

ALGUNOS ASPECTOS DE LA EXPERIENCIA LOCAL EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER CERVICOUTERINO¹

DR. JOSÉ NORIEGA LIMÓN²

Se realizó una encuesta en varios centros de diagnóstico y tratamiento oncológico de la ciudad de México, en relación a la frecuencia de etapas tempranas del cáncer cérvicouterino, sus modificaciones en el curso de los últimos años, la índole de su tratamiento y los resultados del mismo. Se encontró que dentro de la baja frecuencia de etapas del padecimiento, hay tendencia al aumento. El tratamiento radioterápico fue considerado de elección como ataque primario. Se prefirió la radiación intracavitaria asociada a radiación externa y se consideraron como progresos en el manejo, la creciente tendencia a la individualización del tratamiento, a correcta dosimetría y a vigilancia radiográfica sistemática de la irradiación intracavitaria. Han mejorado los índices de sobrevivencia, pero hay alta proporción de deserciones, que dificulta la valoración estadística. (Gac. Méd. Méx. 97: 1431, 1967).

EL CÁNCER cérvicouterino es la neoplasia maligna predominante en nuestro medio.¹ En la actualidad se le considera como un padecimiento epidemiológicamente abatible y con altos índices de sobrevivencia sin actividad tumoral a 5 ó 10 años.² Esto se logra con una detección sistemática, un diagnóstico temprano y una terapéutica adecuada, seguida de un correcto y completo control periódico de las pacientes. Con objeto de tener una idea de si las premisas anteriores se cumplen en nuestro ambiente, el año pasado

hicimos una encuesta entre distintos jefes de servicio en los principales centros oncológicos de la ciudad de México, inquirendo sobre la frecuencia de etapas tempranas de la enfermedad, las modificaciones de las mismas en el transcurso de los últimos años, el tipo de tratamiento predominante, la experiencia en el control periódico y el análisis de los resultados terapéuticos. Intencionalmente se dejó en libertad a los informantes de dar sus datos libremente, sin someterlos a un cartabón específico. La información obtenida fue muy heterogénea; no se le ha hecho ninguna modificación básica aparte de graficar y hacer tablas porcentuales pa-

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 19 de abril de 1967.

² Académico numerario, Instituto Nacional de Cancerología.

ra tener siquiera las mínimas posibilidades de comparación. La presentación de resultados no se ha modificado, con el fin de demostrar su diversidad y la necesidad de uniformizarla.

Mortalidad y frecuencia. Afortunadamente para nuestro país, en que esta forma de cáncer es tan predominante, el cérvicouterino se considera en la actualidad epidemiológicamente abatible. La última comunicación de la Sociedad Americana del Cáncer² muestra que los índices de mortalidad por este padecimiento se han abatido en los Estados Unidos de un 22.4 a 12.6 por 100,000 mujeres, entre 1943 y 1963, es decir, prácticamente en un 50%. En la Columbia Británica, entre 1955 y 1960, el índice ha sido abatido de 28.4 a 19% por cada 100,000 personas del sexo femenino.³ Estos notables descensos en la mortalidad son de tanta mayor importancia cuanto que la terapéutica del cáncer cérvico uterino, a pesar de

los indudables avances quirúrgicos y sobre todo radioterápicos, no ha cambiado básicamente en los últimos 20 años. Esta situación contrasta grandemente con los índices de mortalidad por cáncer de la mama, que han permanecido inalterables desde 1955, con una cifra de 21 a 22 por cada 100,000 mujeres, a pesar de los múltiples recursos terapéuticos, quirúrgicos, radioerápicos y de una hormona y quimioterapia aparentemente más efectivas que la del cáncer cérvico uterino. Igual contraste ofrece el cáncer pulmonar, cuyos índices de mortalidad están en un continuo incremento. Entre nosotros no existe, que sepamos, un índice de mortalidad comparativo en este tipo de neoplasia a través de los años.

La Tabla 1 muestra los datos sobre frecuencia de etapas I y II obtenidos de 5 centros oncológicos hospitalarios y un servicio privado radioterápico de la ciudad de México.

TABLA 1
CANCER CERVICOUTERINO I Y II
INCIDENCIA 1966

<i>Institución</i>	<i>No. total</i>	<i>Estadio I.</i>		<i>Estadio II.</i>		<i>I y II.</i>	
I.N.C.							
1948-1964	7864	554	7.5 %	1307	17.2 %	1861	24.7 %
Hospital General 1961-1964	2072	201	9.75%	639	30.62%	840	40.35%
Hospital Oncología I.M.S.S.							
1960-1965	3094	286	9.3 %	474	15.4 %	760	24.7 %
Hospital de la Mujer S.S.A.							
1949-1961	1579	322	20.13%	818	53.35%	1140	73.48%
Hosp. "20 de Nov." I.S.S.S.T.E.							
1961-1965	447	59	13.19%	116	25.95%	175	39.14%
Serv. Privado 1948-1965	671	49	7.32%	98	14.60%	147	21.92%

