

La Cirugía, el Radio y los Rayos X en el Tratamiento de los Fibromiomas Uterinos (*)

POR EL DR. JULIAN VILLARREAL

Los estudios de Fauveau de Courmelles (1904), Bordier, Guillemíneau, Bergonier y Speter (1909-1911) y de Béclere en Francia, Albers Schönborg y F. Frenkel, Kronig Graus, Menge en Alemania, vinieron a demostrar que los rayos X, convenientemente aplicados, eran capaces no solo de suprimir las metrorragias uterinas producidas por los fibromiomas, sino que los tumores mismos disminuían de tamaño y en ciertos casos desaparecían clínicamente, resultado que era debido no solo a la supresión de la función ovárica sino a una acción especial de los rayos X sobre el tumor mismo.

Pero no fué sino después de los trabajos de Howard Kelly en Baltimore, empleando grandes cantidades de Radio en vez de rayos X penetrantes y los notables resultados obtenidos en tumores uterinos fibrosos que llegaban hasta el ombligo y que desaparecían como por arte de magia, con las perturbaciones que acompañan a estos neoplasmas, sin grandes molestias ni incomodidades o peligros, que se despertó en el mundo científico un deseo loable y una emulación noble para la prosecución de estos estudios: la fijación de las dosis de radiaciones, hacer el tratamiento práctico, divulgar el conocimiento de esta nueva terapia de los tumores fibrosos de la matriz y librar a las mujeres de un motivo de operación seria y dejar la actividad quirúrgica ejercitarse en otra dirección.

El resultado ha sido verdaderamente sorprendente y ya con Radio, ya con rayos X, ya combinados ambos, según las dotaciones o las simpatías de los cirujanos, porque ellos son los que principalmente han llevado a cabo este trabajo dotando sus servicios con estos nuevos e importantes auxiliares de la cirugía, Radio y Rayos X, se ha llegado a reducir en un 80% las intervenciones por fibromiomas uterinos y como el radio es el hemostático

(*) Trabajo presentado por su autor el 16 de mayo de 1923.

por excelencia, las endometritis hemorrágicas y las menorragias de la menopausa no son ya del dominio quirúrgico, sino del radio y los rayos X. Dichos agentes y la diatermia (electro coagulación) aislados o asociados entre sí, o con la cirugía, son los medios con que actualmente se trata el cáncer uterino y no debe sorprender el que el total de las intervenciones ginecológicas se haya reducido a un 30 o 40% de las que se practicaban hace diez años. Me refiero a las clínicas europeas o americanas porque entre nosotros todavía estamos trabajando como hace veinte años por carecer de los medios adecuados y mi deseo al formar este suscinto trabajo es estimular a los cirujanos de la generación que pasa y a los de la presente para que introduzcan en sus servicios las modificaciones necesarias y puedan hacer un bien muy grande a sus pacientes, a la ciencia y a sí mismos.

Médicos y cirujanos unidos o independientemente pueden formar sus departamentos de curieterapia y radioterapia. Por mi parte desde hace dos años cuento con la dotación de Radio suficiente para todo tratamiento así como con una instalación eficaz de rayos X, la que me permite dirigirme hoy a ustedes con conocimiento práctico y grandemente entusiasmado por los resultados obtenidos. El límite de este trabajo me impide entrar en detalles y tratar extensamente de la multitud de aparatos y las formas que se les pueden dar, según las necesidades, a los veinte tubos de platino en forma de agujas, que contienen el radio bajo la forma de sal de este metal. Podrá tenerse una idea viendo los estuches, cápsulas, trócars, etc.

En los tumores grandes se asocian la radiación intrauterina con la extrauterina por la pared abdominal con placas de radio extrafuertes o con rayos X penetrantes usando filtros de aluminio de cuatro a cinco milímetros.

