

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO (\*)

DR. LUIS ESTEVES F. (\*\*)

(Con la colaboración del Dr. Eduardo Valdivia P.) (\*\*\*)

**P**RESENTAMOS algunas consideraciones sugeridas por la experiencia adquirida en ochentitres pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por carcinoma cérvico-uterino, en un período de dos años y medio (1º de junio de 1952 a 31 de Diciembre de 1954), de un total de 1005 pacientes portadoras del cáncer del cervix, en distintas etapas de evolución clínica, vistos en el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, durante el mismo período de dos años y seis meses. No ha existido una norma definida en la distribución de casos para tratamiento quirúrgico o por radiaciones.

La corta serie de enfermos operados traduce un esfuerzo, reinante por lo demás desde hace algunos años en varios centros americanos y europeos, para mejorar resultados, ante el fracaso de la radioterapia en una apreciable proporción de casos. No ha de extrañar, por tanto, que no señalemos un índice de operabilidad, ni deduzcamos conclusiones sobre la base de porcentajes; mas aún, cuando esta serie está constituida por un conjunto de pacientes no seleccionados, en oposición a otras publicadas en los últimos dos o tres años.

La cirugía radical del cáncer uterino del último decenio se desarrolla todavía, no obstante, sus ya buenos y promisoros resultados, en un ambiente de opinión recelosa, quizás adversa, por lo menos "atrincherada", a decir de John Burch, de Nashville, a causa de sus desastrosas consecuencias en una larga etapa anterior a los últimos 15 años; cuando ella, con técnicas y procedimientos defectuosos y siempre insuficientes y sin los recursos modernos, era la única posibilidad de tratamiento para el cáncer, especialmente antes del advenimiento de las radiaciones; y en particular del informe del cirujano neoyorkino Abbe, en 1906, sobre "numerosos casos de carcinoma del cuello curados con curieterapia" que, podría decirse, sepultó las tentativas quirúrgicas de aquella época. Sólo con valor histórico cabería citar las amputaciones del cuello, las histerectomías parciales, las totales vaginales y las totales abdominales practicadas sin método, ni sólido fundamento anátomo-patológico, anteriores a la época de Wertheim, quien en 1898 propuso y practicó una operación bien reglada que, denominó "operación abdominal ampliada para el carcinoma del cuello uterino"; sustentada en el concepto, fruto de sus

---

(\*) Trabajo presentado en la Tercera Sesión Interamericana del American College of Surgeons, 11 - 14 Enero 1955, Lima.

(\*\*) Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.

(\*\*\*) Asistente en el mismo Servicio.

investigaciones sobre propagación del carcinoma, de que aún en los casos poco evolucionados el cáncer ya estaba propagado al parametrio; y cuya técnica es ampliamente conocida.

El tratamiento quirúrgico moderno, actual, para los estadios I y II de carcinoma cérvico-uterino, que Wertheim intentó curar con su operación, difiere notablemente de esta por su amplitud, por su radicalidad efectiva cuando se le ejecuta correctamente, y reposa sobre una verdadera doctrina.

El conocimiento anátomo-patológico precisó de los modos y vías de propagación del carcinoma del cuello, establecido por los trabajos de Leveuf, Taussig, Nathanson, Henriksen, Morton y Taylor y complementada por Bonney, Meigs y Brunschwig, ha permitido sentar las bases de la operación radical en lo que se refiere a su amplitud.

Bonney esquematiza el modo de propagación, diciendo que se cumple en dos formas: por infiltración y por "permeación"; esto es, por extensión en continuidad y por vinculación de elementos tumorales a través de los conductos linfáticos y colonización en los ganglios; agregando que las principales líneas de conducción linfática, en el caso del cervix, son pocas y simples y corren directas hacia afuera, a través del parametrio, a los ganglios obturadores, hipogástricos e ilíacos externos y hacia abajo a la pared vaginal. Por tanto, si la operación pretende ser curativa, debe remover, a ser posible en un solo bloque, el órgano asiento de la lesión y el tracto linfático en conexión con él.