Puede observarse que el porcentaje de casos en etapas tempranas es muy bajo, un promedio de 8% en las etapas I y de 37% entre las etapas I y II. La incidencia en estadios tempranos es más alta en los centros con detección sistemática,⁴ como el Hospital de la Mujer y el Hospital "20 de Noviembre"; es asimismo ligeramente mayor en los servicios oncológicos que funcionan dentro de hospitales generales, tales como el Servicio de Oncología del Hospital General en el "20 de Noviembre" y en el Hospital de la Mujer. Los centros oncológicos puros tienen la cifra más baja, ya que a ellos obviamente son referidas las enfermas con sintomatología establecida, los casos problema y los avanzados, como sucede en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Servicio de Oncología del Hospital General, ya que éste funciona como una Unidad de Terapéutica integral y no como un servicio dentro de un Hospital General. Igual situación se observa en el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social, a pesar de que dentro de esta institución, como se señalará más tarde, la incidencia de etapas iniciales de la enfermedad, en los grupos de detección, es alta. Es de hacerse notar que en el servicio privado de Radioterapia en donde era de esperarse un incremento mayor de las etapas tempranas, por tratar enfermas de un estrato social más alto, la frecuencia de los estadios tempranos es el más bajo. Esto es debido probablemente a la tendencia quirúrgica de ginecólogos y cirujanos asociados al servicio. Los datos anteriores parecen apuntar a que en nuestro

medio la detección sistemática debe enfatizarse sobre todo en los centros hospitalarios generales, las maternidades, centros infantiles y consultorios privados a donde acuden mujeres, en tanto que la concentración de pacientes para tratamiento, por razones obviamente económicas, debe hacerse en los centros oncológicos.

Juzgado a través de los últimos años, la frecuencia de etapas tempranas, aunque todavía baja, en conjunto muestra en nuestro ambiente una notable mejoría.^{4, 5} Durante el período en que el autor tuvo a su cargo el Servicio de Oncología del Centro Hospitalario "10 de Noviembre", la detección sistemática y el trabajo coordinado con los Departamentos de Ginecología y Citología, permitieron que la frecuencia de estadios I y II se elevara del 18 al 55% entre los años de 1961 a 1965.

En el Hospital de la Mujer, en donde se hace una detección sistemática de todas las mujeres que asisten, la frecuencia de etapas I y II ha sido informada en un 73.48%,⁴ cifra sorprendente, ya que hasta hace pocos años este porcentaje era más bien el aplicable a la incidencia de estadios avanzados. La curva de porcentaje de frecuencia en estadios I a través de los años en esta misma institución varió del 8.5 al 20.3% entre 1954 a 1960. Similar situación puede observarse en el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social como lo muestra la Tabla 2.

Por otra parte el establecimiento de la campaña de detección en todos los centros del I.M.S.S., logró en los pri-

TABLA 2
 % INCIDENCIA
 CANCER CERVICOUTERINO I Y II
 HOSPITAL ONCOLOGIA I.M.S.S.

Estadios	1961	1962	Años 1963	1964	1965
I	6.5	7.8	10.4	9.6	12.3
II	12.8	19.7	16.0	11.0	17.2
I y II	19.3	27.7	26.4	19.1	29.5
Promedio	1961 - 1965			I - II	24.7%

meros 12 meses, entre 55,176 mujeres examinadas para detección, que en el grupo en el que se encontró carcinoma se registrara 89.5% de cepas 0, I y II.⁵ Esta cifra no debe confundirse con la frecuencia global de pacientes en etapas I y II que atiende el Centro Médico de esta Institución en donde, siendo un centro oncológico puro, baja a 24.7%, porcentaje similar al del Instituto Nacional de Cancerología y al de la Unidad de Oncología del Hospital General de la S.S.A. En este último la frecuencia de estadios I entre 1961 a 1964 varió del 3 al 10%.

Las cifras anteriores, si bien muestran un progreso, son todavía muy bajas en relación a las obtenidas en los centros mundiales de primera importancia, pero no se alejan mucho de las proporcionadas por los estudios en revisiones mudiales de gran número de enfermas a través de los años⁶ (Tabla 3).

Tipo de tratamiento. En la actualidad, en la mayor parte de los centros oncológicos nacionales y extranjeros el tratamiento del cáncer cérvico uterino

TABLA 3
 PROPORCION DE ESTADIOS
 CLINICOS A TRAVES
 DE LOS AÑOS
 (KOTTMEIER, 1961)

Estadios	A ñ o s		
	1941 - 1945 (24,032 casos)	1941 - 1949 (41,602 casos)	1950 - 1954 (49,235 casos)
I	19%	21%	24%
II	39%	38%	38%
III	32%	34%	31%
IV	9%	7%	7%

es fundamentalmente radioterápico, con indicaciones quirúrgicas limitadas y precisas. Por otra parte ni la cirugía ni la radioterapia han resuelto en su integridad el problema del tratamiento del cáncer cervicouterino. La decisión terapéutica en cada caso particular deberá ser hecha en un grupo formado por cirujano especialmente versado en la cirugía pélvica, el radioterapeuta y el urólogo.⁷

Las Tablas 4 y 5, muestran la proporción de enfermas operadas, radiadas o

sometidas a un tratamiento combinado en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social en las etapas I y III, períodos de la evolución de la enfermedad en las que podría estar indicada la panhisterectomía ampliada con linfadenectomía.

TABLA 4

CÁNCER CERVICOUTERINO I Y II
INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA

Radioterapia	1863	90.6%
Cirugía	174	9.4%
	2037	

TABLA 5

CÁNCER CERVICOUTERINO I Y II
HOSPITAL ONCOLOGÍA I.M.S.S.

