tratamiento.

De todas maneras he seleccionado 78 casos que sí ha sido posible tabularlos.

Creo necesario separar del estado I un grupo de lesiones de no fácil identificación clínica, pero que tienen una categoría clara y bien definida en esta patología del cuello uterino y una gran importancia desde el punto de vista terapéutico y pronóstico. Son aquellos tumores cuyas células infiltran difusamente el propio epitelio de donde proceden, sin destruirlo por completo ni atravesar la membrana basal. Lo llamaremos:

ESTADO 0:

Incluyendo las lesiones denominadas: precáncer, carcinoma intraepitelial, in situ, de erosión o incipiente.

En estos casos se obtiene el 100% de curaciones con cirugía no siendo necesario efectuar la coloproctomía en las mujeres jóvenes. Por irradiación se obtiene también el ciento por ciento de curaciones, por regla general se usa sólo Radium. En nuestra serie todos los casos tratados están vivos; la inmensa mayoría fueron tratados con cirugía y 18 de ellos han sobrepasado los 5 años de sobrevivida, 2 de ellos tienen menos de 5 años de operados y de éstos 20, a 5 de ellos se les hizo Pan-Histerectomía con vaciamiento linfoganglionar pélvico. El resto se les hizo histerectomía total amplia y sólo a uno, histerectomía conservando los ovarios. En este grupo sólo tenemos un caso al cual se le aplicó Roentgenterapia y Radium y tiene actualmente 4½ años de sobrevivida.

ESTADO I:

Lesiones localizadas al cuello:

El Dr. Núñez Hernández reconoce un estado intermedio que él llama I á II, cuando sospecha que existe ya un período inicial de invasión microscópica al cuerpo uterino, fondos de sacos vaginales o parametrios que no haya determinado todavía cambios anatómicos perceptibles por la clínica.

En este estado tomando en cuenta las estadísticas de 4 autores, Cancerólogos y Cirujanos: Meigs, Harmett, Bonney y Reed y haciendo un promedio de ellas nos da un 63.5% de supervivencia a los 5 años. La cirugía en todos estos casos fue de tipo radical con vaciamiento linfo-ganglionar pélvico. En cuanto a la irradiación en este grupo y haciendo un promedio de las estadísticas de seis centros de Radioterapia de Inglaterra, obtenemos un 60% de supervivencia a los 5 años. En todos los casos fue usado el Radium intracavitario y vaginal no complementándose en muchos por la Roentgenterapia.

En nuestra serie pude codificar en estado I, 16 casos, de los cuales 7 fueron tratados exclusivamente con cirugía, de los cuales 3 fueron tratados con Pan-Histerectomía radical con vaciamiento linfoganglionar pélvico. Los 3 están con vida, uno con 8 meses, otro de 1 año y otro con 3½ años de sobrevivida. A

los 4 restantes les fue practicada Histerectomía total sin vaciamiento linfo ganglionar, de ellos dos han muerto al año y medio, un tercero tiene dos años y medio de sobrevida, pero está siendo tratado con Roentgenterapia por recidiva. Otro grupo de 4 se le hizo Histerectomía total sin vaciamiento poniéndoles Roentgenterapia post-operatoriamente inmediata, 2 de ellos han sobrepasado los 5 años de sobrevida y de los otros dos uno tiene año y medio y el otro 3 años. Los cuatro están vivos.

Un último grupo de cinco fueron tratados únicamente por irradiación. 3 de ellos con Roentgenterapia y Radium combinados, todos están vivos, con 3 años uno, otro con 4½ años y el último con 11 años de sobrevida.

Los dos últimos fueron tratados únicamente con Radium, los dos están vivos, uno con 1 año y el otro con 9 años de sobrevida.

ESTADO II:

El tumor infiltra el parametrio en uno o ambos lados, pero no llega hasta la pared pelviana. Al efectuarse el tacto rectal, el dedo se encuentra con un espacio entre el tumor y la pared pélvica. Del lado vaginal invade los dos tercios superiores. También pertenecen a este grupo los neoplasmas que hayan hecho metástasis tempranas a estos dos tercios de la pared vaginal y los que invaden al cuerpo uterino por el conducto endocervical; lo que en ocasiones es difícil de determinar ya que el útero puede estar crecido por un piómetra o un fibromioma.

Tomando las estadísticas de los cancerólogos-cirujanos ya mencionados, nos da un promedio del 31% de supervivencia a los 5 años. Este estado es el límite superior de la cirugía. Lo mismo que en el estado anterior, ésta debe hacerse en forma radical con linfodenección pélvica.

Utilizando los datos estadísticos de los seis centros de radioterapia, nos proporcionan un 44% de supervivencia a los 5 años. En todos estos casos se usó Roentgenterapia a 4 campos

pélvicos, 2 posteriores lumbosacros y 2 pélvicos anteriores inguino-iliacos. El Radium se dio intracavitario y vaginal.