Por otra parte, el tratamiento quirúrgico radical está justificado e impulsado por los siguientes hechos de constatación clínica y patológica, en numerosos casos y por diferentes escuelas, como son:

- 1) que existe una resistencia, de parte del tumor o el huésped, o ambos, frente a las radiaciones, demostrada por el fracaso de éstas en ciertos casos incipientes y de fácil tratamiento;
- 2) que hay la evidencia de que con los procedimientos actuales la radioterapia no cura las metástasis ganglionares, aunque en algunos pocos casos produzca cambios en el tumor secundario; como lo comprueban múltiples operaciones practicadas en pacientes previamente irradiadas;
- 3) que no se dispone hasta el momento de ningún criterio o procedimiento que permita establecer definitivamente la sensibilidad o resistencia del tumor a las radiaciones y, por ende, a la elección del mejor tratamiento.

Además, desde el punto de vista espiritual, si se acepta correcta la expresión, satisface más la evacuación del órgano asiento del tumor y de sus propagaciones, por esperar los cambios, favorables o no, completos o incompletos, producidos por las radiaciones en los pacientes que se someten a ellas.

La operación radical para el carcinoma infiltrante, invasor, del cuello uterino en sus estadios iniciales I y II, denominada histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, debe consistir siempre en la extirpación del

útero, anexos, los dos tercios o tres cuartos superiores de vagina, de todos los tejidos por fuera de la vejiga hasta la pared pelviana, del parametrio, paracérvix y paracolpos, incluyendo el retinaculum, llegando en profundidad hasta la fascia que cubre la cara superior del elevador del ano, del tejido pararectal; de los ganglios ilíacos primitivos, ilíacos externos, obturadores e hipogástricos, y del peritoneo del fondo de saco de Douglas, hasta la altura de la arteria ureteral media. Omitimos los detalles de la técnica operatoria, consignados por los demás en múltiples comunicaciones recientes y aún en modernos textos de cirugía ginecológica; pero sí insistiremos en algunos tiempos que consideramos fundamentales en el cumplimiento de una meticulosa y amplia exéresis.

Así como en el cuello no podría hacerse una disección ganglionar correcta sin extirpar la arteria carótida externa y la vena yugular interna, en la disección pelviana creemos — y en esto discrepamos de Meigs— que es necesario desecar sistemáticamente la hipogástrica, desde el nacimiento de la arteria para el uréter, a poco de la bifurcación de la iliaca común, y de su terminal la umbilical obliterada. Sólo así es posible extirpar por completo el tejido célula-grasoso paravesical y obtener un buen acceso a la fosa obturatriz.

A pesar del riesgo de hemorragia grave que puede implicar, la vena hipogástrica deberá eventualmente ser sacrificada, cuando se sospeche o se constate compromiso ganglionar. La situación de este vaso debe ser perfectamente conocida, del cirujano: yace comunmente a dos o dos y medio cm. por debajo de la arteria del mismo nombre; así como de las ramas que dan nacimiento a dicha vena que forman, por así decir, un verdadero plexo en abanico.

No debe esperarse la constatación o sospecha de positividad de los ganglios ilíacos externos para remover los del grupo de la iliaca primitiva, como insinúa Bonney, sino que sistemáticamente debe hacerse; algo más, la linfadenectomía debe comenzar siempre por dicho grupo.

Al extirpar los ganglios linfáticos debe hacerse en conjunto con el tejido areolar, perivascular, incluyendo la condensación o vaina vascular, poniendo cuidado y delicadeza en el caso de las venas, por la fragilidad de ellas, que obliga a recurrir en ocasiones a ligaduras laterales o a la ligadura total y sección del tronco principal, como único modo de detener las importantes hemorragias que su lesión acarrea.

Las recurrencias locales, es decir en el muñón vaginal, apreciadas en una cierta proporción de operados, impone que por lo menos dos tercios, si es que no tres cuartos de vagina sean comprendidos en la exéresis. Esto es perfectamente practicable por vía abdominal, requiriendo solamente que el cirujano se habitúe a una extensa movilización de la vejiga y del recto. La totalidad de vagina es así extirpada en las exenteraciones pelvianas. Por ello también, no creemos necesario la ejecución de este tipo de operación por dos equipos que actúen sincrónica o simultáneamente por vía abdominal y perineal, como lo ha propuesto Howkins.