Radioterapia	640	84.9%
Cirugía	48	6.2%
Combinación	74	8.9%

En los casos en etapas III y IV, el tratamiento es en la práctica casi exclusivamente radioterápico, ya que las grandes exenteraciones pélvicas después de un período de cierto auge, han caído en desuso y solamente tienen indicación en casos muy seleccionados. En el Hospital "20 de Noviembre", en el Hospital de la Mujer y en el Hospital General el tratamiento es casi exclusivamente radioterápico en todos los estadíos.

Predomina, pues un criterio radioterápico en todas las etapas quedando reducidas las indicaciones quirúrgicas a la etapa 0 y las etapas I y II en casos de fracaso radioterápico, a la presencia

de alteraciones patológicas de otro tipo que requieran también cirugía y a las exenteraciones pélvicas en casos seleccionados de etapas III y IV, predominantemente en casos con invasión directa a vejiga o a recto sin invasión lateral y con buen estado general de la paciente. Hay, por otra parte, la tendencia a la asociación de los dos procedimientos en ciertas condiciones clínicas especiales, como el adenocarcinoma del endocervix y en los casos de carcinoma con invasión del endocervix en forma de "barril";^{8,9} tendencia observable en el Instituto Nacional de Cancerología, en el Hospital de Oncología del I.M.S.S. y en el Hospital "20 de Noviembre".

Técnica radioterápica. El criterio radioterápico de los centros estudiados es bastante uniforme, con las variaciones institucionales debidas al distinto tipo de equipo, de pacientes y de entrenamiento del personal. En general, todos prefieren la radiación intracavitaria con radium o sus sucedáneos, asociada a la radiación externa, en las etapas tempranas, con un énfasis mayor en la radiación intracavitaria. En los casos avanzados el plan de tratamiento es predominantemente con radiación externa asociada a dosis muy baja de radiación intracavitaria. Con excepción de uno de los centros, todos prefieren la radiación de supervoltaje para la radiación externa, ya sea con la bomba de cobalto o el betatrón en una de las instituciones. En esencia, la técnica usada por nosotros en el Hospital "20 de Noviembre" y en la actualidad, nuevamente, en el Instituto Nacional de Car-

cerología y en el servicio privado, es la clásica de Manchester, utilizando colpostatos de diseño personal, modificación de los de Fletcher, para la radiación intracavitaria, intrauterina y vaginal; asociamos la radiación externa a los parametrios o a todo el contenido pélvico, según el caso, con telecobaltoterapia.⁸⁻¹¹

En los últimos 10 años las modificaciones que consideramos de importancia en la técnica de irradiación intracavitaria, en nuestra práctica, han sido las siguientes:

a) Un énfasis mayor en la individualización del tratamiento en cada caso particular, variando el número, la distribución e intensidad de las fuentes radiactivas, el tipo de taponamiento y el tiempo total de aplicación, según la extensión y tipo de neoplasia y la distorsión de los elementos anatómicos producidos por la misma, prestando cuidado especial a las condiciones generales de la paciente y a los estados infecciosos asociados, específicos o no.⁸⁻¹¹

b) Una dosimetría más precisa e individualizada. Primero, transoperatoria, haciendo lecturas en recto y vejiga con dosímetros de centelleo y postoperatoriamente, calculando dosis en ciertos puntos de la pelvis en las radiografías de control.^{7, 8, 11, 12}

c) El control radiográfico postoperatorio sistemático, que permite reconocer las posiciones anómalas de las fuentes y hacer una dosimetría postoperatoria más cuidadosa.

d) Recientemente hemos iniciado el uso de un sistema de carga diferida que reduce la exposición le radiación al

operador, enfermeras de sala y piso y a los técnicos que toman las radiografías. Por ahora lo hemos empleado únicamente en la sonda intrauterina, mientras encontramos un método que nos permita utilizar varias fuentes en los colpostatos y no quedar reducidos a un solo tipo de tubo de radium. Quizá la mayor ventaja de estos sistemas de carga diferida es la posibilidad de una inserción más cuidadosamente individualizada, sin el apresuramiento ocasionado por el temor de estar recibiendo una dosis alta de radiación.^{8, 13}

Es indudable que el avance más trascendente en el manejo de la radiación externa de esta neoplasia ha sido el uso de los llamadas supervoltajes. Entre nosotros, predominantemente la radiación con bomba de cobalto o telecobaltoterapia. Nuestra experiencia al respecto, desde 1956 en varios miles de enfermos, nos ha convencido de su utilidad clínica. La experiencia local y extranjera muestra una mejoría en los índices de sobrevivencia y una paliación más fácil y sostenida cuando se usa este tipo de irradiación externa. Es posible por este procedimiento administrar dosis en la profundidad más altas, usando técnicas más simples que anteriormente. No se tiene ya como factor limitante la tolerancia cutánea, hay una menor absorción ósea y una marcada reducción de las reacciones generales, al mismo tiempo que la dosimetría es más fácil y más precisa.^{8, 10, 11, 14}

En las etapas tempranas la empleamos para complementar la dosis de radiación que llega del radium intracavitario a las porciones más lejanas de los

parametrios y a las zonas linfático portadoras ilíacas y paraaórticas inferiores. En los casos avanzados es el agente de elección para radiar el contenido pélvico, teniendo únicamente como factor limitante la tolerancia de intestino y vejiga. Puede asociarse a radiación intracavitaria a dosis bajas. Consideramos el uso de los supervoltajes como indispensable en el tratamiento adecuado del cáncer cérvico uterino. Una juiciosa individualización de las dosis de radiación externa con la intracavitaria para etapa de invasión y tipo de tumor y en condiciones clínicas especiales tales como el carcinoma de endocérvix, la asociación de cáncer con embarazo, la invasión del endocérvix del tipo en "barril" y el carcinoma de muñón de histerectomía supracervical, han hecho incrementar, en el extranjero y entre nosotros, los índices de sobrevivencia en todos los estadios y obtener paliación en los casos avanzados de una manera más sencilla, constante y sostenida.^{8, 9, 11, 14, 15, 16}

Tanto en nuestros propios servicios como en los estudiados, el uso de radiación intersticial por medio de agujas de radium o cesium, alambres de tantalum o de itrium; la radiación intravaginal con rayos X y otras modalidades son de uso ocasional y en casos muy seleccionados.

