

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO. CONCEPTOS ACTUALES Y CRITERIO DE TRATAMIENTO*

DR. ENRIQUE GUTIÉRREZ MURILLO**

EL CARCINOMA del endometrio es un padecimiento cuyas condiciones especiales, tales como su sintomatología poco característica, la frecuente lentitud de su marcha y la dificultad del diagnóstico, han hecho que en la historia de la medicina se identifique muy tarde, (1833 primer reporte de Bowen y Duges y 1874 descripción del cuadro clínico por Simpson), y en el ejercicio diario de la medicina se diagnostique a veces también, muy tardíamente. En la revisión de Kottemer¹⁸ el 77% de las enfermas tenían más de tres meses con sus síntomas y el 23% los padecían desde hacía más de un año, antes de consultar al médico por primera vez, y si a ésto agregamos el retardo causado por el médico en formular el diagnóstico, se comprende lo tardío de su reconocimiento en muchas ocasiones.

No obstante corresponder al mismo órgano, el carcinoma del endometrio, en relación con el del cérvix tiene características muy especiales que aún son más variables, en distintos medios hospitalarios. Así por ejemplo, el cáncer de endometrio tiene tendencia a aumentar en su frecuencia a medida que pasa el tiempo³⁰, quizá en parte porque el promedio de vida se ha alargado en los últimos años y como se sabe éste es un padecimiento de la mujer anciana; el diagnóstico clínico se hace con más frecuencia y por otra parte la conización y el tratamiento de las lesiones del cervix así como la citología vaginal por la técnica de Papanicolau, hecha de rutina, han disminuido francamente el cáncer invasor del cérvix y relativamente ha aumentado el número de cánceres de endometrio, sin embargo en medios donde esta conducta se ha practicado rutinariamente desde hace años, se ha visto un incremento en el número de neoplasias corporales sobre el de las cervicales.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina leído por su autor en la sesión ordinaria del 9 de octubre de 1964.

** Ginecólogo del Hospital Español de México.

En 6,862 casos de cáncer uterino, resumen de 10 estadísticas recopiladas por Ahumada y colaboradores², se encuentra que el 88% de los casos corresponden al cérvix y solo el 11.8% al endometrio, es decir, que guardan una relación de 7 a 1.

En otras estadísticas, revisadas por nosotros hemos hallado proporciones semejantes:

Rock, Schiller, Illingworth y Dick 10 a 1¹¹

Del Regato J. A. (1950) 7 a 1

Ackreman y del Regato (1947) 5 a 1¹

En el material de F.C. Helwing¹¹ estudiado por él, se manifiesta el mismo fenómeno que se puede resumir en el cuadro No. 1.

CUADRO 1

<i>Años</i>	<i>Cervix</i>	<i>Cuerpo</i>	<i>Relación</i>
1928-1938	133	62	2:1
1938-1948	204	135	2:1
1948-1960	396	378	2:1

En el Hospital Español de México las cosas pasan de manera semejante. En los últimos 13 años la proporción de cáncer, cuerpo-cérvix fue de 1:1.02, pero ha habido años, (1953, 1954, 1956, 1958) en que la proporción se modificó siendo doble el número de carcinomas de endometrio en relación con los del cuello.

La frecuente coincidencia entre carcinoma endometrial y obesidad, y carcinoma endometrial y menopausia tardía no se observó en nuestros casos, ya que tanto en las enfermas cancerosas como en un grupo testigo de la misma edad tomado al azar, se encontró el mismo número de obesas y por otra parte es bien sabido que las mujeres de ascendencia hispana menstrúan con relativa frecuencia entre 48 y 50 años.

En cambio sí hallamos relaciones indudables entre diabetes e hipertensión arterial y carcinoma endometrial: de 43 cancerosas 15 padecían diabetes y en 46 testigos solo 2 tenían este padecimiento. En las 43 cancerosas, 25 sufrían hipertensión y en cambio solo 10 de las 46 testigos.

Desde el punto de vista patológico hay algunos datos interesantes de considerar: La mayor parte de los tumores son adenocarcinomas; un pequeño porcentaje de tumores tienen componente pavimentoso (adenocantomas). Los adenocarcinomas de acuerdo con la diferenciación de las estructuras glandulares, se agrupan en tres grados: Grado I, el más diferenciado, siempre o casi siempre localizado al endometrio, se denomina también adenoma maligno o adenoma maligno papilar. Grado II: medianamente diferenciado; en él, existen glándulas menos distintas en su contorno y masas de células sin formaciones

glandulares. Grado III: los indiferenciados, (carcinoma anaplásico) en donde no existen formaciones glandulares y la arquitectura está completamente perdida. Este tumor tiene tendencia precoz a invadir el miometrio en profundidad. Lindgren.²⁰ ha comprobado esta afirmación con el meticuloso estudio de 525 casos. Encontró invasión en profundidad en los carcinomas bien diferenciados en uno de cada tres y en los no diferenciados en la relación de 1:1.15.

Los carcinomas del endometrio invaden la superficie interna del útero llegando hasta el canal cervical, lo que da una variedad interesante de tumor porque hay que manejarlo desde el punto de vista de la terapéutica como si se tratara de una neoplasia del cérvix, o bien, siguen el camino de las trompas²⁹. Esto da la sensación de las metástasis a estos órganos, a los ovarios, ligamento ancho y peritoneo.