---

 TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO
 

---

1 — Ca. in Situ.	{	1 — Histerectomía total ampliada (vagina y parametrio) (conservación ovario o no)	
		2 — Conización cervical (electrobisturí).	
		3 — Amputación alta del cuello.	
2 — Cáncer invasivo Estado I y II.	{	1 — Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral.	
		2 — Linfadenectomía transperitoneal. (Previco trat. por radiaciones).	
		3 — Linfadenectomía extraperitoneal.	
		4 — Histerectomía radical con linfadenectomía por vía ab- cúmimo-perineal simultánea.	
3 — Estado III y IV.	{	1 — Exenteración pelviana:	
		a. parcial	{ 1 — anterior.
		b. total	2 — posterior.
4 — Operaciones atípicas, ocasionales.	{	1 — Histerectomía radical con resección económica de vejiga.	
		2 — Histerectomía radical con resección económica de recto.	
		3 — Histerectomía radical con resección parcial de uréter, seguida de implantación.	
5 — Operaciones paliativas en pacientes de precaria condición.	{	1 — Nefrostomía.	
		2 — Derivación de uréteres.	
		3 — Colostomía.	

---

Sobre estas bases hemos tratado siempre de ejecutar las operaciones radicales que hemos practicado.

Es ésta una operación difícil, laboriosa y delicada que exige del cirujano capacitación, experiencia y, por qué no decirlo, condiciones morales para su realización. Ajustada estrictamente a los principios y lineamientos que hemos enumerado, implica muchas veces, especialmente en el comienzo de serie, importantes y graves riesgos en el acto operatorio y acarrea complicaciones y secuelas inmediatas y lejanas, que pesan activamente en contra de su indicación. La muerte por hemorragia incontrolable y el shock irreversible existen en todas las comunicaciones y estadísticas de los que abordan la cirugía radical del carcinoma del cuello uterino en los últimos años (Brunschwig refiere cuatro casos en el último año con muerte en el quirófano); las infecciones y las lesiones de órganos vecinos que culminan en fístulas existen en todas las comunicaciones y estadísticas; disminuyen a medida que el cirujano adquiere dominio de la técnica, pero, de todos modos, siempre están representadas por un porcentaje hasta la fecha no excluido. No obstante, la intervención debe cumplir siempre los requisitos básicos de amplitud y meticulosidad. Por ello, cuando se le practica con un verdadero sentido de responsabilidad implica un porcentaje de mortalidad, mayor o menor, según la etapa de trabajo del cirujano; nulo excepcionalmente en las estadísticas de cultores muy experimentados como Meigs, Brunschwig, David Currie, etc.

El cirujano debe poseer recursos que le permitan afrontar y resolver

favorablemente los accidentes operatorios que eventualmente puedan surgir. Debe aprender a no confiarse excesivamente en los medios que la cirugía moderna pone a su alcance y tener siempre presente que el cumplimiento de una correcta técnica sigue siendo y será siempre el principio que fundamenta y conduce a los mejores éxitos en las intervenciones quirúrgicas.

El taponamiento sobre material hemostático absorbible (Gelfoam) en la zona sangrante, después de razonables intentos para detenerla, debe estar presente en la mente del cirujano en los casos de grave hemorragia. Excepcionalmente la pinza dejada a permanencia (por tres o cuatro días). Una justa valoración del tiempo operatorio, especialmente en los casos de accidentes o complicaciones que demandan una etapa adicional, para evitar en lo posible el shock y desequilibrio electrolítico irreversibles, es indispensable. La anestesia técnica y eficientemente conducida y la adecuada reposición de sangre y fluidos, en lo posible sobre la base de apreciación de pérdida, contribuyen decididamente al buen éxito.

La selección y cuidadoso estudio y preparación del paciente son, como en toda cirugía de importancia, esenciales. Por todas estas razones, la cirugía radical para el carcinoma del cervix, no debe ser abordada en todos los centros quirúrgicos, ni por todos aquellos que se crean capacitados para cumplirla; sino en las instituciones convenientemente dotadas para tal fin y por quienes cuenten con importante experiencia y preparación previa para ejecutarla.