En los tumores que no llegan al ombligo, con una cápsula metálica conteniendo cien miligramos de radio, introducida en una sonda de Nelaton como filtro blando y puesta en la cavidad uterina durante doce horas es suficiente para que desaparezca la próxima metrorragia y el tumor se reduzca a la mitad en los dos primeros meses y a los tres meses no quede ya más que una cuarta parte. Una segunda curio-radiación o una aplicación de rayos X, una eritema dosis con un filtro de aluminio de cinco milímetros por cinco campos tres anteriores y dos posteriores terminarán con el tumor.

El caso de la Srita. profesora P. es típico en este sentido.

De 39 años de edad, soltera, natural de Veracruz. Diagnóstico: pólipo pediculado de forma ovoide de las dimensiones de una pera pequeña, saliente por el cuello a la vagina y además tumores fibrosos del tamaño de una cabeza de feto a término.

El 3 de septiembre de 1921, cloroformada la paciente, se le extirpa el pólipo, se dilata la cavidad uterina y se le aplica una cápsula de cien miligramos de elemento de radio dentro de una sonda de goma durante veinti-

cuatro horas. Ninguna perturbación posterior. Ni las hemorragias ni el período volvieron a presentarse. Tres meses después de esta aplicación de radio el tumor era del tamaño de un limón. La paciente sigue ejerciendo su profesión y dice no haberse sentido nunca tan bien. Actualmente solo se percibe al lado derecho de la matriz un pequeño núcleo no mayor que una nuez.

Como combinación de radio y rayos X el caso de la Sra. M. es demostrativo además de ser el primero en su género intentado en México.

Esta Sra. había sido operada por mí el año de 1904, el 6 de Octubre. De treinta años de edad en esa época, consultaba por sufrir pérdidas de sangre mensuales y por la esterilidad que la afligía. Diez años de matrimonio y sin familia, al explorarla encontré una masa fibromatosa del tamaño de los dos puños. La indicación era precisa: miomectomía vaginal, porque por esta vía se trataban los miomas cavitarios, los intersticiales y los subperitoneales. Le extirpé nueve fibromas, el mayor como una papa grande y el menor como una avellana. La reparación del músculo uterino fué difícil, no obstante que por solo la incisión anterior que dividía la pared uterina hasta la cavidad hice la extirpación de los tumores anteriores y a través de la cavidad los posteriores murales; los subperitoneales por la celiotomía vaginal y exteriorización del cuerpo uterino. Los anexos estaban sanos. Canalicé con gasa yodoformada la cavidad uterina y entre la vejiga y la matriz, a uno y otro lado de la sutura uterina hecha con catgut crómico de número dos, coloqué delgadas tiras de gasa yodoformada.

La secuela postoperatoria fué del todo feliz y dos años después la paciente se hacía embarazada, sucedió del que no tuve conocimiento sino al ser llamado para atenderla de una fiebre puerperal. Había dado a luz a un niño a término; el parto había sido laborioso, hubo aplicación de fórceps, desgarraduras perineales, muerte del niño horas después del nacimiento y fiebre desde el día siguiente del alumbramiento y era el séptimo día. Instituí la canalización de la matriz y lavados cada seis horas con solución al 1% de permanganato de potasa.

La enferma se alivió y la perdí de vista hasta el año de 1918, que vino a mi consultorio y me refirió que desde hacía cinco años sabía que tenía de nuevo los tumores en la matriz, pero como le habían dicho que no había más remedio que una operación mutilante, se había resistido a ella y si yo opinaba lo mismo, preferiría dejarse como estaba. Fui de la misma opinión de los colegas con quienes antes había consultado esta señora y la aconsejé que por ser necesario, se resolviera a que se le practicara la histerectomía para aliviarla de sus padecimientos, pues ya no era tiempo de pensar en una operación conservadora, como la primera vez, llegando ahora la masa neoplásica al ombligo y llenando la pelvis.

En vista de su renuencia para operarse y con el fin de aliviar sus padecimientos, cada mes le hacía una dilatación uterina y aplicaba toques de yodo en la misma cavidad. Las hemorragias continuaban así como la constipación, pero los dolores y el flujo habían disminuído.

