

EFECTO DE LA ADMINISTRACION DE HORMONAS Y CIRUGIA SUPRESIVA GLANDULAR SOBRE LA RESPUESTA CLINICA A LA RADIACION EN PACIENTES CON CANCER CERVICO UTERINO

(Comunicación preliminar)

DR. JUAN JOSÉ PAULLADA.

EN EL TRABAJO del Dr. Munguía, se expusieron los resultados citológicos de pacientes con signos de RS espontáneos y los inducidos por la administración de productos hormonales así como por la cirugía supresiva glandular.

Esta comunicación preliminar, se referirá a los cambios observados en el tamaño del tumor y la evolución de la parte visible del cuello uterino.

Consideramos una respuesta clínica favorable a la marcada disminución del tamaño de la neoplasia y la cicatrización completa de las ulceraciones del cérvix.

La producción de estos cambios no significan que las pacientes hayan sido curadas, pero sí, que el tumor es sensible a la terapia con Rayos X o Rádium.

Hemos estudiado hasta ahora, un total de 52 enfermas. Parte de ellas, corresponde un primer grupo, tomadas como testigos que fueron sometidas únicamente a radiación.

El segundo grupo corresponde a pacientes tratadas con testosterona a la dosis de 100 mgs. diariamente antes y durante la terapia con Rayos X.

El tercer grupo, recibió un compuesto de investigación (RS-890). El cuarto y quinto grupos correspondieron a enfermas sometidas a ooforectomía, adrenalectomía o hipofisectomía. Estos tratamientos fueron dados con la idea de inducir signos RS positivos y relacionarlos con la respuesta clínica a la radiación o al Rádium, administrados posteriormente.

RESULTADOS

Grupo Núm. 1. Radiación pura. (Enfermas testigos). En este grupo se estudiaron 26 pacientes de edades entre 25 a 78 años con cánceres avanzados. 15 tenían signos RS positivos espontáneos y 11 con RS negativo.

En las primeras 15 pacientes se presentó una respuesta clínica favorable, en 6 casos o sea el 40% (Fig. Núm. 1).

De las segundas 11 enfermas, sólo en un caso se presentó una evolución clínica favorable o sea el 9.9% (Fig. Núm. 1).

Estos datos, indican que la presencia o ausencia de signos de RS son de valor pronóstico en la evolución clínica del cáncer cérvico uterino.

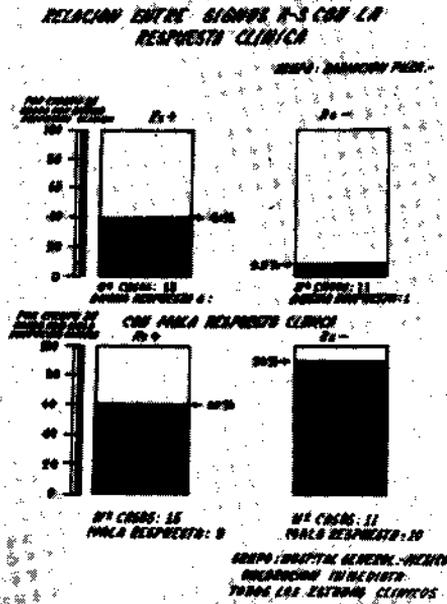


Fig. 1

A continuación se muestran dos gráficas, una de ellas (Fig. Núm. 2) corresponde a una buena respuesta clínica, con un alto porcentaje de signos RS. La otra, corresponde a una mala respuesta clínica, con un bajo porcentaje de signos RS (Fig. Núm. 3).

Grupo Núm. 2. Testosterona-Radiación. En este grupo, se estudiaron 7 enfermas con edades entre 30 y 58 años, todas ellas, igualmente, con cánceres avanzados, a las que se les administraron 100 mgs. diarios de propionato de testosterona durante 4 semanas, término que hemos considerado suficiente para valorar los efectos de esta hormona y al cabo de las cuales se inició la terapia con Rayos X, simultáneamente con la administración de la droga. En todas ellas, existían signos de RS negativos.

Se obtuvieron 4 respuestas clínicas buenas al tratamiento por radiación, o sea

el 57%. La aplicación de la testosterona fue con el objeto de inducir signos RS positivos, pero los resultados no son constantes, sin embargo, la respuesta clínica fue buena. (Fig. 4.) A continuación se muestra la gráfica de un caso, en el que se incluyen la aparición de signos RS que fueron seguidos de una buena respuesta clínica (Fig. 5).