Las intervenciones insuficientes, incompletas no sólo no benefician al enfermo, sino que le ocasionan efectivo perjuicio. Posiblemente conducirán al cirujano a exhibir índices de mortalidad y morbilidad operatorias bajos o nulos, a cambio de deplorables resultados apreciados en cinco años, y contribuirán en forma inexcusable al descrédito de tan importante medio de tratamiento.

En la reparación de las complicaciones mediatas acarreadas por la operación, cuenta también en forma importante la experiencia y capacidad profesionales. Muchas fistulas urétero y vesicovaginales curan solas, en un período de varias semanas a un año, si se contribuye con drenaje, permanente y prolongado de la vejiga y tratamiento por antibióticos y sulfamidados de la infección que siempre implican, durante una etapa de inteligente expectación. No debe haber, pues, precipitación para practicar una nefrectomía secundaria, una implantación de uréteres en vejiga, colón o piel, o para una reparación plástica de fistulas. A veces una colostomía temporal se hace útil o necesaria.

Los trastornos de la vejiga y recto que subsiguen al acto operatorio por varias semanas a seis meses o más, presentes en alta proporción de casos de las mejores estadísticas, e interpretados como una obligada secuela de su real amplitud y correcta ejecución, son atribuidos al daño inferido a la intervención de dichos órganos. Meigs aconseja por ello no reseca la arteria hipogástrica y su terminal obliterada y así lo ha hecho; pero aquello es indispensable en nuestro concepto como ya lo hemos anotado. De los 33 casos que pre-

sentamos, en 80 por ciento hemos extirpado dichos vasos y en 20 por ciento no, sin que hayamos podido apreciar diferencias saltantes en la evolución de estos trastornos de disfunción vesical o rectal. Por Brunschwig y Meigs se aconseja ultimamente mantener el drenaje permanente por sonda de la vejiga durante dos, y hasta cuatro meses, desde el momento de la operación, como un medio de suprimir la sobredistensión vesical y la movilización por tracción de los uréteres en el período de adherencia de éstos, como medida de prevenir o remediar dichas secuelas funcionales. En todo caso, la vigilancia y evacuación de la orina residual son indispensables en todos los pacientes operados; así como la educación de éstos, en el sentido de ayudar convenientemente la evacuación vesical, de preferencia cuando la enferma pierde la sensación de plenitud de la vejiga o recto.

Todos estos hechos y razones y el nutrido haber de la radioterapia, con muchos millares de enfermos sometidos a ella, frente a la cirugía radical, nueva y delicada en su concepto moderno, con una opinión prevenida, han determinado que las radiaciones sean hasta ahora el método de elección para el carcinoma del cuello uterino, si se considera el número de centros en los que se practica de modo preferencial o exclusivo. No es posible decir hasta ahora si un tratamiento es mejor que el otro, pero la cuidadosa y serena crítica de los más recientes resultados comunicados por escuelas de indiscutible prestigio permite señalar a la cirugía un importante papel al lado de la radioterapia.

Por tanto, al decidir con sereno juicio el tratamiento quirúrgico del carcinoma del cervix en sus estados clínicos I y II, el cirujano debe tener siempre en mente que está tomando bajo su responsabilidad un paciente que, por anticipado, tiene ya un 75 % a 80 % para el primer caso, y un 60 % a 65 % para el segundo, de posibilidades de curación por las radiaciones, y que al inclinarse por la cirugía lo hace con el sincero propósito de aumentar dichas posibilidades, consciente de su capacidad y preparación; por consiguiente, insistimos en que la ejecución de esta delicada intervención debe ser cumplida en la forma más meticulosa y extensa posibles, esto es, realizada con plena y depurada conciencia del acto que se acomete; ya que tratamientos que no se ajusten a las pautas indicadas han de rendir resultados inferiores a los que, con menor riesgo, ofrecen las radiaciones. Una efectiva capacitación y experiencia para tales intervenciones sólo puede ser lograda a través del tiempo y por el número de casos. De allí que creemos que el comienzo de serie no puede ni debe pesar en las estadísticas de las escuelas quirúrgicas que abordan el tratamiento cruento del carcinoma cervical inicial.