La vía hemática explica la propagación a órganos lejanos, cosa que afortunadamente es tardía. En las autopsias practicadas por Henriksen^{12, 14} este autor encontró metástasis: a pulmón en 30.2%, a pleura en 7.9%, a hígado en 28.5%, a intestino grueso en 9.5%, a suprarrenales en 3.1%, a riñón en 3.1%, a intestino delgado, huesos de la pelvis, pubis, ombligo y tibia en 1.5% y a piel en 3.1%.

La vía linfática es la vía de propagación más importante y su recuerdo nos detendrá unos momentos. Los estudios anatómicos clásicos (Poirier 1890, Testut y Latarjet 1949, Rouviere 1935, y los de Leveuf y Godard 1927) establecen de manera unánime que los linfáticos de la mucosa, los linfáticos de la muscular agrupados en tres redes, y los linfáticos de la serosa, se dirigen a la superficie exterior del útero y forman la rica red periuterina, situada en el tejido conjuntivo que rodea y separa al útero del peritoneo. Esta red se divide en dos: una que envuelve el cuerpo uterino (red del cuerpo) y otra que envuelve al cuello (red del cérvix). (Fig. 1).

Estas dos redes se hallan unidas por un tronco anastomótico lateral que sigue los bordes derecho e izquierdo del útero y que fue descrito por Cuneo y Marcille y que por otra parte no existe siempre.²⁸

La red periuterina da origen a troncos colectores que llegan a los ganglios correspondientes. La red del cuerpo termina por tres grupos de vasos eferentes de la manera siguiente: Los linfáticos superiores (3 o 4 troncos), que corren debajo de las trompas, siguen por el ligamento infundíbulo pélvico y abordan los ganglios yuxta y pre-aórticos.

El grupo anterior, que sigue por el ligamento redondo, recoge la linfa de los cuernos uterinos y terminan en los ganglios inguinales superficiales, especialmente en el grupo supero-interno.

Los linfáticos laterales se desprenden del borde lateral del útero, siguen en el espesor del ligamento ancho y terminan en los ganglios ilíacos externos.

Los linfáticos del cuello uterino recogen la linfa del istmo uterino y del cér-

vix y la llevan a los ganglios por tres grupos de vasos eferentes: los del primer grupo (2 a 3) se dirigen transversalmente hacia afuera, pasan por delante del uréter, llegan a la pared pélvica, se dirigen hacia arriba y terminan en los ganglios medios y superiores de la cadena iliaca externa; los eferentes del segundo grupo (2 a 3), siguen con los vasos uterinos hacia afuera por la base del ligamento ancho y terminan en los ganglios medios y superiores de la cadena hipogástrica; por último, los eferentes del tercer grupo, salen de la cara poste-

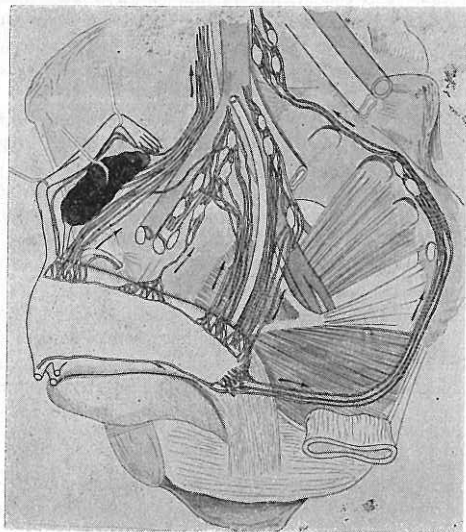


FIGURA 1

rior del cérvix, se dirigen hacia atrás, en el espesor del ligamento úterosacro, rodean al recto y llegan a la cara anterior del sacro terminando, unos en los ganglios presacros y otros en los ganglios del promontorio.

Existen otros ganglios inconstantes que reciben algunos linfáticos del útero tales son los ganglios sub-púbico, los yuxta-cervicales y los peri-ureterales.

Las investigaciones de Leveuf y Godard parecen demostrar que la corriente principal linfática del útero termina en un ganglio situado en la bifurcación de la iliaca primitiva, debajo de la vena iliaca externa y las corrientes accesorias siguen a los ganglios presacros, lumbares y pre y yuxta-aórticos.

Nos hemos detenido recordando la anatomía de los linfáticos porque la vía de propagación más importante del cáncer del endometrio, es esa. En efecto, la diseminación se hace habitualmente siguiendo esas rutas descritas, pero hay ocasiones en que las cosas no suceden así. El cáncer de la porción baja del cuerpo y el que invade al cérvix se comporta en lo que se refiere a propagación como si hubiera nacido en el cuello uterino.

Algunas veces, como en el caso de la enferma con expediente No. 110742 del Hospital Español, en que un cáncer del fondo uterino relativamente pequeño, dio precozmente una metástasis a ganglios hipogástricos, quizá siguiendo la anastomosis linfática de Cuneo y Marcille.

Otras ocasiones no raras por cierto, quizá porque algún proceso inflamatorio ha cerrado las vías linfáticas normales, la propagación se hace por vía linfática retrógrada hacia los linfáticos de vagina, como en los dos casos que mostramos a continuación. (Figs. 2 y 3)

Pero hay más todavía: Se dice por la mayoría de los autores, que las metástasis a ganglios linfáticos son tardías, que el tumor permanece localizado al útero mucho tiempo y solo después de metástasis a ganglios linfáticos generalizándose rápidamente.