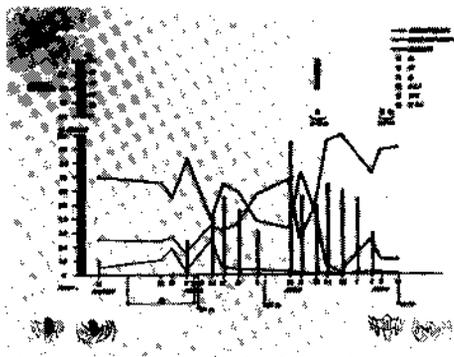


FIG. 2. Rx solo. Buena respuesta.

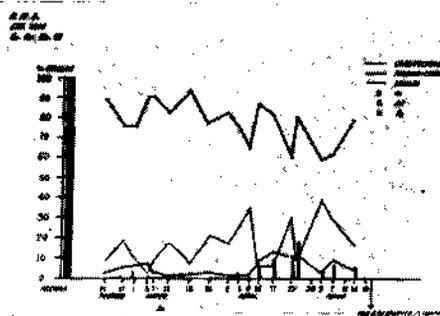


FIG. 3. Rx solo, mala respuesta.

Grupo Núm. 3. Producto investigación (RS-890)-Radiación. Comprendió 5 mujeres en edades que variaron de 42 a 62 años, todas ellas con signos de RS negativos.

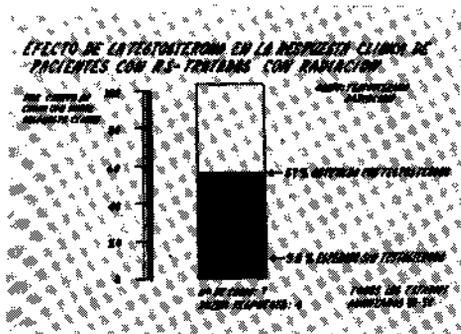


FIG. 4. Testosterona.

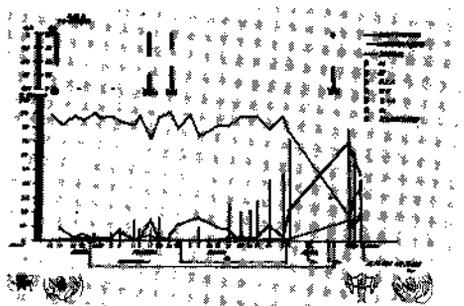


FIG. 5. Testosterona, buena respuesta.

Este producto fue administrado a la dosis de 300 mgs. diariamente por vía intramuscular, durante 4 semanas al cabo de las cuales se inició el tratamiento con Rayos X en forma simultánea con la administración del producto.

En los 5 casos se indujo signos de RS positivos, 3 de ellas dieron una buena respuesta clínica, lo que representa un 60%, en lugar del 9.9% esperado. (Fig. Núm. 6.)

Aparentemente, esta droga tiene actividad androgénica. En 4 casos se hicie-

ron determinaciones seriadas de 17 cetoesteroides urinarios y en 3 de ellas, hubo franco ascenso. En un caso, de 3.2 mgs. la cifra ascendió a 22.7 mgs. En otro, de 4 mgs, subieron a 17.6 mgs., y en el último de 6.5 mgs. ascendió a 25.2 mgs. Clínicamente, en una enferma hubo marcado crecimiento del clítoris; en las demás, no se presentaron signos de virilización. A continuación se muestra un caso con signos RS inducidos y buena respuesta clínica (Fig. Núm. 7).

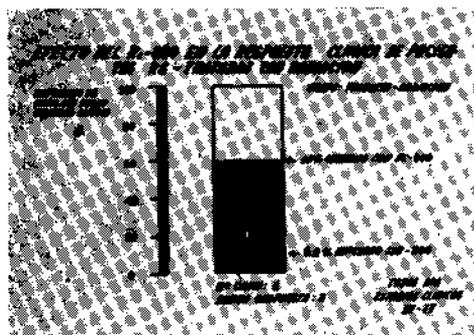


FIG. 6. Rs-890.



FIG. 7. Rs-890. Buena respuesta.

Grupo Núm. 4. Ooforectomía-Radiación. Fueron vistas 8 enfermas, todas ellas con signos RS negativos, de edades entre 25 a 50 años. Después de la intervención quirúrgica, fueron observados 4 semanas, al término de éstas fue iniciada la terapia por radiación.

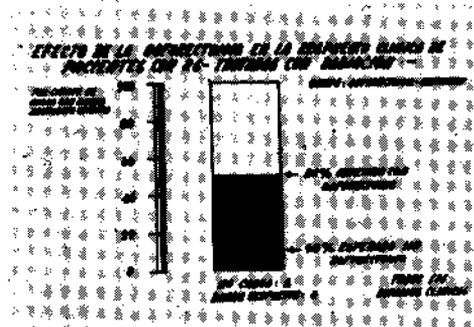


FIG. 8. Ooforectomía.