Recientemente el uso de la linfografía y la flebo y arteriografías nos ha permitido hacer un diagnóstico más preciso de las extensiones neoplásicas antes del tratamiento o de las recidivas tras los tratamientos quirúrgicos o radioterápicos en zonas no accesibles al

estudio clínico-radiológico de rutina. En nuestras manos su utilidad, en las etapas iniciales, ha sido muy limitada. El principal objeto de su uso es la demostración temprana de recidivas profundamente situadas y la demostración de alteraciones linfáticas y venosas producidas tanto por la neoplasia, como por el tratamiento mismo. Las alteraciones venosas pueden ser en ocasiones de una magnitud insospechada en comparación con las manifestaciones clínicas.¹⁷ En nuestros servicios, después de una etapa de investigación y evaluación, estos procedimientos se utilizan en casos muy individualizados dados el costo y la laboriosidad que requieren para su ejecución.

Revisión periódica de las pacientes y resultados clínicos. Una moderna y adecuada terapéutica en el cáncer cérvico uterino, predominantemente radioterápica, debe, en la actualidad, dar sobrevivencias porcentuales a 5 años de un 85 a 90% en etapa I, de un 70 a 80% en etapa IIa, de un 60 a 70% en etapa IIb y de 20 a 40% en etapa III. Sólo un porcentaje mínimo de sobrevivencia es de esperarse en las etapas IV. En los estadios avanzados, por otra parte, la radioterapia juega un papel muy importante como agente paliativo, obteniéndose paliaciones sostenidas, especialmente desde el uso de los llamados supervoltajes.^{6, 8}

Las Tablas 6 y 7 muestran resultados comparativos de cirugía y radioterapia en etapas I y II en diversos centros del mundo.¹⁸ Nótese que en la Tabla 6 se muestran los resultados quirúrgicos cuando se encontraron ganglios posi-

TABLA 6
 CANCER CERVICO UTERINO I Y II
 SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS¹⁸

<i>Autores</i>	<i>Cirugía radical Etapa I</i>	<i>Etapa II</i>	<i>Autores</i>	<i>Radioterapia Etapa I</i>	<i>Etapa II</i>
Kelse	85.9%	7.1%	Phillip	91.7%	70.9%
Rauscher	87.4%	58 %	Sherman-		
Phillip	86 %	53.8%	Allen	88.9%	76.5%
Meigs	81.8%	61.8%	Kottmeier	84 %	78 %
			Fletcher	93 %	78 %

TABLA 7
 CANCER CERVICO UTERINO I Y II¹⁸
 SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS, CIRUGIA, PRESENCIA DE METASTASIS
 GANGLIOS

<i>Autores</i>	<i>Etapa I</i>	<i>Etapa II</i>	<i>Etapa I y II</i>
Carter			33.3%
Kelso	66.6%	43.1%	50 %
Meigs	41.6%	0.9%	26.1%
Morton			27.7%

vos durante la intervención; los índices de sobrevivencia bajan así aproximadamente a un 35-40% como promedio, mientras que en la radioterapia quedan incluídos todos los casos con ganglios o sin ellos, ya que las pacientes no son operadas, y no hay comprobación histológica.

En los centros estudiados en nuestro medio, se encontró en mayor o menor grado un alto porcentaje de deserción de las enfermas, durante o poco tiempo después del tratamiento, lo cual hace prácticamente imposible establecer índices de sobrevivencia porcentuales comparables a los de las tablas extranjeras. El estudio del porcentaje de casos perdidos en un grupo de 174 enfermas operadas, en etapas I y II, en el Instituto Nacional de Cancerología, revela que a

los 5 años el 73% de las pacientes habían desertado: un 52% de ellas estaba sin actividad tumoral. En el Servicio de Oncología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", en un período de 4 años, el 34% de las pacientes tratadas por radioterapia en etapas I y II se había perdido: 72% de estas enfermas estaba sin actividad tumoral. En el Hospital General de la S.S.A. se reporta un lote de 40 casos tratados por radiación en etapas I y II: el 22% se había perdido en un período de 3 a 32 meses. Con tan altos porcentajes de deserción no es posible establecer resultados en sobrevivencia porcentual cruda o absoluta comparable con las estadísticas extranjeras, máxime si se sigue la regla rígida de considerar como muertos a todos los casos perdidos. La curva ac-