Sin embargo el hecho de encontrar en la clínica cánceres localizados al endometrio con metástasis ganglionares precoces nos obligan a preguntarnos si el tumor quedará detenido algún tiempo en el ganglio antes de generalizarse en cuyo caso se justifica una terapéutica quirúrgica amplia o si la diseminación es rápida, es inútil todo intento de resección quirúrgica.

Parece estar demostrado que las metástasis ganglionares se producen indefectiblemente cuando el carcinoma ha invadido miometrio (Dockerty⁶), Liu y Meigs²¹ confirman esto al encontrar ganglios positivos en 10 de 22 casos con invasión miometrial, mientras que solo uno de 25 casos cuando el tumor estaba localizado al endometrio.

La frecuencia con que los ganglios linfáticos están afectados varía entre el 5 y el 23% según diversos autores: Javert¹⁵ encontró en 50 casos, 14 con invasión ganglionar.

Schwartz y Brunschwing²⁶ encuentran 13 casos con ganglios positivos en 96 pacientes.

Liu y Meigs²¹ en 47 casos de carcinoma localizado a útero hallaron 11 con ganglios positivos (23%).

La autopsia de 64 mujeres portadoras de cáncer endometrial en distintos estadios clínicos, permitió a Henriksen¹³ reportar el siguiente cuadro. (Cuadro 2).

Sería muy interesante conocer la rapidez con que el tumor uterino invade los ganglios linfáticos para normar la conducta quirúrgica. En efecto si el tumor metastatiza tardíamente basta hacer histerectomía total con salpingoo-

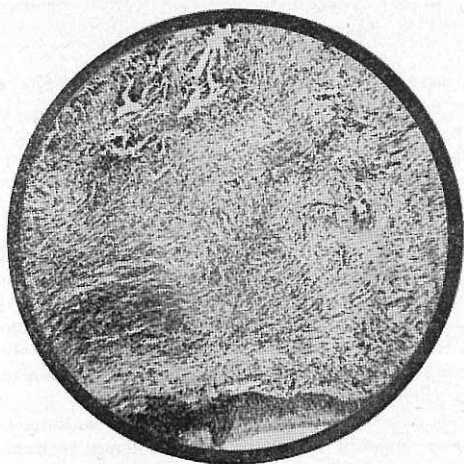


FIG. 2. Epitelio plano estratificado no queratinizado de la vagina. Tejido conectivo y fibrilar con infiltrado linfoplasmocitario y grupos glandulares neoplásicos de un adenocarcinoma de endometrio.



FIG. 3. Infiltración del estroma conectivo fibrilar de la pared vaginal por grupos glandulares neoplásicos de un adenocarcinoma del endometrio.

CUADRO 2

<i>Estadio</i>	<i>No. de Casos</i>	<i>Parametrio</i>	<i>Grupo Primario</i>	<i>Grupo Sec.</i>	<i>Grupo Ing.</i>	<i>Gang. aort. solo</i>	<i>Peritoneo</i>	<i>Metast. Dist.</i>
I	8	1	1	—	—	—	—	—
II	18	1	1	3	3	5	—	4
III	4	4	4	3	1	—	—	1
IV	34	24	15	17	7	8	17	23

forectomía. Si las metástasis a los ganglios son tardías pero coinciden con metástasis a otros órganos, el tratamiento quirúrgico es inútil.

Si el tumor da metástasis tempranas a los ganglios linfáticos y permanecen localizadas por tiempo más o menos grande la conducta terapéutica sería practicar la histerectomía radical con linfadenectomía.

Desgraciadamente la revisión de la bibliografía y el examen de los casos vividos en la clínica no dan respuesta unívoca a estas preguntas. Nosotros hemos tenido oportunidad de ver enfermas que pronto dieron metástasis ganglionares y otras en que el tumor quedó localizado al útero hasta por 3 años a partir de las primeras manifestaciones clínicas.

La invasión al miometrio solo podemos sospecharla en la clínica por el aumento de tamaño del útero.

Respecto del diagnóstico del carcinoma endometrial diremos que la clínica, la citología vaginal y la histerografía permiten sospechar la neoplasia y solo el estudio histopatológico de la biopsia de endometrio o el producto del legrado de la cavidad pueden confirmar esa sospecha.

El estudio clínico de la enferma con frecuencia orienta el diagnóstico: Las hemorragias post-menopausia significan carcinoma en la tercera parte de los casos, la presencia de un pólipo en enferma post-menopáusica, con alguna frecuencia está asociado a un cáncer de endometrio; lo mismo la presencia de hidrorreos o de dolores uterinos también son sugestivos de padecimiento neoplásico. A la exploración, el cuello entreabierto el útero globuloso, blando, sangrando con cuello sano son muy sugestivos de cáncer, aunque con mucha frecuencia la exploración clínica es negativa.

La histerografía no debe ser hecha cuando se sospecha carcinoma de endometrio por la posibilidad de diseminación, pero si se hizo por otro motivo y se encuentran imágenes lacunares de bordes deshilachados e irregulares, esto es sugestivo de tumor maligno de endometrio. Respecto de la citología vaginal es útil cuando es positiva y el número de falsas positivas es menor en cuanto la experiencia del citólogo es mayor⁷. En cambio las falsas negativas, que ascienden hasta el 20% son un inconveniente serio. El lavado de la cavidad uterina en suero fisiológico mediante cánula intrauterina y luego examen citológico del líquido aumenta los resultados positivos, lo mismo que la aspiración

directa de la cavidad que ha dado frotis positivos al carcinoma en manos de Hecht¹⁰ en el 91% de los casos.