En nuestra serie del Seguro Social, hemos podido codificar en este grupo 14 casos. 3 de ellos tratados con cirugía, 2 con Histerectomía radical, los dos muertos, uno a los 7 meses y otro a los 3 años. Al tercero le fue hecha Pan-Histerectomía radical con vaciamiento linfo ganglionar pélvico. Este caso muy interesante tiene 7 años de sobrevida y a los 4 años hubo que hacerle vaciamiento inguino-crural izquierdo con extirpación del ganglio de Cloquet por metástasis en este territorio ganglionar.

Siete casos de este grupo fueron tratados con terapia combinada de Roentgenterapia y Radium. Cinco de ellos vivos, dos de ellos con un año, un tercero con 3½ años, un cuarto con 3½ años y el quinto con 10 años de sobrevida.

Los dos muertos tuvieron 2½ años de sobrevida. Tres casos de esta serie fueron tratados exclusivamente con Roentgenterapia, uno murió al año y medio y los otros dos vivos, tienen uno, 6 meses y otro 8 meses de sobrevida.

ESTADO III:

El tumor invade el paramétrico en toda su extensión, en uno o ambos lados; al efectuar el tacto rectal no se logra percibir ningún espacio entre la pared pelviana y el tumor; éste invade la vagina o presenta alguna metástasis en su tercio inferior o en la pared de la pelvis (ganglionar).

En este estado la cirugía es nula.

En cuanto a la irradiación y usando de nuevo lo estadística ya mencionada, tenemos un 24% de sobrevida a los 5 años. En nuestra serie del Hospital Central todos han sido tratados por Radioterapia. En este estado hemos podido codificar 13 casos. 12 de ellos tratados con Roentgenterapia y Radium. 7 de ellos se encuentran vivos. Uno de los cuales con un año, dos con 1½ años, otro con 2 años, otro con 3 años, otro con 3½ años y el último con 10 años de sobrevida.

De los otros cinco muertos, el primero murió a los 8 meses, dos de ellos al año, el cuarto a los 2 años y el último a los 4 años. Sólo un caso de esta serie fue tratado únicamente con Roentgenterapia, muriendo al año.

ESTADO IV:

El tumor invade la pared vesical. Como signos evidentes de esto podemos encontrar:

- 1.—Fístula vésico-vaginal.
- 2.—Biopsia positiva por medio de la citoscopia.
- 3.—Edema buloso del trigono.

En los períodos iniciales del Ca. del cuello se pueden presentar deformidad extrínseca del trigono, hiperemia y edema lineal, signos que no evidencian invasión vesical.

En este estado la cirugía es nula.

En cuanto a la irradiación y usando la estadística de los centros ya mencionados, nos da apenas un 7% de sobrevida a los 5 años. En nuestra serie del Servicio de Oncología he podido codificar 14 casos dentro de este grupo. A 8 de ellos se les hizo tratamiento combinado de Roentgenterapia y Radiumterapia. De estos dos viven, los dos con 1½ años de sobrevida, habiendo tenido que practicarle a uno de ellos una colostomía. Los otros 6 muertos, 4 de ellos al año, el quinto al 1½ y el último a los 2½ años.

Otro grupo de 5 fue tratado únicamente con Roentgenterapia Paliativa, dos de ellos murieron a los 6 meses, un tercero a los 8 meses, el cuarto al año y 3 meses y el último a los 2 años. El último caso de esta serie fue tratado solo con Radium y murió al año.

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES:

Es conveniente separar del Estado I al grupo de estos casos catalogados como: carcinoma in situ, intraepitelial o incipiente, pues tienen autonomía histopatológica, clínica, pronóstica y terapéutica bien definida. Sugiero bautizar a este grupo con la denominación "ESTADO 0". En nuestra serie de 21 casos de este grupo, tuvimos 100% de curaciones, no importando el método terapéutico empleado, radioterápico o quirúrgico y dentro de éste último se obtuvieron los mismos resultados con la histerectomía radical o no, con o sin vaciamiento linfoganglionar pélvico.

Anotaré un hecho extraordinario en nuestra serie: De los 78 casos que pude catalogar en forma correcta, 21 pertenecen al estado 0 y 16 al estado I; esto equivale al 47% del total de casos; comparado este porcentaje con el obtenido por el Marie Curie Hospital del 6%, y del anotado por Hayman que revisó los casos publicados por nueve Instituciones, en los cuales el porcentaje promedio fue de 11% al Estado I, se puede apreciar la disparidad tan grande que existe con nuestros datos. Se puede explicar este hecho por las características de nuestra Institución, en la cual el médico general o médico de choque no tiene el tiempo necesario, ni las facilidades para efectuar una exploración vaginal correcta, por lo que las pacientes que sufren trastornos ginecológicos son referidas a los Servicios de Ginecología y Oncología, en los cuales se les hace una exploración detenida, practicándoseles biopsia cuando fuere necesario.