En tales condiciones le propuse, en 1919, ensayar los medios terapéuticos nuevos en la medida de que podíamos disponer. El resultado no pudo ser mejor desde el punto de vista de la paciente, cuyo tumor desapareció y con él las hemorragias; no ha vuelto a tener necesidad de consultar médico por enfermedad de cintura y desempeña toda clase de trabajos sin recordar más que en otro tiempo fué una inválida. También fué satisfactorio el resultado por que tuvimos la demostración palpable de que no se necesitaba una operación cruenta para librar a una paciente de los tumores fibrosos; pero los resultados inmediatos no fueron tan buenos. Como mi aparato de rayos X tenía un transformador aislado con pasta a fin de poder forzar la chispa a nueve pulgadas, no se empleaban más que dos miliamperes en el tubo Coolidge y para proteger a la paciente y conseguir una dosis penetrante se empleaba un filtro de vidrio de cinco milímetros, las aplicaciones tuvieron que ser muy largas en cada uno de los cinco campos: tres anteriores en el hipogastrio y fosas iliacas y dos posteriores a uno y otro lado de las vértebras lumbares y primeras sacras. La paciencia de mi cliente y la de mi ayudante el Dr. Baca fueron puestas a prueba y en cuanto al transformador acabó por inutilizarse. En la dosis intrauterina de radio hubo que substituir la cantidad con el tiempo y bien sabido es que hay una radiación óptima y que es muy diferente la acción de diez miligramos de radio en cien horas a la de un gramo en una hora, no obstante tratarse en ambos casos de mil miligramos por hora.

La acción de los filtros es también diferente y en aquel entonces la cápsula de oro era envuelta en otra de plomo y ésta a su vez en una sonda de goma y aunque llegamos a obtener la dosis necesaria para la destrucción del fibromioma no fué sino sin ciertos accidentes molestos para la paciente como una cistitis con tenesmo muy intenso que tardó más de un mes en desaparecer.

La ampliación que he podido ir dando a la curieterapia con la práctica la manifiestan las tres historias clínicas que en extracto voy a referir.

La señora B. multipara de más de cuarenta años, esposa de un distinguido compañero y amigo que ejerce en la capital de uno de los estados de la República, me fué recomendada por el Prof. Dr. M. Gallegos, para ver si la afección de la paciente era tratable con el radio, primero por ser un tumor intraligamentario voluminoso que llenaba la pelvis y llegaba cerca del ombligo, colocado al lado izquierdo de la matriz y la rechazaba hacia arriba y a la derecha, al grado que con gran dificultad se alcanzaba el cue-

llo, muy altamente situado por encima del estrecho superior y hacia adelante. La compresión rectal la hacía padecer de estreñimiento crónico, deformación del escremento, dificultades para evacuar aun con drásticos, lavados intestinales, etc. Sufrió de retención de orina durante sus períodos que eran verdaderas metrorragias de ocho a doce días de duración, con dolores pélvicos, de cintura y abdominales.

En segundo lugar el estado de cloro-anemia muy pronunciado, decaimiento general, nervosismo exagerado y un verdadero pánico por cualquier intervención operatoria. Si la anemia profunda y la resistencia a una intervención operatoria eran intervención de curieterapia, el tratarse de un tumor extrauterino y a mayor abundamiento intraligamentario con graves fenómenos de compresión eran una contraindicación para la aplicación del radio, según los consejos de los más connotados radiólogos. Pero la experiencia me había enseñado que el radio proporciona más de lo que se le pide y con consentimiento y conocimiento del Dr. mi amigo, esposo de la paciente instituí un tratamiento de curieterapia intrauterino; difícil por la elevación de la matriz, y radioterapia penetrante aplicando placas radíferas en cinco lugares de la cintura pélvica. El alivio de la enferma se consiguió de una manera completa al cabo de tres meses; no solo las hemorragias y dolores habían desaparecido sino que el tumor no era ya más grande que el puño y los fenómenos de compresión habían dejado de existir, las funciones vesicales e intestinales eran normales. Aliviada la anemia, los centros nerviosos recibiendo nutrición adecuada el neurosismo y demás perturbaciones psíquicas cedieron y la alegría y el contento que proporciona el bienestar los disfruta la paciente volviendo a su hogar la tranquilidad perdida.