La biopsia de endometrio si es positiva es útil: pero con frecuencia la toma se hace donde no existe el carcinoma y entonces el resultado negativo puede, si se confía en él, desorientar al clínico y retardar el diagnóstico. Es por eso que en el momento actual el diagnóstico de seguridad se obtiene mediante el legrado de la cavidad previa dilatación del cuello uterino.

El legrado debe ser fraccionado y antes de hacerlo se obtendrán datos sobre forma y tamaño de la cavidad uterina, presencia, sitio y tamaño de masas tumorales, etc., etc.

El legrado decíamos debe ser sistemático y fraccionado puesto que los datos obtenidos son de inestimable valor al planear la terapéutica. Heyman y Kottmeier¹⁷ recomiendan que se haga en el siguiente orden: 1— Legrado de la superficie que rodea el orificio externo del cérvix. 2— Legrado del canal cervical. 3— Medida de la cavidad uterina con histerómetro. 4— Dilatación cuidadosa del canal cervical. 5— Legrado del istmo uterino. 6— Exploración de la cavidad uterina con el histerómetro. 7— Legrado del fondo y del cuerpo del útero.

El producto del legrado fraccionado no debe estudiarse por congelación sino previa inclusión en parafina lo que garantiza un diagnóstico más exacto.

El tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino ha pasado por distintas etapas: al principio se pensó que la histerectomía total era la indicación universal para conseguir la curación.

La afirmación de Regaud sobre que los tumores de origen glandular eran resistentes a la radioterapia hizo que por mucho tiempo no se intentara el tratamiento por ese medio. Después se ha trabajado en esa dirección obteniendo resultados satisfactorios como después veremos.

Con la histerectomía se conseguían en ocasiones malos resultados y el encuentro, sobre todo en la fosa obturatriz de algunas enfermas, de ganglios con metástasis carcinomatosas hizo que en el Hospital Español de México el Dr. Alfonso Alvarez Bravo preconizar desde 1949, antes que ningún otro cirujano lo hiciera, la histerectomía radical de tipo Wertheim como tratamiento del cáncer del endometrio.

La terapéutica sin embargo no puede plantearse de manera tan sencilla si se tienen en cuenta tanto los hechos anatómicos, como anatomopatológicos y clínicos que se han reseñado antes.

Para juzgar los resultados de cualquier tratamiento se tropieza, en primer lugar, con la dificultad de la clasificación de los casos clínicos.

Existen numerosas clasificaciones que no han sido aceptadas por todos y que como consecuencia hacen difícil la comparación de los distintos grupos tratados. En 1950 el Comité Editorial del Annual Report on the Results of Treatment in Carcinoma of the Uterus propuso la siguiente clasificación²⁵:

Estadio 0: casos en que el patólogo considera muy probable que sea carcinoma, aunque es imposible llegar a un diagnóstico microscópico definitivo.

Estadio I: El tumor está confinado al útero:

Grupo 1) La operación es recomendable.

Grupo 2) es un mal riesgo quirúrgico.

Estadio II: La neoplasia se ha extendido fuera del útero.

El Comité recomendaba que la clasificación de cada caso se hiciera desde el punto de vista clínico y antes de iniciar cualquier tratamiento.

Más tarde (1958) el mismo Comité, integrado por los Profesores Blaikley, Kottmeier, Martius y Meigs, modificaron la clasificación proponiendo la que tal parece tendrá aceptación universal y que es como sigue:

CUADRO 3

CLASIFICACION DE BLAILEY, KOTTMEIER, MARTIUS Y MEIGS

Estadio I	Tumor localizado al cuerpo uterino
Estadio II	Tumor que invade cuerpo y cuello
Estadio III	La neoplasia se extiende fuera del útero, pero no fuera de la pelvis
Estadio IV	El tumor ha invadido vejiga o recto, o se ha extendido fuera de la pelvis.

Antes de proponer el plan de tratamiento que nos parece más adecuado, hagamos una somera revisión de los resultados obtenidos con los procedimientos en uso.

Radioterapia: El tesón con que algunas instituciones se han mantenido al usar de manera casi exclusiva la radioterapia, ha dado resultados apreciables.

Se sabe que la aplicación de radium intrauterino con una sola fuente de radiación da resultados pobres, y nosotros hemos visto que frecuentemente a las 6 u 8 semanas después de la aplicación se encuentra tumor activo.

Como consecuencia de estos hallazgos se ha variado la manera de aplicar el radium mejorando los resultados finales. Si la cavidad uterina es pequeña, basta con colocar un Tandem con 2 o 3 cápsulas llevando dosis adecuadas para ese caso concreto. Si es una cavidad mayor, se recurre a otros procedimientos, (método del triángulo invertido o método de dosis múltiples), entre los cuales cabe mencionar como el mejor de todos el de Heyman o de repleción de la cavidad uterina con numerosas cápsulas pequeñas portadoras de radium, para que, llenando la cavidad del órgano, se tenga la seguridad de que toda la zona por irradiar recibe dosis suficiente.

Hay que recordar que la dosis cancericida, tratándose del cáncer de endometrio varía entre 4,500 y 8,500 r. administrada dentro de un lapso de 8 semanas, recordando además, que las dosis altas administradas en corto tiempo tienen más poder cancericida y las dosis cortas en períodos más largos, tienen más poder de preservación de los tejidos normales.