Merece mención especial el carcinoma del muñón cérvico uterino, afección que hasta hace pocos años ha sido de pésimo pronóstico. Los muy pobres resultados en importantes estadísticas, no más del 14 %, obtenidos con el tratamiento con radiaciones, son debido, aparte de los factores generales para el carcinoma cervical (radio resistencia, ineficacia sobre la metástasis ganglionares, recurrencia subsiguiente o adecuada radiación), a dificultades técnicas para la aplicación del radium, que limitan o imposibilitan su empleo

y a una mayor incidencia de complicaciones, en particular fístulas vesicovaginales, a causa de las condiciones anatómicas que subsiguen a la histerectomía.

La cirugía radical ofrece actualmente mejores expectativas para esta modalidad de cáncer cervical; debiéndose clasificar desde el punto de vista diagnóstico y quirúrgico en la misma forma que el cáncer cervical con útero completo; esto es estados I y II susceptibles de tratarse por histerectomía radical con linfadenectomía pélvica, y exenteración pelviana para los estados III y IV.

Tres casos de nuestra serie han sido carcinomas de muñón cervical tratados exclusivamente por cirugía.

Por otra parte, desviándonos brevemente del motivo del presente trabajo, haremos una rápida mención del adenocarcinoma del cuerpo uterino. El hecho de que la histerectomía total con extirpación de anexos y del parametrio adyacente, con radiación previa, no rinda más de 65 % a 75 % de supervivencias de 5 años; así como la observación de que en 20 % aproximadamente de casos existía adenocarcinoma activo en ganglios ilíacos, en enfermos operados algunos meses (3 a 6) después de adecuada radiumterapia, induce a pensar que un tipo de intervención más radical, que la considerada adecuada hasta ahora para el carcinoma del endometrio ha de conducir a mejores resultados. La observación última de dos casos, uno operado hace 8 años y otro 7, ambos con radiación previa, que han presentado después de ese tiempo, el primero recurrencia en parametrio y el segundo en parametrio y ganglios, nos afirma aún más en el criterio de ampliar el tratamiento quirúrgico.

#### EXENTERACIONES PELVIANAS

En los últimos 8 años el carcinoma avanzado del cuello uterino (estados III y IV) ha encontrado una posibilidad de tratamiento con la práctica de las exenteraciones pelvianas, ideadas por Alexander Brunschwig con fines paliativos y sustentadas por el hecho de constatación clínica y patológica de que en cierto número de casos, el cáncer del cervix se extiende y progresa localmente antes de que se produzcan metástasis a distancia; permaneciendo durante algún tiempo con el carácter de cáncer pélvico, susceptible de ser tratado por amplia exéresis de las vísceras pelvianas; perdiendo así su condición de definitivamente intratable.

Muchos de los pacientes tributarios de estas operaciones han recibido previamente irradiación intensiva, en oportunidades repetida, excesiva no raras veces, determinando con ello una condición de radionecrosis extensiva de la pelvis, que suman nuevos síntomas e intensifican otros del cuadro clínico de estos pacientes de tan precaria y angustiosa condición.

Se trata de intervenciones grandemente mutilantes y cruentas, que determinan invalideces definitivas, al alterar las condiciones anatómicas y fisiológicas del paciente; si bien es cierto que los dispositivos protésicos de que

se dispone actualmente (del tipo Pierce o Rutzen) para colostomía húmeda y ureterostomías cutáneas hacen que tales enfermos puedan sobrellevar hasta cierto punto como aceptable su nueva condición.

Estas intervenciones están indicadas no sólo por carcinoma avanzado inicialmente en el cervix, sino también por cáncer de la vagina, de la vulva, cuerpo uterino, ovario, vejiga y recto; siempre que, no obstante su condición de avanzado, el proceso guarde el carácter de enfermedad pelviana. Toda extensión o progresión más allá de la pelvis deberá contraindicar la operación.

Numerosas publicaciones han divulgado en los últimos años la técnica de las exenteraciones en sus tres modalidades, aunque no en forma precisa, sistematizada.

Insistiremos en ciertos aspectos que consideramos de interés.