No menos importantes son los otros dos casos que voy a referir por la extensión que puede darse a la radioterapia que, según mi entender, puede aplicarse hasta a los tumores fibro-gigantes mientras no sean quísticos ni estén pediculados, aun cuando sean subperitoneales, apartándose de los cánones hoy establecidos en esta clase de tratamientos.

La Srita. N. de Oaxaca, de 46 años de edad, estatura regular, sorprende a primera vista por la palidez de su semblante, los labios blancos y el decaimiento general de su constitución que indican las pérdidas sanguíneas menstruales e intramenstruales que desde hace siete años viene padeciendo. Desde que empezó a tener metrorragias profusas a los 38 años, los doctores con quienes había consultado le dijeron que las hemorragias eran debidas a tumores de la matriz y que necesitaba operarse; ella no había consentido en tal tratamiento y decía que prefería morir a ser mutilada. Me refirió que en los últimos meses las pérdidas eran tan abundantes que ya no se levantaba de la cama, que los párpados y los pies se le hinchaban y que sentada que estuviera sentía que se desvanecía.

Una señora parienta suya, viéndola en tal estado, le había llevado a uno de nuestros más connotados cirujanos, profesor de nuestra escuela, quien la había conminado a que si no se operaba su fin sería muy próximo; ella sentía tal horror a la operación que estaba resignada a su suerte y una crisis nerviosa que se resolvió en llanto interrumpió su narración. Acusaba fenómenos de compresión, estreñimiento crónico y dificultades de evacuación del intestino, ganas frecuentes de orinar y dificultad para arrojar la orina y malestar general con dolores de cintura, malas digestiones, insomnio y un estado de vida lamentable.

La exploración abdominal hizo comprobar una masa dura, globulosa de superficie desigual, con abolladuras, que abultaba el vientre, extendiéndose el abultamiento más hacia el hipocondrio derecho debajo del hígado. La tumoración era mate a la percusión, zonas claras en la parte alta del epigastrio y en la parte más externa de los flancos. Por la exploración rectal comprobé que la masa globulosa dura e irregular con abolladuras llenaba la pelvis no dejando sentir ni la matriz ni los anexos: la exploración no era dolorosa. La temperatura en la axila 36 grados. Examinada la orina había una disminución de los cloruros y de la urea.

Con pocas esperanzas y más bien por tranquilizar a la enferma, cedí a sus ruegos de intentar un tratamiento de radiaciones de corta longitud de onda, radio y rayos X penetrantes, haciendo una aplicación de radio intrauterina, aprovechando la anestesia clorofórmica que juzgué necesaria para cerciorarse de que no había un pólipo intrauterino pediculado o una degeneración cancerosa: si lo primero, extirparlo para evitar su gangrena y si lo segundo, para saber que variantes en cuanto a las dosis del medicamento y la escuela del tratamiento, como la mayor gravedad del pronóstico.

Solo encontré una cavidad uterina muy amplia (unos veinte centímetros) y ratifiqué el que la masa fibromatosa gigante, que iba desde el piso pélvico hasta debajo del hígado y de un flanco a otro, llenando la cavidad abdominal, estaba constituido por tumores murales que hacían eminencia en la cavidad uterina y en la cavidad peritoneal, intersticiales, que ensanchaban simétricamente la matriz y empujaban excéntricamente los tumores antes mencionados así como algunos otros subperitoneales sésiles, de los que algunos llegaban, como antes he dicho, debajo de la cara inferior del hígado.

La sangre que estaba perdiendo la enferma dejó de escurrir y si tres semanas después hubo todavía una menstruación abundante, no pareció así a la paciente, que la juzgó insignificante.

El tratamiento con rayos X se comenzó tres días después de la curieterapia que fué de cuarenta y dos centigramos por hora en tres regiones diferentes de la cavidad uterina y la primera radiación X penetrante por cinco

campos, cinco milímetros de filtro de aluminio, veinticinco centímetros es-pinterómetro y treinta y cinco centímetros anticatodo piel fué de cuarenta y dos mil miliampers segundo.