La experiencia clínica enseña que la dosis de 3,000 mg/h en dos sesiones de 1,500 c/u, separadas por 3 semanas, es suficiente para curar con la técnica de Heyman.

Los inconvenientes y peligros de la radioterapia pueden ser sorteados con relativa facilidad, (dolor, perforación del útero, infección, hemorragia).

Es conveniente radiar la vagina y los parametrios, usando los procedimientos habituales (cajas de Estocolmo, ovoides de Manchester, colpostato de Silverton, aplicadores vaginales cilíndricos, etc., etc.)

Los resultados de la radioterapia sola podemos sintetizarlos en el cuadro siguiente³: (Cuadro 4)

CUADRO 4

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES
QUE PREFIEREN LA RADIOTERAPIA

<i>Institución:</i>	<i>No. Casos Tratados</i>	<i>Curaciones a 5 Años</i>	<i>%</i>
Aarhus	211	98	46.4
Copenhague	343	149	43.4
Odesa	173	90	52.0
Würzburg	440	193	43.9
Lund	356	200	56.2
Estocolmo	1,027	635	61.8
Londres (Ma. Curie)	261	126	48.3
Total	2,811	1,491	53.0

Entre 1936 y 1945, fueron tratadas en el Raiumhemmet 695 enfermas por la técnica de Heyman distribuidas según la clasificación en uso entonces, de la manera siguiente:

Enfermas clínicamente operables:	369
Sanas a los 5 años:	281 (76.2%)
Murieron de enfermedad intercurrente:	15 (4.0%)
Murieron de cáncer:	73 (19.8%)
Resistentes a la radioterapia	66
Operadas y sanas a los 5 años:	48 (72.7%)
Fracasos de la radioterapia (73 muertas de Ca. 66 resistentes)	139 (38.0%)
Enfermas técnicamente operables:	246 (35.4%)
Sanas a los 5 años:	125 (50.8%)
Murieron de enfermedades intercurrentes:	39 (15.9%)
Fallecieron de cáncer:	82 (33.3%)
Casos inoperables:	80 (11.5%)
Vivas a los 5 años:	22 (27.0%)
Murieron de enfermedad intercurrente:	11 (13.0%)
Murieron de cáncer:	47 (58.0%)

Tratamiento quirúrgico: El tratamiento quirúrgico da mejores resultados que el radioterápico como lo veremos al examinar las estadísticas. Se lleva a cabo mediante 4 técnicas fundamentales: La panhisterectomía total abdominal,

la histerectomía vaginal, la operación de Wertheim Taussig y la operación de Shauta-Amreich.

La panhisterectomía total abdominal es la operación que goza de más arraigo entre los cirujanos y que indudablemente cuenta con el apoyo de la experiencia. Debe practicarse siguiendo la técnica clásica, es decir la extrafacial, resecaando un fragmento de vagina para dejar un manguito alderredor del cérvix. Tiene cifras muy bajas de mortalidad, (en el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México: 0%), y muy bajas cifras de morbilidad. Tiene un promedio de curaciones superior al de la radioterapia; pero en cambio las recurrencias en vagina alcanzan hasta el 10%

Los resultados los sintetizaremos en el cuadro siguiente³: (Cuadro 5)

CUADRO 5
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES
QUE PREFIEREN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

<i>Institución:</i>	<i>No. Casos Tratados</i>	<i>Curaciones a 5 Años</i>	<i>%</i>
Buenos Aires	122	65	53.3
Sydney	135	79	58.5
Heidelberg	362	235	64.9
Leypzig	418	235	56.2
Tubinga	596	312	52.3
Amsterdam	182	113	62.1
Birmingham	360	208	57.8
Liverpool	230	125	54.3
Total	2,405	1,372	57.0

Histerectomía vaginal: La vía vaginal tiene indudablemente indicaciones precisas, ventajas e inconvenientes.

Se preferirá en los malos riesgos quirúrgicos, en las obesas y en las que el cáncer del endometrio se asocie a prolapsos uterinos.

Tiene la ventaja de ser poco traumatizante, con menor morbilidad y mortalidad que la vía abdominal.

Los inconvenientes se refieren a que la extirpación de los ovarios no siempre es posible hacerla, (hasta en el 28.7% en los casos de Bastiaanse) lo que asegura un cierto número de casos de muerte por crecimiento de metástasis ovárica. Pueden pasar inadvertidos o puede ser difícil el tratamiento de los casos de penetración del tumor a vísceras huecas.

En manos de distintos autores los resultados son buenos, y a veces mejores que los de la vía abdominal.

Así por ejemplo Bastiaanse³ ha operado entre 1939 y 1957, 398 pacientes de las cuales 383 (96.2%) por vía vaginal, con 73.6% de curas a cinco años. Los resultados terapéuticos de otros autores son como sigue²: (Véase Cuadro 6)

CUADRO 6

<i>Autor</i>	<i>No. Casos Tratados</i>	<i>Curaciones a 5 Años</i>	<i>%</i>
Franz	58	26	44.8
Aulhorn	9	7	77.7
Blau	9	7	77.7
Doderlein	14	10	71.4
Egli	23	12	52.2
Kamnicker	24	15	62.5
Salacz	81	43	53.1
Weibel	22	13	59.1
Total	240	133	55.5

La Operación de Shauta Amreich está indicada en casos de prolapso genital, de obesas o de malos riesgos en carcinomas que hayan invadido el cérvix.

