

Ginecología y Obstetricia

Vol II

JUNIO, 1956

Nº 2

Trabajos Originales

TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

R. W. TE LINDE, M. D. *

Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md.

ANTES de considerar particularmente el tratamiento del carcinoma del cuello, es necesario referirnos brevemente a los métodos de diagnóstico y la clasificación del proceso en sus varias etapas. Nuestra interpretación del diagnóstico, así como su clasificación tiene una influencia muy importante en nuestra elección del tratamiento en cada caso individual. Con el uso tan desarrollado de la citología y la biopsia, muchos casos tempranos pueden ser descubiertos, los cuales no hubieran sido reconocidos diez o más años atrás. Algunos de éstos están en la etapa preinvasiva cuando la enfermedad es todavía curable en un 100 %

Cuál debe ser nuestra línea de conducta cuando recibimos un informe citológico positivo obtenido de un cuello que no presenta una lesión apreciable? La respuesta es que nosotros debemos hacer un diagnóstico absoluto, tomando múltiples biopsias del cuello. Si existe una área sospechosa se debe tomar biopsia de por lo menos cuatro zonas del orificio externo así como una o dos del canal cervical; si no hay una área visible de sospecha, igualmente debe practicarse múltiples tomas. En el estudio de la biopsia, es indispensable determinar si la lesión es o no microscópicamente invasiva. Si todas las láminas examinadas son negativas, debe practicarse un curetaje bajo anestesia de la cavidad endometrial y conización del cuello al bisturí. El cono de tejidos así obtenido debe ser cortado en muchos blocks y muchas secciones deben hacerse de cada uno de ellos. Un estudio tan cuidadoso es necesario porque aún

* Miembro Honorario de la Soc. Per. de Obst. y Ginec.
Prof. of Gynecology, Johns Hopkins University and chief Gynecologist, Johns Hopkins Hospital.

con los mejores citólogos siempre hay un pequeño porcentaje de error. Con el cáncer cervical avanzado, el porcentaje de falsos diagnósticos puede llegar tan alto como al 10 % debido a la sangre y el tejido necrótico en la secreción, pero en los casos iniciales, el porcentaje de error es mucho menor. Por ejemplo, la secreción, que se obtiene de pacientes sin síntomas, en nuestro centro detector, muestra un porcentaje de 1.4% de falsos positivos, mientras que en el mismo grupo de pacientes, el porcentaje de falsos negativos era de 0.6%. Además de practicar biopsias para tener un diagnóstico exacto, es también muy importante el hecho de juzgar el estado del avance de la enfermedad porque es nuestra opinión de que diferentes estados de la lesión deben ser tratados diferentemente. El cáncer pre-invasivo es tratado en nuestro hospital quirúrgicamente, mientras que el cáncer invasivo, aún en sus estados iniciales, se trata con irradiaciones. Nuestras razones para esta conducta serán discutidas más adelante, pero se menciona aquí, sin embargo, para indicar la importancia de clasificar la lesión lo más exactamente posible antes del tratamiento definitivo.

Considerando el tratamiento, vamos a ocuparnos primeramente del estado 0, lo que comunmente es llamado cáncer pre-invasivo o carcinoma-in-situ. Este tipo de lesión había sido antiguamente observado microscópicamente pero su significado ha sido apreciado sólo últimamente. En el libro de Cullen, titulado "Cáncer del Utero", publicado en 1900, existe una excelente reproducción de esta lesión, descrita como cáncer del cuello uterino inicial. Rubin en 1910 describe también 2 casos similares. Schottländer y Kermauner en Alemania citan la lesión que se presentaba alrededor de un carcinoma del cuello, opinando ellos que esto representaría el modo cómo algunas lesiones cervicales avanzadas se desarrollarían en superficie. Schiller concibió la idea de que el cáncer cervical puede iniciarse como una lesión superficial y permanecer en esta forma por meses y aún por años antes de ser invasivo; sin embargo no existió en su época mucha evidencia de que esta lesión superficial tuviera una relación definitiva con el cáncer del cuello tipo invasivo. Galvin y yo tratamos de establecer esta relación. A todas las pacientes que fueron tratadas con una histerectomía total por supuestas lesiones benignas, se les practicaba previamente biopsias del cuello. En un pequeño porcentaje de estos casos se encontró cáncer pre-invasivo. Después de la operación, todo el cuello se cortó en blocks haciéndose múltiples secciones. En 72 de 108 de tales cuellos, se encontró cáncer microscópico por debajo de la superficie epitelial; en muchos casos solamente las glándulas fueron invadidas por las células cancerosas, pero en otros hubo verdadera invasión del estroma. El problema fué también atacado clínicamente mediante el estudio de láminas de biopsias tomadas a mujeres en nuestra clínica de cáncer, de 1 a 17 años antes de haberse desarrollado cáncer clínicamente demostrable. Los blocks de tejido estaban aún en nuestro laboratorio y en un re-estudio se encontró cáncer-pre-invasivo en 11 de 13 de tales casos. Esto nos hace pensar de que el cáncer invasivo frecuentemente, si no siempre, es precedido por la etapa pre-invasiva por un