Seis semanas después de la aplicación del radio el tumor había disminuido más de la mitad del volumen; el otro tumor que se ocultaba en el hígastro derecho y cuya cúspide redondeada no se sentía, era ya netamente perceptible debajo del reborde costal, cerca de la línea horizontal que pasa por el ombligo y se estableció un flujo muy semejante a los loquios durante las dos primeras semanas del tratamiento, flujo que se hizo seroso y posteriormente ligeramente amarillento.

El ánimo de la paciente, el apetito y las fuerzas fueron viniendo a pase y a medida que el tiempo transcurría, la coloración rosada de sus labios fué objeto de bromas viniendo a comprobarse que siendo dicha coloración igual en las conjuntivas, era efecto de salud y no de coquetería femenina.

Hace seis meses ví por última vez a esta señorita, que hizo viaje para que yo le indicara mi opinión sobre su estado y si todavía necesitaría más radiaciones. Una transformación física se había operado en aquel ser: la mirada viva y brillante, la tez sonrosada, la sonrisa en los labios rojos, había aumentado diez kilos de peso y se sentía ágil y fuerte, la inteligencia despierta y sus aptitudes como las de sus mejores tiempos. Por la exploración abdominal no se sentía ningún tumor; por la rectal se distinguía perfectamente la matriz, cuyo cuerpo aumentado de volumen como una pera grande, en ligera autoflexión; los anexos, sin ser sensibles, también aumentados de volumen, más el del lado derecho, como una naranja pequeña, renitente me daba la impresión de peritonitis serosa crónica o de hidrosalpingitis; el estreñimiento y las molestias vesicales no se habían vuelto a presentar.

Sé que el colega que últimamente vió a la señorita antes que yo la tratara la ha vuelto a ver y considera el caso como una resurrección: esta es también mi opinión.

Por último voy a referir un caso de tumor gigante tratado como el anterior y que pone de manifiesto que no es el volumen lo que señala el límite de la acción benéfica de las irradiaciones de corta longitud de corriente, 8 Armstrong a 0'0 5 de Armstrong = 10-8 cm.

La Sra. de A. viuda de un colega que ejerció con éxito la profesión y muy reputado en nuestros centros científicos y hospitalarios, me fué recomendada por mi amigo y compañero el Dr. Carlos Zavala, en vista de que la paciente rehusaba operarse. Se trataba de un gran tumor fibroso que llegaba hasta el apéndice xifoide, de consistencia dura, regular en su superficie, obscuro a la percusión, produciendo hemorragias que se exacerbaban en las épocas menstruales y que eran tan abundantes que la paciente

creía sucumbir en cada una de ellas y ni taponamientos ni reposo, ni ergotina, ni tromboplastina podían contener. Baja de cuerpo, gruesa, con telengectasias en la cara, piernas y brazos, con una coloración amarilla pajiza y las mucosas blancas, constituía el tipo de la anemia por expoliación continua crónica.

Si los fenómenos de compresión y de estasis intestinal crónica mortificaban a la enferma, su estado nervioso y la fobia por la sangre la ponían en las fronteras de la locura. Su familia la consideraba ya como enagenada.

La disminución de los cloruros en la orina, 2'50 por litro y de la urea, ocho gramos, la escasez de la orina y los edemas periféricos, me hacían ver a la señora de A., como un caso grave. Previa deplesión intestinal, dieta láctea, inyecciones de suero normal y sin anestesia se introdujo una cápsula de radio hasta el fondo de la cavidad uterina, que medía veinticinco centímetros. En cuatro lugares de esta cavidad se hizo la radiación con un total de seis mil miligramos hora y ocho días después se comenzó la radioterapia profunda, dando en seis días sesenta y dos mil miliamperes segundo. Las hemorragias cedieron como por encanto; a las seis semanas el tumor estaba un poco encima del ombligo; las metrorragias que se repitieron los meses consecutivos pusieron a prueba la fé de la paciente y la confianza del que habla. Repetí la radiación intrauterina y cada tres semanas los rayos X.