La operación de Wertheim Tausig^(25 bis, 19), esto es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, ha sido recomendada en primer lugar por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo y posteriormente por numerosos cirujanos tales como por ejemplo Winterton³, Schwartz, Brunschweig²⁶, Javert¹⁶, etc. Esta operación no es aceptada por muchos por las razones que apuntamos antes, auna a la mayor dificultad técnica su más alta morbilidad, (fístulas urinarias entre 12 y 20% en manos experimentadas, infecciones, trombosis, etc.) y también una mayor mortalidad. Los resultados varían según se hayan encontrado metástasis ganglionares o no. Schwartz y Brunschweig²⁶ reportan 96 casos, y de ellos pudieron seguir 37 pacientes durante 5 años, al cabo de los cuales sólo 28 estaban sanas, lo que da una sobrevivencia de 73%. Cuando los ganglios son positivos el pronóstico se ensombrece: así de 16 pacientes con ganglios positivos solo 2 vivieron a los dos años.

En los 12 casos más antiguos de nuestra serie los resultados son como sigue: (Cuadro 7)

CUADRO 7

RESULTADOS DE LOS 12 PRIMEROS CASOS DE OPERACION
DE WERTHEIM EN Ca. UTERINO EN EL HOSPITAL
ESPAÑOL DE MEXICO

Se ignora el resultado pero no se sabe que hayan muerto de Ca.	2
Falleció en el postoperatorio inmediato por insuficiencia hepática aguda	1
Murió a los 13 días por padecimiento pulmonar agudo	1
Pudo ser seguida durante 18 meses	1
Seguidas durante dos años	2
Pudo ser seguida durante 3 años	1
Pudo ser seguida durante 4 años	1
Pudo ser seguida durante 5 años	2
Pudo ser seguida durante 10 años	1

Transcribiremos un cuadro con los resultados de otros autores²⁵: (Cuadro 8)

Tratamiento mixto:^{25, 27, 23} En Norte-América se ha preconizado el uso de radium intracavitario con el propósito de desvitalizar el tumor, cerrar las vías linfáticas y por tanto prevenir las metástasis vaginales, reducir el tamaño del útero y facilitar la operación, y seis semanas después de la cura actínica, practicar la intervención quirúrgica. Algunos autores aconsejan después un tratamiento de radioterapia externo con rayos X o cobaltoterapia.

CUADRO 8

HISTERECTOMIA RADICAL: 5 AÑOS DE SUPERVIVENCIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

<i>Autor</i>	<i>Ganglios con Ca.</i>	<i>Vivas a 5 años</i>	<i>Ganglios sin Ca.</i>	<i>Vivas a 5 años</i>	<i>Total</i>	<i>Supervivencia</i>	<i>Complicaciones</i>	<i>Muertes Post-op</i>
Graham 1956	2	0	22	15	24	15	2	2
Schwartz y Brunschwig 1957	12	2	25	25	37	27	9	2
Parsons y Cesare 1959	2	0	31	26	33	26	17	1
					94	68	28	5

Vivas a 5 años	68	72.0%
Complicaciones	28	15.0%
Muertes postoperatorias	5	3.0%

Al principio se aconsejó la aplicación de radium a la dosis de 2,000 mg/h., pero recientemente se ha aumentado la dosis hasta alcanzar en algunas ocasiones 10,000 mg/h., (en promedio 3, a 5,000 mg/h.) cuando el útero es pequeño se usa un tandem, pero cuando la cavidad es grande, el método de Heyman es el indicado.

Se hace la aplicación, previa dilatación y legrado de la cavidad de una vez o en dos sesiones, (en el Servicio de Ginecología del Hospital Español, se hace la aplicación en una sola vez) y seis semanas después se practica la histerectomía porque por experiencia se sabe que en ese lapso el útero se ha reducido de tamaño y los tejidos no presentan reacción fibrosa importante que dificulte mucho la operación; el peligro de infección es mínimo, lo mismo que la posibilidad de metástasis.

Este tratamiento, no aceptado por todos, ya que hay autores que obtienen

resultados semejantes o mejores con cirugía sola, (Javer, Pratt, etc.) tiene la desventaja de que es más caro, consume más tiempo y no deja de tener peligros reales (ruptura del útero, y radiación de vísceras abdominales) que, claro está, extremando los cuidados pueden ser evitados. Tiene la ventaja de disminuir francamente las recidivas vaginales.

Los resultados son mejores que los obtenidos por cirugía sola, como se ve en el cuadro siguiente²⁵: (Cuadro 9)

CUADRO 9

<i>Autor</i>	<i>Curadas a 5 Años %</i>
Taylor y Becker	56.6
Pentecost y Brack	63.8
Arneron, Stambro y Nolan	68.0
Cosbie, Anderson, Miller y Bunker	70.0
Healy y Brown	75.0
Randall 6 Goddard	75.8
Miller y Henderson	77.0
Gardiner y Gartinean	80.0
Palmer y Cols.	80.0
Hundley Biggs y Kardash	84.4
Lampe	88.6
Hunt	90.0
Scheffey y Cols.	90.0

En el Servicio de Ginecología del Hospital Español de México, se ha tratado el cáncer del endometrio de acuerdo con el Servicio de Oncología, con este criterio, llevando hasta la fecha 9 enfermas de las cuales una falleció a los 20 días de operada por un padecimiento digestivo intercurrente y el resto se encuentra sin evidencia de cáncer teniendo la más antigua 42 meses de tratada.