número de años. No creemos sin embargo de que todo caso de cáncer pre-invasivo eventualmente se convierta en invasivo porque el desarrollo del mal es a veces tan lento que seguramente algunas mujeres mueren de alguna otra enfermedad antes de que éste llegue a la etapa invasiva. Habiéndose establecido entonces ese hecho, se nos presenta que el cáncer pre-invasivo ofrece una excelente oportunidad para atacar el mal cuando aún es curable.

Nosotros originalmente comenzamos el trabajo como un experimento y en muchas de nuestras enfermas, la histerectomía había sido planeada como tratamiento de lesiones uterinas benignas co-existentes. Hasta ahora hemos operado 200 mujeres con cáncer pre-invasivo del cuello. algunas de ellas hace más de 12 años; todas están clínicamente libres de la enfermedad. La operación que nosotros hemos practicado es algo más radical que la que se hace por una lesión benigna. Alrededor de 2 cms. del parametrium es extraído, y más importante aún, una buena porción de la vagina se extirpa con el cuello. Nosotros creemos que esto es muy necesario porque frecuentemente la lesión, aún superficial, puede ser extendida sobre el cuello. No hemos tenido recidivas sobre la vagina, pero 3 de ellas han sido referidas por Meigs y su grupo de Boston.

Ocho de nuestras pacientes con cáncer al cuello uterino en estado O fueron tratadas con radiaciones por existir contraindicaciones médicas para la cirugía. Siete de ellas están bien y una murió con cáncer metastásico 6 meses después de haberse iniciado el tratamiento. Esto es un curso muy poco común en un caso de cáncer pre-invasivo y es posible que haya sido invadido en el momento del tratamiento.

Desde que el carcinoma pre-invasivo frecuentemente ocurre en mujeres jóvenes, nosotros preferimos la cirugía a las irradiaciones porque nos permite conservar la función ovárica. Como el ovario es una zona de metástasis tardía del cáncer cervical. creímos justificada la conservación del ovario en las pacientes jóvenes.

Desde que todas nuestras pacientes histerectomizadas se encuentran bien, nace el interrogante si es que acaso fueron tratadas más radicalmente de lo que necesitaron. Procedimientos menores, tales como amputación del cuello, conizaciones, y aún electro-coagulaciones han sido intentados. Paul Younge de Boston ha seguido cuidadosamente un grupo de pacientes con este tipo de tratamiento; muchas de sus enfermas permanecen bien y algunas de ellas han tenido bebés. Sin embargo, 14 de un grupo de 41 enfermas así tratadas han necesitado posteriormente nuevo tratamiento por cáncer cervical. En vista de estos dudosos resultados, no me parece justificarse tales tipos de terapia.

La difusión del tratamiento presentada anteriormente se refiere exclusivamente al estado pre-invasivo del cáncer cervical. Desafortunadamente, nosotros vemos muchos más casos de cáncer invasivo en que van desde el grado I limitado al cuello hasta el IV extendido a otros órganos y frecuentemente con metástasis a distancia. Existe casi un acuerdo uniforme entre los ginecólogos, que las pacientes en estados II, III y IV, deben de ser tratadas