No sucede así en la calle, en donde la mayor parte de los médicos generales, entretienen a sus pacientes haciéndoles tratamientos de prueba, con arsenicales para el flujo y hormonas para sus supuestos trastornos menstruales, no haciéndoles biopsia tisular o citológica ni controles clínicos frecuentes por evitarles un gasto a sus pacientes, no pudiendo en esta forma llegar a efectuar el diagnóstico de carcinoma incipiente, sino exclusivamente el de estados más avanzados.

Demostrada la importancia que tiene el diagnóstico del carcinoma incipiente, no me resta más que solicitar la cooperación

de todos los médicos de Medicina General, para que a todas aquellas pacientes de más de 35 años se les haga anamnesis intencional buscando discretos trastornos de la menstruación, así como cambios cualitativos y cuantitativos en el flujo vaginal tan común en nuestro medio, recordándoles que el 90% de los casos de carcinoma uterino se presenta después de esta edad; si encontraren algún disturbio, referir la paciente en forma inmediata, con la certeza que será atendida el mismo día en el Servicio de Oncología.

A los médicos del Servicio de Cirugía General y Ginecología les rogamos nos envíen todos los casos de carcinoma del cérvix que hayan decidido operar, antes y después de la intervención quirúrgica, con el único fin de poderlos catalogar y mejorar así la calidad de nuestras estadísticas.

Con referencia a nuestra serie de casos catalogados en el estado I, puedo afirmar, que de los procedimientos terapéuticos empleados: la radioterapia, la Pan-Histerectomía radical con vaciamiento linfoganglionar pélvico y la Histerectomía total con radioterapia posterior, han tenido resultados excelentes; no así la Histerectomía total sola, cuyos resultados han sido malos (4 casos, 2 fallecieron al año y medio, otro actualmente ha recidivado y el último tiene un año de operado, sin evidencia de recidivas).

En los casos que catalogué en estado II, el 61% de los tratados con radioterapia están vivos, por el contrario en dos casos en los que se practicó Pan-Histerectomía radical murieron por recidiva. A uno solo de los casos les fue practicada Pan-Histerectomía radical con vaciamiento linfoganglionar pélvico; a los 4 años hubo que hacerle vaciamiento inguino-crural izquierdo por recidiva, llevándose el ganglio de Cloquet. Siendo tan notorias las ventajas de la radioterapia sobre la cirugía en este estado, el tratamiento de elección ha de ser la Roentgenterapia y Radiumterapia.

Los 13 casos que catalogué en estado III, fueron tratados todos con radioterapia y de ellos, el 55% están vivos y los seis restantes han muerto.

Los 14 restantes del número total fueron catalogados en el estado IV, de ellos sólo el 14% se encuentran con vida.

El tratamiento de elección en estos dos estados ha de ser la radioterapia combinada (Roentgenterapia y Radium) si el estado de la paciente lo permite.

En nuestros casos la radioterapia se aplicó indiscriminadamente sin investigar la sensibilidad citológica a la irradiación.

Aunque mi criterio es contrario a la cirugía en los estados III y IV, he tenido ocasión de controlar un caso operado en el Hospital San Juan de Dios, en el cual había ya invasión de la vejiga, y a la que se le practicó Pan-Histerectomía con vaciamiento linfoganglionar pélvico, cistectomía e implantación de los ureteres a colon, con una evolución magnífica (a los 5 años no hay evidencia de recidiva). Otro caso del doctor Pack, con invasión a vejiga, recto, vulvovagina y a la que se practicó evisceración pelviana (recto, todo el aparato genital interno y externo, vejiga, linfoganglios) con implantación de ureteres y colostomía.

Este caso también tenía más de 5 años de sobrevida. Creo que estos casos como los tratados con éxito en radioterapia, de los estados III y IV, tienen su explicación, en que las metástasis linfoganglionares del Ca. del cérvix, en la mayoría de los casos, no sobrepasan los límites pélvicos sino después de un tiempo prolongado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CARLING. Windeger Sunithers. "Practice in Radiotherapy"
 - 2.—COSTERO. "Tratado de Anatomía Patológica"
 - 3.—CHRISTOPHER, "Tratado de Patología Quirúrgica"
 - 4.—REGATO. Ackerman "Cáncer"
 - 5.—TELINDE. "Operative Gynecology"
 - 6.—TESTUT. LATABIET. "Anatomía Humana"
 - 7.—THOREK. "Técnica quirúrgica moderna".
-