El cirujano que aborda estos tratamientos debe, como en el caso de la operación radical para el cáncer inicial, contar con efectiva experiencia en la cirugía ginecológica, urológica y del tubo digestivo. Debe tener siempre presente que los pacientes que se avienen a dichas operaciones son siempre de precaria condición y, por tanto, de apreciable riesgo quirúrgico; que requieren previamente minucioso estudio y modificación adecuada de sus condiciones orgánicas. Que con frecuencia hay que operar a enfermos con bloqueo ureteral e hidronefrosis y a veces con la exclusión de un riñón. La investigación previa cuidadosa del aparato urinario es así fundamental. La preparación correcta del colon desde 4 o 5 días antes de la intervención, es requerida para evitar fracasos en las urétero-colostomías.

Por otra parte el postoperatorio exige una estricta y a veces pesada vigilancia del paciente.

Por lo tanto esta cirugía deberá ser practicada solamente en centros dotados de los recursos necesarios.

Desde el punto de vista técnico, para que cumpla su finalidad, esta operación debe siempre llenar el requisito de una real amplitud. No es el problema únicamente la evacuación quirúrgica de las vísceras comprometidas, sino también todos los casos la remoción cuidadosa de los ganglios pélvicos y el tejido circundante, en bloque con aquéllas. Sólo así podrá esperarse alguna sobrevida apreciable. Se comprende con ello también la magnitud de la intervención.

El enfermo y sus familiares deberán ser siempre advertidos de las condiciones a las que los llevará la intervención y de los grandes riesgos que su práctica conlleva. Un asentimiento deberá, por consiguiente, esperarse en todos los casos. Los resultados globales de esta cirugía han sido publicados por Brunshwig hace cuatro meses. Trescientos quince casos han sido operados en 6 años (1947 - 1953); de los cuales 113 han sido exenteraciones parciales anteriores y 202 totales; con una mortalidad operatoria de 26.6% y sobrevidas de 5 años en un 12%. La exenteración pelviana alcanza así, aunque en reducida proporción de casos, el carácter de curativa.



CUADRO I. DE JUNIO 1º DE 1952 A DICIEMBRE 31 DE 1954

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL I. N. E. N. LIMA			
Cáncer del cuello uterino .....	1,005	casos	
Cáncer in situ .....	30	„	2.9 %
TRATAMIENTO:			
		Casos	%
Cancer in situ (30 casos)	1 — Histerect. total ampliada (parametrio y vagina) .....	26	86.6
	2 — Electrocoagulación .....	2	6.6
	3 — Radioterapia .....	1	3.3
	4 — Observación .....	1	3.3

CUADRO II. HISTERECTOMIA RADICAL CON LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL

	Nº Casos	Vivas 2 años y 6 meses		Fallecidas	
Total	33	23 -	69.6	10 -	30.3
Estado I	20 - (60.6%)	13 -	65. %	7 -	35.
Estado II	13 - (39.4%)	10 -	76.9	3 -	23.

CUADRO III. METASTASIS GANGLIONARES

Estado	Nº Casos	Vivas	Muertas	GANGLIOS POSITIVOS		
				Nº Casos	Vivas	Muertas
I	20 - (60.6%)	13 - (65%)	7 - (35%)	4 - (25%)	3 - (75%)	1 - (25%)
II	13 - (39.4%)	10 - (76.9)	3 - (23%)	3 - (23%)	3 - 100%)	0 -
TOTAL	33	23 - (69.6)	10 - (30.3)	7 - (21%)	6 - 26.5)	1 - (4.3%)

CUADRO IV. MORTALIDAD Y COMPLICACIONES EN LA HISTERECTOMIA RADICAL CON LINFADENECTOMIA PELVIANA BILATERAL

Nº Casos	Mortalidad operatoria		Fístulas urinarias	
	Casos	%	Casos	%
33	4	12.12	4	12.12

NOTA - En los últimos 11 casos no ha habido mortalidad, ni morbilidad operatorias.

CUADRO V. EXENTERACIONES PELVIANAS

	Casos	Op.	Meses	Meses	Meses	Meses
	Nº	Muertes	3	6	12	18
Totales	13	4 - 30.7%	5	3	1	
Tipo Anterior	1	0				1

Laparotomías exploradoras: 6 caso.

Inoperabilidad, por metástasis hepáticas: 2 casos; por metástasis en ganglios aórticos: 2 casos; por fijeza del carcinoma a la pared pelviana: 1; por diseminación carcinomatosa perineal: 1 caso.