tuarial o el método de tabla de vida de Berkson permite tener una idea de la tendencia estadística acerca de la utilidad del tratamiento en períodos anuales, tomando en cuenta el número de casos perdidos. Desafortunadamente, con tan alto porcentaje de deserciones, los resultados también son equívocos, ya que no hay un método estadístico que supla a un buen control de las pacientes. En el Hospital de la Mujer se ha hecho un excelente intento de presentación de resultados del tratamiento radioterápico usando este método en 386 enfermas.¹⁹ Se obtuvieron índices de curabilidad en 5 años muy bajos debido al alto número de pacientes perdidas y aunque se utilizó la longevidad de todas las enfermas estudiadas, las cifras verdaderas de curabilidad deben ser seguramente superiores a las presentadas. El coeficiente de curabilidad a 5 años de todos los estadios fue de 22% con un error estándar de 7%. En estadio I fue de 48%, con un error estándar de 7.5%. Aplicando los factores de curabilidad verdadera ésta debe ser superior a 34% y menor de 62%. En conjunto estas cifras son muy bajas, si se compara con los resultados extranjeros en centros con control de un 90 a 100% de pacientes tratadas. Un intento similar se llevó a cabo en el Servicio de Oncología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre". El coeficiente de curabilidad en el 4o. año de estudio bajó a cero en los estadios I, por deserción total de todas las enfermas durante la huelga del llamado paro médico. Queda pues, establecido que los análisis estadísticos, por loables

y cuidadosos que sean, solamente pueden dar una idea de la tendencia estadística, pero con tan alta deserción no podrán ser comparables, ni entre sí, ni con los resultados de centros que tienen un control periódico adecuado de las pacientes tratadas.

Las Tablas 8, 9 y 10 muestran una tabulación porcentual de resultados de tratamiento radioterápico en el Servicio de Oncología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", de 1961 a 1965.

Es de hacerse notar que el número de deserciones de pacientes sin actividad tumoral, cuando fueron visitas por última vez, es de 85% en etapas I, y de 72% en etapas I y II. En el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se reportan 57.5% de buenas respuestas en 40 casos de etapas iniciales, con sobrevivencias entre 3 y 32 meses entre 1962 y 1963. Los datos del

TABLA 8
CÁNCER CERVICO UTERINO,
ETAPA I
HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.
RESULTADOS 1961-1965

<i>Casos</i>	<i>Núm.</i>	
Vivos, sin actividad tumoral	32	35 - 59 %
Vivos con actividad tumoral	3	
Muertos	1	
Perdidos, sin actividad tumoral	19	23 - 42.5%
Perdidos, con actividad tumoral	4	
<i>Total:</i>	<u>59</u>	

TABLA 9

CANCER CERVICO UTERINO.
ETAPA IIHOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

RESULTADOS 1961-1965

<i>Casos</i>	<i>Núm.</i>	
Vivos, sin actividad tumoral	54	56 - 47,5%
Vivos, con actividad tumoral	2	
Muertos	19	41 - 36,7%
Perdidos, sin actividad tumoral	27	
Perdidos, con actividad tumoral	14	
<i>Total:</i>	146	

TABLA 10

CANCER CERVICO UTERINO.
ETAPAS I Y IIHOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

RESULTADOS 1961-1965

<i>Casos</i>	<i>Núm.</i>	
Vivos, sin actividad tumoral	86	93 - 52 %
Vivos, con actividad tumoral	5	
Muertos	20	64 - 38 %
Perdidos, sin actividad tumoral	46	
Perdidos, con actividad tumoral	18	
<i>Total:</i>	175	

Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social para eta-

pas tempranas pueden verse en las Tablas 11, 12 y 13.

TABLA 11

RESULTADOS, TRATAMIENTO EN CANCER CERVICOUTERINO. ETAPA I-a
HOSPITAL ONCOLOGIA, I.M.S.S. 1966

<i>Años</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
Sin actividad	25	23	22	6	2	1
Con actividad	—	—	—	—	—	—

TABLA 12

CANCER CERVICO UTERINO. ETAPA I-b
HOSPITAL ONCOLOGIA, I.M.S.S. 1966

<i>Años</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
Sin actividad tumoral	49	43	36	20	17	3
Muertos, sin actividad	2		1			
Perdidos	6					6
Con actividad	4	6	1			
Muertos, con actividad		6	3	4	2	

TABLA 13

CÁNCER CERVICO UTERINO. ETAPA II
HOSPITAL ONCOLOGIA, I.M.S.S. 1966

Años	1	2	3	4	5	6
Sin actividad	113	73	53	31	15	3
Con actividad	53	23	6	4	1	
Perdidos	13					
Muertos, con actividad	38	11	13	4	2	1
Total de perdidos, con y sin actividad tumoral: 70 pacientes.						

El número total de pacientes no está establecido, pero es de notarse que el número de deserciones es menor y que hay un control importante de pacientes en etapa Ia. El número total de pacientes perdidos en etapas II es de 70. Estos cuadros se presentan simplemente como una tabulación de la cual pueden inferirse algunos datos, pero no es posible establecer correlación, por no tener índices de sobrevivencias relativas, ni absolutas, ni curva actuarial, ni tabla de vida.

La presentación de resultados de las distintas instituciones es heterogéneo porque hay distintos criterios de análisis en todas ellas. No es posible establecer comparación mientras no se mejore el control periódico de las pacientes y se utilicen métodos similares, ya sean de sobrevivencias presentadas crudas e absolutas, las curvas actuariales o las tablas de vida.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. La frecuencia porcentual de etapas tempranas en los centros estudiados de nuestro medio, es muy baja. Hay, sin embargo, un incremento en los últimos años, especialmente en los cen-

tros en los que se hace una detección sistemática o que están asociados a hospitales generales.