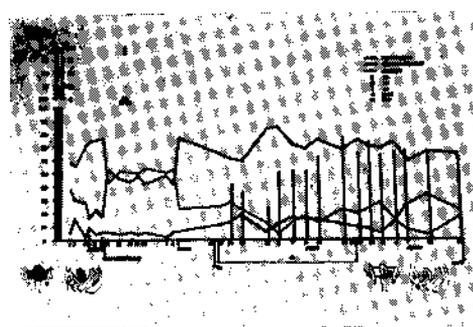


FIG. 9. Ooforectomía, buena respuesta.

Se obtuvieron 4 buenas respuestas clínicas, que representan un 50%, en lugar del 9.9% esperado (Fig. Núm. 8). La inducción de signos RS positivos no fue constante y no mostraron relación con la respuesta clínica.

Se presenta la gráfica de una paciente ooforectomizada, con signos de radiorespuesta citológica inducida y buena evolución clínica (Fig. Núm. 9).

Grupo Núm. 5. Adrenalectomía o hipofisectomía. El estudio de este grupo es

con el objeto de ver la participación de la adrenalectomía sobre los signos RS y la respuesta clínica, en pacientes previamente coforectomizadas y con persistencia de actividad estrogénica.

La hipofisectomía, en aquellas pacientes sin actividad estrogénica, fundándose en que la ausencia de alguna hormona hipofisiaria (hormona de crecimiento, hormona lactogénica), pudiera tener participación sobre los signos de RS y la respuesta clínica.

Se han adrenalectomizado 5 enfermas las cuales no ha sido posible radiar posteriormente debido a que fueron casos terminales y en consecuencia, no se pudo hacer su valoración clínica. Pero se observó que en dos de ellas, aparecieron signos de RS después de la intervención, como se demostró en el trabajo anterior.

Este hecho alentador nos servirá como base para seguir haciendo este tipo de cirugía supresiva, pero en enfermas con mejor estado general, que puedan sobrellevar el tratamiento radioterápico y poderlas valorar desde el punto de vista de la respuesta clínica.

Estas mismas consideraciones pueden hacerse con las enfermas hipofisectomizadas. Hasta la fecha, esta intervención se ha hecho en un sólo caso en el cual aparecieron signos de RS, después de la intervención como quedó demostrado en el trabajo anterior.

Por los datos obtenidos en esta comunicación preliminar, se aprecia que los signos RS son un índice pronóstico en la evolución del cáncer cérvico uterino. Esto se demuestra en el grupo de las enfermas testigo, tratadas con radiación pura donde hubo relación entre la presencia de ellos y la respuesta clínica.

Los intentos experimentales que llevamos a cabo, para aumentar el número de buenas respuestas clínicas, dan resultados alentadores aun cuando puedan carecer de valor estadístico por el corto número de casos estudiados, pero se aprecia que existe una tendencia a mejorar la evolución de las pacientes con cáncer cérvico uterino tratadas con radioterapia.

Hasta ahora nuestros datos no son concluyentes en lo que se refiere a la inducción de los signos RS en la citología vaginal y la respuesta clínica, pues no han aparecido en forma paralela; probablemente, cuando nuestros grupos de enfermas, tengan mayor número de casos, podamos dar algún informe concluyente al respecto.

R E S U M E N

DR. GUILLERMO MONTAÑO

LA EXPOSICIÓN que acabamos de oír de parte de los ponentes del Grupo de Investigación de la Unidad de Cancerología del Hospital General, resume en forma global la tendencia que hemos seguido, de tratar de dilucidar algunos hechos fundamentales en la evolución de estos dos tipos de neoplasias.

El problema básico a nuestro juicio, radica en primer lugar, en aclarar los mecanismos de acción estrogénica, y saber, en segundo lugar, en qué medida este factor modifica el desarrollo de estas neoplasias.

A medida que más se ahonda en este sector y mejor se interpretan algunos de nuestros hallazgos experimentales, se van entendiendo mejor algunos hechos aparentemente inconexos y hasta paradójicos de la clínica; así por ejemplo, a la luz de los hallazgos de citología vaginal y estudios hormonales previos, podemos valorar mejor y definir con más precisión el grupo de enfermas con cáncer mamario, al cual la ooforectomía, así como otras formas de cirugía supresiva, beneficiará en forma más categórica y útil.

Téngase por último, bien presente, que el grupo de enfermos objeto de este trabajo, constituye el sector de pacientes que se encuentra fuera de toda posibilidad terapéutica ortodoxa, ya sea la quirúrgica o la radioterápica, y cuyo destino hasta el momento era el de pasar sus últimos días en los calvarios.