por la combinación de radium y radioterapia profunda; en cambio existen algunas discrepancias de opinión en relación con la preferencia de cirugía o radiaciones cuando la lesión se encuentra en el grado I. La mayoría de los ginecólogos están de acuerdo en que tanto las radiaciones como la histerectomía con linfadenectomía radical tiene su lugar en el tratamiento del mal en este grado. La diferencia de opinión radica en la elección de los pacientes por uno u otro de los métodos. En los días del pre-radium, la histerectomía a la Wertheim fué practicada intensamente en nuestro Hospital, en los casos de cáncer invasivo inicial. Después el radio se hizo presente y gradualmente fué desplazando a la cirugía. Los mejores resultados con las irradiaciones y sus menores complicaciones justificaron su preferencia. Con la ayuda dada por las transfusiones, quimioterapia y antibióticos, Meigs de Boston pensó que la cirugía radical asociada a la linfadenectomía podría ofrecer mejores perspectivas. Comienza entonces a seleccionar pacientes con lesiones de grado I de cáncer cervical, delgadas, sin riesgo quirúrgico, y por debajo de los 50 años. Mientras que anteriormente la mortalidad operatoria en esta operación estaba alrededor de 10%, Meigs practicó una larga serie de operaciones sin ninguna mortalidad. Comenzando aproximadamente al mismo tiempo el Servicio de Ginecología del Hospital Johns Hopkins, decidió un curso diferente en su acción; nosotros tratamos a nuestras pacientes de grado I con radiaciones y solamente practicamos cirugía radical en aquellos casos que no respondían a este tipo de terapia y a los que presentaban recurrencias en el cuello uterino solamente. La falta de respuesta a la terapia por radiaciones es usualmente evidente dentro de las 6 a 8 semanas. Suficiente tiempo ha transcurrido hasta la actualidad de esta experiencia, así que una comparación de estos dos puntos de vista puede hacerse.

Los resultados de tratamientos en varios hospitales del mundo han sido publicados recientemente por Heyman de Estocolmo. Las últimas estadísticas a la mano de 5 años de supervivencia son la de las pacientes tratadas en 1948. Durante este año, 67 enfermas recibieron tratamiento en el Hospital Johns Hopkins de cáncer cervical uterino. Tres de éstas solamente fueron tratadas quirúrgicamente por fracaso de las irradiaciones. En 1953, 46.3 % estaban vivas y aparentemente libres de cáncer. Durante el mismo año de 1948, el grupo de Boston trató 80 pacientes con cáncer cervical, de veintidós de éstas tratadas quirúrgicamente, de acuerdo con el plan arriba mencionado 43.8% estaban vivas y aparentemente libres de cáncer en 1953. En otras palabras, existió muy poca diferencia en el porcentaje de curaciones entre los dos grupos y ciertamente nada fué ganado por el grupo de Boston, por el aumento en su porcentaje de cirugía.

Desde que la mayoría de intervenciones del grupo de Boston fué realizada en casos grado I, comparemos los resultados de ambos hospitales en pacientes de ese grado. Durante 1948, veintiún casos de cáncer uterino grado I fueron tratados en Johns Hopkins, solamente 3 de ellos quirúrgicamente, éstos fueron por fracaso de las radiaciones. En 1953, 85.7 % de estas enfermas

vivían y aparentemente libres del mal. Los de Boston trataron durante el mismo año 36 casos grado I, 18 recibieron tratamiento primario por la operación de Wertheim y los demás por radiaciones. Cinco años después, solamente 58.3% estaban vivas y aparentemente libres del mal. Nosotros creemos haber salvado unos pocos casos por cirugía que fueron resistentes a las radiaciones, pero a la vez se ve de un modo evidente por las anteriores estadísticas que más vidas pueden salvarse con tratamiento inicial por radiaciones que con cirugía, aún cuando la lesión sea limitada al cuello. Esperamos que llegará el tiempo en que efectivamente estaremos capacitados para definir antes de la elección del tratamiento, cuáles tumores son resistentes a las irradiaciones y de este modo proceder directamente con cirugía, sin la pérdida de tiempo de un fracaso en el tratamiento con radiaciones.

CONCLUSIONES

- 1) El tratamiento de elección para el carcinoma-in-situ del cuello uterino es histerectomía total con una buena parte de la porción superior de la vagina.
- 2) El tratamiento de elección para el cáncer invasivo del cuello estados I al IV, es irradiaciones por medio de radium y radioterapia profunda de la pelvis.
- 3) Histerectomía radical con disección linfática deberá ser reservada para aquellos casos de grado I que hayan fallado al tratamiento con las radiaciones, o que presentan recurrencias locales.

CONCLUSIONS

1. The treatment of choice for carcinoma-in-situ of the cervix is total hysterectomy with an ample cuff of the vagina.
2. The treatment of choice for invasive carcinoma of the cervix (Stages I to IV) is irradiation, by means of radium applied directly to the cervix and deep x-ray therapy to the pelvis.
3. Radical hysterectomy with lymph node dissection should be reserved for those cases of Stage I cervical cancer which fail to respond to irradiation or recur locally.