Estamos convencidos de que el tratamientos del cáncer del endometrio debe individualizarse en cada caso para poder formar con el tiempo grupos perfectamente comparables que puedan dar datos más o menos seguros sobre la eficacia de los métodos terapéuticos. Es necesario continuar la investigación clínica para tratar de resolver las incógnitas que se han plantado.

Siguiendo los lineamientos de Webb, Margolis y Traut³¹, relacionaremos en cada caso, la variedad histológica del tumor, la topografía intrauterina del mismo, la invasión del miometrio y el estadio clínico. De manera que será indispensable hacer un estudio cuidadoso del caso, con exploración bajo anestesia, legrado fraccionado, en contadas ocasiones histerografía, etc., etc. Con todos estos elementos esquematizaremos el tratamiento de la manera siguiente:

1. Con útero pequeño, carcinoma bien diferenciado y estadio clínico I; Panhisterectomía total abdominal con resección amplia de vagina.
2. Con útero pequeño, carcinoma bien diferenciado y estadio clínico I y prolapso genital; Histerectomía vaginal con anexectomía.

3. Utero pequeño, con carcinoma medianamente diferenciado o no diferenciado y estadio clínico I; Radium intrauterino y seis semanas después panhisterectomía total abdominal con resección amplia de vagina, toma de muestras de ganglios obturadores, hipogástricos e ilíacos externos. Si son positivos, agregar radioterapia externa.

4. Utero grande, con carcinoma bien diferenciado, estadio clínico I: Radium intrauterino por la técnica de Heyman, seis semanas después, operación de Wertheim Tausig y si resultan ganglios positivos agregar radioterapia externa.

5. Utero grande con carcinoma poco o nada diferenciado: mismo tratamiento del caso 4.

6. Estadio clínico II, esto es carcinoma del endometrio con invasión al endocervix: Manejarlo como carcinoma del cervix.

7. Estadio clínico III, dependerá de cada caso; Radium intrauterino — vaciamiento pélvico anterior o posterior, o bien operación de Wertheim Tausig — resección intestinal, etc. y agregar terapia externa.

8. Estadio clínico IV, radium intracavitario con o sin radioterapia externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akerman, L. V., and Del Regato, J. A.: *Cáncer*. The C. B. Mosby Co. Ed. Sn. Luis, 1947.
2. Ahumada, J. C.: *El Cáncer Ginecológico*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1953.
3. Bourne, A. W. and Williams, L.: *Recent Advances in Obstetrics and Gynecology*. J. A. Churchill Ed. London, 1963.
4. Cunningham, D. F.: *Anatomía Humana*, T. 2, pág. 1483-1487. Ed. M. Marin, Barcelona, 1949.
5. Corscaden, J. A. and Tovell, H. M. M.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 68: 737, 1954.
6. Dockerty, M. B., Lovelady, S. B., and Foust, G. T.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 61: 966, 1951.
7. Graham, R. M.: *The Cytologic Diagnosis of Cancer*, p. 122, W. B. Saunders Ed. Phila., 1963.
8. Gray, H. and Gess, Ch. M.: *Anatomy of the Human Body*, p. 808, Lea Febiger E. Phila., 1962.
9. Gusberg, S. B., Jones, M. D., Herbert, C., Tovell, H. M.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 80: 374, 1961.
10. Hecht, E. L.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 66: 1321, 1953.
11. Helwig, F. C.: *Am. Obst. & Gynec.* 58: 924, 1949.
12. Henriksen, E.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 58: 924, 1949.
13. Henriksen, E. and Murrietta, T.: *West. S. Surg.* 58: 331, 1950.
14. Hertig, A. T. and Gore, H.: *Tumors of the Female Sex Organs*, pág. 215. Armed Forces Institute of Pathology, Ed. 1960.
15. Javert, C. T.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 64: 780, 1952.
16. Javert, C. T.: *Obst. & Gynec.* 12: 56, 1958.
17. Kottmeier, H. L.: *Carcinoma of the Female Genitalia*, pg. 99. The Williams and Wilkins Col. Ed. Baltimore, 1953.
18. Kottmeier, H. L.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 78: 1127, 1959.
19. Lefevre, H.: *Surg. Gyn. & Obst.* 102: 649, 1952.
20. Lindgren, L.: *Acta Obst. et Gynec. Scandinav.* 26: 426, 1957.
21. Liu, W. and Meigs, J. V. *Am. J. Obst. & Gyn.* 69: 1, 1955.
22. Mc. Cartney, C. P. and Hayden, C. E. *Obst. & Gyn.* 9: 293, 1957.
23. Montgomery, J., Warren, Lang, Ferrel, D. and Hahn, G.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 80: 972, 1960.

24. Morton, D. G., Moorl, J. G. and Chang, N.: Surg. Obst. & Gyn. 45: 113, 1957.
25. Pack, G. T. and Ariel, I. M.: *Treatment of Cancer and Allied Diseases*, Vol. 6: pg. 187, Harper and Brothers, New York, 1962.
- 25bis. Parsons, L. and Cesare, F.: Surg. Gyn. & Obst. 108: 582, 1959.
26. Schwartz, A. E. and Brunschwig, A.: Surg. Gynec. & Obst. 105: 675, 1957.
27. Speert, H. and Peightal, T. C.: Am. J. Obst. & Gynec. 56: 502, 1948.
28. Testut, L. y Latarjet, A.: *Tratado de Anatomia Humana*, T. IV, pg. 1300, Ed. Salvat, Barcelona, 1949.
29. Thor Dahle: Surg. Gynec. & Obst. 103: 332, 1956.
30. Thorek, Ph.: *Anatomy in Surgery*, pg. 607, J. B. Lippincott Co. Phila. 1951.
31. Webb, G. A., Magolis, A. J. and Traut, H. T.: Obst. & Gyn. 63: 7, 1955.