Tenemos la impresión de que si los radio-terapeutas hicieran una justa valoración de sus recursos y ejercieran un control más cercano de sus pacientes podrían enviar al cirujano un cierto número de casos en mejores condiciones y por ende con expectativas más favorables. El cirujano por su parte debería hacer cierta selección de enfermos. Los resultados serían así seguramente mejores.

Esta cirugía proporciona al enfermo de todos modos un beneficio paliativo, especialmente sobre el dolor y el estado general, atenuando su angustiosa situación y permitiendo en ocasiones su reintegración al campo de actividades habituales así como al medio familiar.

Por último creemos sinceramente que es a la cirugía radical para los estados iniciales de carcinoma de cuello uterino que el futuro próximo le reserva un lugar de importancia, mientras la investigación no ponga al alcance del clínico nuevos recursos de mayor eficacia en el tratamiento del cáncer de los que hasta ahora conocemos.

En cinco cuadros ofrecemos los datos de mayor interés de los 83 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por carcinoma del cuello uterino, clasificados de acuerdo con la clasificación internacional.

Así, en el período ya indicado de dos años y medio 30 casos de carcinoma in situ han sido tratados: 26 o sea el 87% por histerectomía total ampliada (en parametrio y vagina); 2 por electroconización, 1 por radioterapia, 1 espera aún un tratamiento.

Consideramos que en el problema clínico del carcinoma in situ hay dos factores de importancia:

- 1) El Ginecólogo, que debe tratar de establecer el diagnóstico preciso, contribuyendo a ello con exámenes clínicos y citológicos respectivos y la obtención de muestras apropiadas para el diagnóstico histológico; y
- 2) El Patólogo, que debe obrar sobre bases bien definidas para establecer tal diagnóstico.

Un caso excluido del grupo que ofrecemos resultó ser carcinoma infiltrante en el estudio de la pieza operatoria, con motivo de la revisión del diagnóstico por el patólogo.

La larga evolución de esta afección permite y justifica la observación en los casos de duda.

Desde el punto de vista del tratamiento opinamos que cada vez que sea posible debe ser quirúrgico y constituir en histerectomía total ampliada (vagina y parametrio). Opcionalmente puede hacerse conservación de un ovario, de acuerdo con la edad y condición de la paciente. Cuando una intervención como ésta es rechazada o interfieren otros factores, practicamos una electroconización amplia, que aparte de ser un tratamiento reconocido eficaz por algunas escuelas, nos proporciona nuevo material para la verificación del diagnóstico.

Existe también el criterio terapéutico de amputación alta del cuello, por el que nosotros no nos inclinamos, por constituir una intervención casi siempre cruenta, sin ninguna ventaja sobre la histerectomía total, ni mayor beneficio que la electrocoagulación amplia.

Los cuadros II, III y IV dan razón de las características principales de las 33 pacientes en las que se practicó histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral por carcinoma invasivo del cervix en estados clínicos I y II. Esta reducida serie está constituida por un grupo de pacientes que no sufrió una severa selección; enfermas obesas y algunas de edad avanzada están comprendidas en ellas. Destaca la mortalidad operatoria alta, ocurrida principalmente en la etapa de inicio. Hacemos notar que en los últimos 11 casos no ha habido mortalidad ni morbilidad operatoria.

El cuadro número IV se refiere a una reducida serie de exenteraciones pélvicas: 14 casos; cumplida en un período de dos años. El número de laparotomías (6) que quedaron como exploradores y las causas de inoperabilidad advierten sobre la muy moderna selección de pacientes. Resultados paliativos sobre el dolor fueron conseguidos en la casi totalidad de casos. Sólo dos sobrevidas apreciables: una de 12 meses de exenteración total en enferma postrada en cama y usando morfina desde un año antes; y una de 18 meses, ésta de exenteración parcial anterior; paciente que ha sido controlada clínica y radiológicamente hace 15 días y que actualmente está en muy buenas condiciones sin signos de enfermedad e incorporada a sus actividades desde hace un año. La intervención en este caso fué aún más amplia que una exenteración anterior; pues fué necesario reseca 50 centímetros de íleon, que se ofrecía involucrado en el proceso tumoral. Tiene ureterostomas cutáneos y usa el doble receptáculo de Pierce. Su estado general es mejor aún que en tiempos lejanos anteriores a la operación y mantiene un alto espíritu.