2. En nuestro medio el tratamiento radioterápico es la terapéutica de elección como ataque primario en todas las etapas del cáncer cérvico uterino a excepción de la O en donde la cirugía tiene predominancia. La cirugía tiene indicación en las otras etapas en casos limitados y precisos.

3. El criterio radioterápico es básicamente similar en todas las instituciones. Se prefiere la radiación intracavitaria asociada a radiación externa, especialmente con telecobaltoterapia. Los avances más importantes han sido la individualización del tratamiento, una mejor dosimetría trans y postoperatoria y el control radiográfico sistemático de la irradiación intracavitaria. La radiación externa se hace de preferencia con supervoltaje, para radiar los parametrios o todo el contenido pélvico.

En conjunto se han mejorado los índices de sobrevivencia y las paliaciones son más constantes y persistentes en los estadios avanzados.

4. Hay un alto porcentaje de deserción entre las pacientes durante y poco

tiempo después del tratamiento, que hace la evaluación estadística con fines comparativos prácticamente imposible. Hay, sin embargo, una discreta mejoría en el porcentaje de enfermas controladas en algunos de los centros.

5. Es necesario uniformar los métodos de presentación de resultados, utilizando índices de curabilidad y de sobrevivencia crudos o absolutos, análisis actuariales o métodos de tabla de vida, en lugar de la simple tabulación o elaboración de porcentajes, frecuentemente no comparables.

6. El cáncer cérvico uterino es una enfermedad epidemiológicamente abatible y altamente curable en sus etapas iniciales con tratamiento adecuado. Para hacer esto valdadero y universal en nuestro ambiente es indispensable incrementar la detección sistemática del padecimiento y favorecer por todos los medios los controles periódicos de las enfermas tratadas. Los centros oncológicos estudiados cuentan con un equipo y una técnica adecuados para llevar al cabo un tratamiento apropiado.

RECONOCIMIENTO

Se agradece la colaboración del Sr. Dr. Guillermo Montañó, Jefe de la Unidad de Oncología del Hospital General de la ciudad de México, del Sr. Dr. Germán García García, Jefe del Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer y del Dr. Jesús Carranza, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social, por la información aportada para la colaboración de este trabajo. A los Dres. Armando López y Jesús Velázquez por su ayuda en algunas de las tablas presentadas. Igualmente al Dr. Julio C. Graham, Jefe de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, por los datos sobre enfermos operados en esa institución.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México. Características de 409 enfermos con tumores malignos en la República Mexicana. p. 16, 1959.
2. American Cancer Society. *Cancer, Facts & Figures*. American Cancer Society Inc. New York, 1966.
3. Day E. y Venet, L.: *Periodic cancer detection examination as a cancer control measure*. En: Proceedings of the Forth National Cancer Conference. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1960, p. 705.
4. García, G. y Cols.: *La detección de cáncer en el Hospital de la Mujer. Estudio de 34,833 mujeres*. Ginec. Obst. (Méx.) 17: 105, 1962.
5. Martínez, R.: *Resultados preliminares de la campaña del I.M.S.S. para el descubrimiento del cáncer cervicouterino*. Rev. Inst. Nac. Cancerología Méx. xico. Symposium sobre cáncer del útero. 1964. p. 470.
6. Kottmeir, H.L.: *Annual report of the treatment of carcinoma of the uterus*. Vol. 12, Stockholm, P.A. Norstedt & Söner, 1961.
7. Noriega Limón, J.: *Recientes adelantos en el tratamiento radioterápico del cáncer cervicouterino*. En: Actualidades en Ginecología y Obstetricia. A. de los Ríos y David Frago, Ed. México, 1954.
8. Fletcher, G.: *Text book of radiotherapy*. Philadelphia, Lea & Febiger. 1966.
9. Fletcher, G.; Rutledge F. N., y Chau, O.: *Policies of treatment in cancer of the cervix*. Am. J. Roentgenol. 87: 6, 1962.
10. Fletcher, G.: *En: Cancer of the uterine cervix, endometrium and ovary*. The University of Texas. M. D. Anderson Hospital. Year Book Medical Publishers, Inc., 1962.
11. Noriega, L.J. y López, A.: *Comparative study of supervoltage radiotherapy techniques in some pelvic malignancies*. Am. J. Roentgenol. 87: 488, 1962.
12. Fletcher, G.; Brown, T. C., y Rutledge F.N.: *Clinical significance of rectal and bladder dose measurements in radium therapy of cancer of the uterine cervix*. Am. J. Roentgenol. 79: 421, 1958.

13. Suit, H. D., Moore, E. B.; Fletcher, G. H., y Workshop, R.: *Modifications of the Fletcher ovoids system for afterloading using standard size tubes.*, Radiology 81: 126, 1964.
14. Lucci, J.: *Carcinoma of the cervix and pregnancy.* En: *cancer of the uterus, endometrium and ovary.* The University of Texas, M. D. Anderson Hospital, Year Book Medical Publishers, Inc. 1962.
15. Fricke, R. E., y Decker, D. G.: *Late results of radiation treatment for cancer of the cervical stump.* Am. J. Roentnol. 79: 32, 1958.
16. Sala, J. N., y León, A.: *Treatment of carcinoma of the cervical stump.* Radiology 81: 300, 1963.
17. Noriega Limón, J.: *Flebografía transoosa y linfadenografía en cáncer cervicouterino y otros cánceres intrapélvicos.* Ginec. Obst. (Méx.) 19: 1, 1964.
18. Morton, D. G.: *Neoplasms of the female genital system; an appraisal.* En: *Treatment of cancer and allied diseases.* Pack, T. G. y Ariel, Edit. Vol. 6. 2a. Ed. Mosby, Co., 1952.