COMENTARIO AL TRABAJO. "CARCINOMA
DEL ENDOMETRIO. CONCEPTOS ACTUALES
Y CRITERIO DE TRATAMIENTO"*

DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO

ES PARA mí un motivo de gran placer el que, por ser durante este año Presidente de la Sección de Ginecología y Obstetricia de nuestra Academia, tenga la oportunidad de comentar oficialmente el trabajo de ingreso del Dr. Enrique Gutiérrez Murillo. Es también particular placer para mí el dar la bienvenida a este ginecólogo entusiasta, de formación muy completa y de gran habilidad quirúrgica, cuyo interés en el aspecto académico de la rama que cultiva será indudablemente motivo de contribuciones interesantes en el seno de esta Corporación.

Para este ginecólogo, cuya trayectoria conozco desde sus primeros pasos, va mi felicitación más calurosa por su ingreso a la Corporación.

El tema que ha escogido el Dr. Enrique Gutiérrez Murillo para su trabajo de ingreso es muy interesante porque los estudios recientes sobre la historia natural del cáncer endometrial y su mejor conocimiento clínico, en cuanto a diagnóstico y tratamiento, han impuesto nuevos criterios, múltiples dudas y procedimientos diversos para su tratamiento, que es necesario revisar.

Como señala el Dr. Gutiérrez Murillo, el cáncer endometrial ha aumentado en frecuencia y probablemente ha disminuído la del cáncer cervical, de manera que la proporción relativa de uno y otro se asemeja en la actualidad. Existen sin embargo grandes diferencias que parecen provenir de la clase social, hábitos higiénicos, promedio de vida, etc., que hacen que siga siendo mucho más frecuente el cáncer cervical en algunos centros y que, en cambio, en otros la frecuencia de ambos cánceres sea similar.

Otro hecho de la historia natural del cáncer endometrial que ha sido bien tratado en el trabajo del Dr. Enrique Gutiérrez Murillo y que es de gran importancia recordar, es que la pretendida protección que ofrece el miometrio contra la extensión de este cáncer es relativa.

Por otra parte la biología de este cáncer cambia totalmente cuando se invade la región del istmo y cérvix uterino, pues entonces sigue la marcha del cáncer

* Leído por su autor en la sesión ordinaria del 9 de octubre de 1964.

cérvico-uterino. Es posible y hasta frecuente encontrar metástasis retrógradas a vagina, y la frecuencia con que el cáncer endometrial en general, comprendiendo todos sus tipos y grados, de metástasis ganglionares es del 10 al 25%.

Me interesa analizar con más detalle el punto referente a las metástasis retrógradas. Tengo la convicción de que las reproducciones en el muñón vaginal después de cirugía del cáncer endometrial son debidas a metástasis retrógradas ya presentes en el momento de la operación y no a implantación de células malignas durante el acto quirúrgico. Por ello es que han fracasado como preventivos las medidas de sutura del cérvix, ligadura de trompas, etc., antes de hacer manipulaciones sobre el útero.

Creo también de interés hacer énfasis en que las numerosas clasificaciones clínicas de evolución del carcinoma del endometrio son ilógicas frecuentemente o de poca aplicación y que en el momento debe aceptarse la propuesta por Blaikley, Kottmeier, Martius y Meigs por adaptarse mejor a las condiciones clínicas de extensión y los resultados del tratamiento.

A propósito del tratamiento hay criterios muy diversos y hasta opuestos que no tienen razón de ser, pues el tratamiento debe planearse de acuerdo con las particularidades de cada caso. Es bien sabido que los casos de diagnóstico temprano de cáncer del cuerpo uterino son curables tanto por solo radiación como por la cirugía sola y que no ha podido demostrarse que uno de los dos procedimientos sea mejor.

Sin embargo la experiencia parece haber demostrado que la radiación previa a la cirugía mejora los resultados de ésta porque la reducción de la masa neoplásica y la desvitalización de las células las hace menos capaces de metástasis e implantaciones. Además, y repito que me parece es cosa muy importante, la radiación destruye también el cáncer microscópico que pueda haber en la vagina y en el tejido parametrial que no pueden apreciarse clínicamente pero que son motivo de recidivas.

Finalmente quiero hacer hincapié en el hecho de que la historia natural del cáncer del endometrio, ahora mejor conocida, da base para afirmar que la histerectomía total simple no es siempre el método quirúrgico que debe emplearse, sino que con gran frecuencia deberá recurrirse a la panhisterectomía radical con linfadenectomía pélvica.

En la práctica nosotros recurrimos a una u otra de estas operaciones de acuerdo con el resultado del estudio histopatológico del legrado fraccionado del útero, por una parte, y de la exploración pélvica transoperatoria investigando la presencia de ganglios palpables. A la menor duda, y con más razón si hay confirmación por medio de estos procedimientos de exploración, de que el carcinoma haya invadido la región istmo-cervical del útero o de que haya ganglios apreciables en la pelvis, preferimos hacer la histerectomía de Wertheim con linfadenectomía pélvica.