Este trabajo se publica tal cual fué presentado en la Tercera Sesión Interamericana del American College of Surgeons en Lima (11-14 de Enero, 1955), y será complementado en uno de los próximos números de esta Revista, después de la revisión de los casos de carcinoma de cuello uterino tratados quirúrgicamente en los últimos dos años. La observación de la evolución de los pacientes operados durante cuatro años, y de los resultados obtenidos en este lapso de tiempo sugerirán indudablemente la modificación de algunos puntos de vista, especialmente en lo que se refiere a indicaciones del tratamiento quirúrgico y selección rigurosa de pacientes.

Podemos anticipar las siguientes consideraciones:

- 1—Que el tratamiento quirúrgico radical para el cáncer inicial debe, en lo posible, limitarse al estado clínico I, salvo los casos de estado II radioresistentes;
- 2—Para el carcinoma del muñón cérvico-uterino, todas las veces que no hubiera efectiva contraindicación;
- 3—Para el carcinoma del cuerpo uterino cada vez que el proceso haya

cochado cierta evolución y se sospeche o constate compromiso ganglionar;

- 4—Para el carcinoma y embarazo en estados iniciales (I y II), sobre la base de las normas establecidas en relación con el tiempo de gestación.

Para el cáncer uterino avanzado (estados clínico III y IV) el ginecólogo debe limitar las exenteraciones, en sus diferentes modalidades, a los casos en que la propagación comprometa preferencialmente los órganos vecinos (vejiga o recto), con cierta limitación, difiriendo aquellos en que la extensión del proceso se ofrezca en forma difusa, masiva, en toda la pelvis, ya que los resultados obtenidos en esta última condición son bastante pobres, estos es de corta supervivencia. Debe, por tanto, existir el criterio de verdadera indicación y selección de pacientes para esta clase de intervenciones.

#### SUMMARY

We present a table of the different modalities of radical surgical treatment of cancer of the cervix, in its different clinical stages of evolution.

In this paper we present 85 cases that we have treated by radical surgery over 1005 patients with cancer of the cervix attended at the Gynecology Department of I.N.E.N., Lima, Peru, in 2 years and 6 months (June 1952- December 1954). Paper about this was communicated at the Third Interamerican Session of the American College of Surgeons (11th-14th of January 1955, Lima, Perú).

We support the doctrine of the radical hysterectomy with bilateral dissection of the pelvic lymph nodes over the knowledge of the forms and ways of propagation of carcinoma of the cervix; of the failure of radiotherapy over the metastatic nodes, and radioresistance of the lesion.

Special emphasis is given over the extension of operation, the surgeon experience and the importance of the hospital organization where this operation is made.

Some considerations about operative accidents like hemorrhage and the best way to control and prevent it are done. In the same plane we discuss the urinary complications.

Some cases of total and partial exenteration of the pelvic organs are communicated. We emphasize over the pre and post-operative conditions of the patients.

In five tables we show the main aspects of our cases.

The following are our conclusions:

1) For the carcinoma in situ the gynecologist and the pathologist must concur to establish a correct diagnosis: the first one with adequate specimens and the second one who must work under very well definite basis.

Total hysterectomy extended in vagina and parametria is the treatment of choice for carcinoma in situ.

2) Radical hysterectomy with lymph nodes dissection must be reserved, as much as possible, for clinical stage I; except on the cases stage II of radioresistance.

3) For carcinoma of cervical stump, every time when surgery is not contraindicated.

4) For carcinoma of corpus uteri every time the lesion has some evolution and metastases in lymph nodes are demonstrated or suspected.

5) For carcinoma in pregnancy in first stages (I-II), according to the accepted rules of pregnancy time.

6) For advanced carcinoma (stages III- IV) the surgeon must reserve the exenteratio for the cases in which the extension compromises the next organs (rectum bladder) with some limitation to them. It should not be performed when there is a massive invasion to the complete pelvic components, because in this last condition the and results are very poors. Must have of course, a true indication and patients selection for this kind of radical surgery.