COMENTARIO OFICIAL

DR. GUILLERMO MONTAÑO ISLAS¹

EL CORRER de los años, y la experiencia cada día más depurada en nuestras instituciones asistenciales, han hecho que los trabajos que los académicos presentan, vayan cambiando de carácter y de valor intrínseco, al externar en ellos, no simplemente doctrina abstracta, ni citas de autores extranjeros, sino que, al vaciar en ellos en forma cada vez más concisa y más firme nuestro criterio y nuestra propia experiencia en el manejo y en el tratamiento de nuestros enfermos los vuelve cada vez más valiosos y más útiles.

El cáncer cervicouterino por ser, como todos sabemos, la localización más frecuente de las neoplasias en nuestro medio, adquiere por este hecho características no sólo de un problema clínico, sino más aún la de un médicosocial, y es el que más se presta a un estudio clínico comparativo como el que ahora nos presenta el Dr. Noriega, con la idea, muy importante, de obtener a través de un muestreo panorámico una idea global, pero verdadera, acerca de la forma y

métodos en que las instituciones mexicanas especializadas abordan y enfrentan este tipo de cáncer, así como la de valorar los resultados en condiciones lo más objetivas posibles.

En la actualidad, como dice Noriega, se considera al cáncer cervicouterino como un padecimiento epidemiológicamente abatible, y con altos índices de sobrevivencia sin actividad tumoral. Ello en sí es un propósito y una meta cuya magnitud en la respuesta al tratamiento es la que se trata de valorar en el estudio del Dr. Noriega.

Como se ve no se trata de una comparación de tipo mecánico ni de una recopilación mecánica con proyecciones elementales de estadística: se trata de un juicio, resultado de un criterio de una experiencia personal y de una amplia familiaridad con el tema, y es justamente en ello donde radica su valor.

Yo participo básicamente, del criterio, de los conceptos, y de las consideraciones expuestas por Noriega en su trabajo y acerca de las cuales, dada la cortedad del tiempo, no entraré en detalles que, aunque ameritan consideración especial, quedan fuera del límite y de la dimensión de esta nota.

¹ Académico numerario, Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Prefiero enfatizar algunos aspectos que me parecen importantes:

1o. Este estudio global nos da idea de qué tan lejos o qué tan cerca estamos de los porcentajes de curación y de sobrevivencia aceptados universalmente por ser el resultado de la experiencia de las más importantes instituciones especializadas en el mundo.

2o. Pone de manifiesto en forma dramática la desconsoladora realidad que significa la pérdida tan elevada del paradero de enfermos, hecho este que no depende sino de un problema social.

3o. La imprescindible necesidad, dentro de lo posible, de el examen periódico siste-

matizado, único elemento que nos permitirá juzgar de la efectividad de nuestros tratamientos.

4o. La necesidad imprescindible que hay, además de uniformar sobre la ya muy vasta experiencia acumulada, las formas de tratamiento en relación con las distintas etapas clínicas y formas histológicas del cáncer cervicouterino.

Un trabajo de la naturaleza del que nos ha presentado el Dr. Noriega, requiere, además de esfuerzo y equilibrio, un buen criterio analítico; por todo ello me permito expresarle cordialmente mis felicitaciones.

COMENTARIO OFICIAL

DR. HORACIO ZALCE¹

DE LA SINTÉTICA pero muy amplia exposición presentada en este trabajo se desprenden, a mi juicio, conclusiones que, si bien son verdades parciales, no dejan de tener importancia.

Es verdad que los medios fundamentales han sufrido poco cambio. Lo es también, en el tratamiento del cáncer cervicouterino como lo demuestran numerosas y extensas estadísticas extranjeras, que el índice de mortalidad por este padecimiento decrece en función de profilaxis y tratamientos adecuados en las fases tempranas —lo que le hace “epidemiológicamente abatible”—, en clara proporción con el creciente número de éstas. Y aun cuando en nuestro medio, particularmente subdesarrollado merced a tantos factores, mencionados o implícitos en el trabajo, se esboza ya una tendencia a la elevación en el por ciento de casos “tempranos”, es este un hecho que debe preocupar, y muy

hondamente, a quienes trabajamos en centros oncológicos asistenciales. Y es que un ascenso tal debiera ir seguido —y en una campaña bien planeada, precedido— de un aumento paralelo o proporcional en los medios de diagnóstico y tratamiento, esto es, tanto de equipo, material y personal, como en el número de camas para atender a la demanda en aumento. De esto se infiere la necesidad impostergable de continuar solicitando muy firmemente de las autoridades u organismos responsables que se de atención a esta fase del problema. Y que no se arguya que el ascenso apenas se inicia, pues en la actualidad, en las circunstancias económicas sociales de nuestros nosocomios oficiales, los medios en cuestión son ya francamente insuficientes. Y esto en todos los renglones enumerados.

Llama la atención la disparidad extrema entre un inesperadamente bajo 22 por ciento de casos tempranos en el servicio privado analizado y el muy elevado 74 del Hospital de la Mujer. Y me parece muy certera la

¹ Académico numerario, Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

explicación en el sentido de la "tendencia quirúrgica" de los médicos (sobre todo ginecólogos) asociados a ese servicio privado. Lo que es una situación muy real, y que en verdad es extensiva a los servicios no oncológicos y a los cirujanos generales, en un nivel nacional.