A los tres meses del tratamiento no se repitió, o más bien dicho no hubo sangre; un flujo ligeramente sanguinolento, semejante al flujo loquial que había habido en los dos periodos intermenstruales del principio del tratamiento, reemplazó la temida hemorragia; el tumor se sentía un poco debajo del ombligo y ya no descendía en la pelvis; el cuello se había elevado.

Hace cinco días ví por última vez a esta señora: tiene el aspecto de una persona sana; dice darle pena presentarse ante sus conocidos por su aspecto rozagante siendo ya entrada en años (50); no ha vuelto a tener sangre, ni siquiera flujo sanguinolento; sus funciones vesicales e intestinales son enteramente normales. Su estado mental no puede ser mejor y tiene toda ponderación sobre su sistema nervioso. La exploración manual revela una masa dura, resistente, como una matriz en el tercer mes de embarazo en situación normal; los anexos indoloros aunque un poco aumentados de volumen.

¿Indica lo hasta aquí expuesto que hay antagonismo entre la cirugía y el tratamiento por las radiaciones de onda corta? No, por el contrario, se completan y el radio y los rayos X son instrumentos más que el cirujano tiene a su disposición: se necesita solo llenar las indicaciones y ser más preciso en el diagnóstico. La laparotomía exploradora queda más y más relegada a casos muy especiales. No puede decirse ahora que importa poco

que se trate de un tumor fibroso o de un quiste ovárico que, con un tirabuzón y un trócar entre los instrumentos de la operación, se sale del paso, no, porque tal práctica puede conducir a una operación inútil y a una laparotomía exploradora innecesaria, que no carece de riesgos.

¿En qué casos debemos intervenir?

La cirugía es soberana: 1º en el tratamiento de las fibromiomas tratándose de pacientes de menos de treinta y cinco años, practicando la miomectomía con la esperanza de conservar la función ovárica, que se pierde con las radiaciones, si el tumor intrauterino mural o subperitoneal llega o pasa del ombligo. La miomectomía será vaginal o abdominal, según el tamaño del tumor y los hábitos del operador; los tumores submucosos son accesibles por la vagina, aun cuando el tumor llegue al ombligo; los murales y subperitoneales pequeños y los murales aun más grandes que el puño, cuando estén bajos, cerca del cuello uterino o de tamaño mayor si están en los tabiques recto-vaginal o vesico-vaginal. Tratándose de tumores intersticiales del cuerpo uterino más grandes que el puño, esto es que el volumen de la matriz sea como el de un embarazo en el cuarto mes, así como los tumores subperitoneales, se operarán por la vía abdominal.

Pasados los treinta y cinco años son también del resorte quirúrgico (a) los fibroquistes, (b) los fibromiomas reblandecidos, (c) los gangrenados, (d) los subperitoneales pediculados, (e) los fibromiomas en degeneración cálcarea, (f) si se opera por quiste del ovario o que haya una afección de los anexos, inflamatoria quística o supurada, (g) en la degeneración maligna de la matriz fibromatosa o del ovario y trompas y cuando se opera porque haya alguna otra afección del contenido pélvico.

En los tumores voluminosos tratándose de pacientes de treinta y cinco años para abajo, si se considera que la miomectomía vaya a terminar por la histerectomía, es de meditarse una operación riesgosa, que dará al traste con toda esperanza de concepción a la aplicación de las radiaciones que, si también esteriliza, no mutila ni expone a la paciente.

Por lo que dejo dicho se ve la importancia tan grande que tiene el diagnóstico para decidir la operación o el tratamiento por la curieterapia y radioterapia y el médico, al encontrarse en su clientela con pacientes con tumores fibrosos, no es al radiologista a quien debe enviarla, sino al ginecólogo que, en último análisis asumirá la responsabilidad de decidir si debe o no intervenir quirúrgicamente o tratarse por el radio o por los rayos X.