Y esto me lleva a mencionar un punto en el que no puedo aceptar, sin específicas reservas, la afirmación de que en nuestro medio el tratamiento habitual de la neoplasia que nos ocupa sea el radioterápico. Aun cuando las afirmaciones estén circunscritas a los centros oncológicos, creo imperioso señalar que un considerable por ciento de casos dentro de la capital, uno mucho mayor en las ciudades que cuentan con equipo y material para radiación, y en forma casi universal en el resto de nuestra dilatada y no muy iluminada provincia, es manejado quirúrgicamente. Corolario de este convencimiento es el intento de enseñar a nuestros residentes el modo adecuado de enfocar el problema y de ejecutar técnicamente la cirugía pélvica mayor: tanto la histerectomía radical como las exenteraciones que de hecho, y dicho sea de paso, no han caído en "desuso". Se trata de evitar el lamentablemente frecuente error de que se hagan histerectomías supracervicales por cáncer del cérvix y al mismo tiempo prevenir el cáncer del muñón cervical. Ya en otras ocasiones he afirmado que la enferma que cae en manos del radioterapeuta puro —entidad que tiende a desaparecer, substituida por el oncólogo especializado en radioterapia— tiene un pronóstico infinitamente mejor que aquella que es manejada por el cirujano general o el ginecólogo no informados— entidades éstas que persisten y aún no tienen substitución, numéricamente importante, por el oncólogo especializado en cirugía. Con las muy honrosas excepciones de algunos representantes de alto nivel de ambas disciplinas, excepciones que dan validez de regla general al aserto.

Para mostrar la gruesa proporción y la tendencia en el manejo del cáncer cervicouterino durante los últimos años en la Uni-

dad de Oncología del Hospital General de la S.S.A., se presentan las dos siguientes tablas:

RADIUM

	<i>Cirugía</i>	
	<i>Histerectomía radical</i>	<i>Exenteración</i>
1964	184	
1965	215	56
1966	265	60
1967 (1er. trim)		24

EXENTERACIONES

	<i>Ant.</i>	<i>Post.</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>
1965	7	2	11	20
1966	5	2	11	18
1967 (1er. trim.)	2	1	6	9

Entre las modificaciones en la técnica de radiación que menciona el Dr. Noriega, siendo las cuatro importantes, merece especial comentario la última, la referente a la carga diferida, término particularmente feliz para designar el "after loading" inglés, que aun cuando muy descriptivo, añadiría un barbarismo más a nuestro ya bien poluto lenguaje. Esta técnica, que toma en cuenta la máxima protección al médico, brinda a la enferma óptima ejecución del plan terapéutico y la posibilidad de verificación sin exposición innecesaria a ninguno de los dos. Desafortunadamente, y regresamos a la palinodia, requiere más equipo, más tiempo y más personal, con la consecuente repercusión en la nómina.

Un punto muy interesante es el de la deserción, tremenda plaga que se abate sobre todos nuestros intentos de elaboración de estadísticas que sean honestas y útiles. Tal parece que bajo nuestras condiciones económicas, en este capítulo, honestidad y utilidad son, por lo menos, incompatibles.

De los seis puntos de su Resumen y Conclusiones, el primero y el tercero son absolutamente inobjectables.

El segundo a mi ver debe tomarse con las reservas apuntadas en cuanto a lo que es "nuestro medio". Y en cuanto a que la cirugía, como arma más fácilmente disponible en plan nacional, debe ser manejada más ampliamente, a condición de tratar de elevar el nivel técnico y el criterio oncológico de los ejecutantes.

En el cuarto, valdría la pena considerar los motivos de desertión. Creo que en los casos institucionales la pobreza y la ignorancia son los principales factores que a ella concurren. Por otra parte, no es infrecuente el hecho de que una enferma abandone una institución para recurrir a otra, las más de las veces sin notificación a la primera y casi siempre tratando de ocultarlo, con la indeseable multiplicación de esfuerzo médico y de desperdicio en material consecuente. En la práctica privada esto ocurre cuando el enfermo va de un médico a otro o, lo que está sucediendo ahora con alarmante y deprimente frecuencia, se van al extranjero, a instituciones con excelente publicidad y a veces paralela organización.

El quinto punto es un real desiderátum. Y es alcanzable, en el nivel institucional, pero a condición de que haya una reglamentación oficial y un mecanismo para instrumentar su cumplimiento. Algo semejante trató de hacer el Comité Técnico Nacional de la Campaña contra el Cáncer, organismo (el Comité) ya inexistente. Lo mismo se ha tratado de hacer a nivel de sociedades científicas y creo que nuestra Corporación, en su papel de órgano consultivo del Gobierno, debiera promover la creación de tal reglamentación. Sin un patrón uniforme de elementos de juicio es imposible comparar con buen fruto los datos estadísticos de que disponemos, por magros que sean comparados con los obtenidos en otros países.

La frase final del sexto y último punto, siendo cierta es, sin embargo, incompleta: nuestros centros oncológicos cuentan con equipo y técnica adecuados, *SI*, pero suficientes, *NO*.

Una vez más el Dr. Noriega presenta un trabajo que, siendo el resultado de amplia experiencia y firme criterio es muy valioso por su contenido y por sus implicaciones.