

# Ginecología y Obstetricia

Vol. III

JUNIO, 1957

Nº 2

## Trabajos Originales

### CANCER DEL CUELLO UTERINO Y PROLAPSO GENITAL

DR. CONRADO ZUCKERMANN \*

#### ANTECEDENTES

**E**L estudio del cáncer del cérvix uterino asociado a prolapso genital es raramente realizado en los libros sobre cáncer de la matriz, en los de prolapso genital y poco mencionado en los de ginecología y en los de cancerología.

Belloso (2) en su tratado sobre prolapso genital afirma que es una eventualidad muy rara, ausente en toda su serie de observaciones.

Malpas (9) en su reciente libro sobre prolapso genital y alteraciones asociadas, sólo anota que es una eventualidad poco común.

Meigs (10) en su obra sobre tumores pélvico-ginecológico señala rareza de cáncer cervical y de leucoplasia en caso de prolapso.

Corscaden (5) escribe que el prolapso raramente es precursor del cáncer del cuello uterino; que la exposición externa y la irritación mecánica no parecen mostrar estimulación cancerosa y que en lo referente al pesario rara vez ocasiona cancerización.

En contraposición con estas citas, Way (11) afirma haber tratado más de cuarenta casos de cáncer cervical y prolapso por radiumterapia, obteniendo además de la acción anticancerosa y en relación con ella, fibrosis que disminuye la prociencia.

La cita más extensa que hemos encontrado en la realizada por Ahumada, Sammartino y colaboradores en su tratado sobre cáncer ginecológico (1); en él señalan lo poco que del tema se ocupan los autores y hasta el haberse

---

(\*) Profesor de Ginecología de la Universidad Nacional de México, Director del Instituto Nacional de Cancerología de México.

---

NOTA: Los directores de la "Revista de Ginecología y Obstetricia" no se hacen responsables de las ideas y opiniones de sus colaboradores.

llegado a insinuar que existiera una especie de "inmunidad" al cáncer en el útero prolapsado; sin embargo recuerdan que Emmet y Taussig afirman que no es rara eventualidad y que un medio conveniente de averiguarlo es el hacer biopsia de las úlceras en los prolapsos; anotan que en la literatura mundial los casos publicados son noventa y seis; agregan una observación en que realizaron operación extirpadora vaginal de Schauta que es la que preconizan para estos casos.

Cádiz Oyarzun (3) en el desarrollo del tema prolapso genital, en sus conclusiones, afirma que la transformación maligna del endometrio y del epitelio cervical es muy rara en el prolapso y que sólo alcanza al uno por mil.

Cervantes Zamorano (4) preconiza para el prolapso genital complicado con cáncer uterino, la histerectomía abdominal tipo Wertheim y si las condiciones lo permiten, hacer perineorrafia; justificadamente señala que en estos casos el problema principal es el cancerológico.

Macías de Torres (8) en su trabajo sobre prolapso genital anota lo que íntegramente transcribimos: "Otra eventualidad rara en el prolapso es la asociación de esta afección con el cáncer del cuello uterino, cuando, si fuesen exactas las ideas que reinan acerca de la influencia que en la etiología del cáncer tienen los traumatismos repetidos, la asociación debiera ser frecuente. Pero lo cierto es que, aun en los prolapsos totales, con las paredes vaginales y el cuello uterino constantemente exteriorizadas y a veces extensamente ulceradas o cutificadas, es sumamente raro observar que se desarrolle un cáncer, y la mayor parte de los autores que comprueban un caso de coincidencia semejante se creen en el caso de publicarlo. En la repetidamente citada estadística de Van Smith y colaboradores entre los seiscientos ochenta y tres casos de prolapso sólo había uno con epiteloma simultáneo del cuello uterino. Tourneux (*La Gynec.*, 1934) consigna otro y dice que en el momento de escribir su trabajo sólo había publicados unos cincuenta casos análogos y que muchos ginecólogos (yo entre ellos) no habían tenido ocasión de observar semejante coincidencia, y se adhiere, como yo, a la opinión de que todas las explicaciones que se han dado para tratar de explicar esta especie de inmunidad, son pocas satisfactorias. Posteriormente hubo algunas aportaciones como la de Paoli, Tarico y otras".

Nosotros (12) en 1949, a propósito de la histerectomía vaginal en algunos casos de prolapso genital, señalamos su indicación cuando existe cáncer cervical limitado inicial—in situ— asociado a prolapso genital de segundo o tercer grado.

En 1950 en trabajo sobre prolapso genital realizado en unión de Ramírez, Graham y Romo Bolan (13) anotamos que "la cancerización del útero prolapsado es rara, pudiendo considerarse que no es mayor del 1 por 800 enfermos".

Los trabajos especiales sobre el tema, que conocemos, son dos: el de Dutra de Brasil de 1944 y el de Díaz Basan de El Salvador de 1952.

Dutra (7) en su bibliografía anota quince trabajos mundiales que se

ocupan del tema cáncer cérvico-uterino y prolapso genital; en sus conclusiones admite que "la deficiencia circulatoria sanguínea y linfática, consecutiva al prolapso úterovaginal, la atrofia de la mucosa y de las glándulas endocervicales y endometriales y la poca incidencia de fenómenos inflamatorios de tipo irritativo, constituyen las condiciones que explican la rareza de la asociación del prolapso uterino y el cáncer de cuello. La excesiva cornificación, como las alteraciones del epitelio de revestimiento de la mucosa del cuello y de la vagina, son factores que colaboran para disminuir la posibilidad cancerígena en el prolapso uterino". Publica las ocho observaciones brasileñas, tres del autor, dos de Alicio P. de Queiroz, una de Clovis Salgado y dos de Sylvio Lemgruber. De las tres suyas, dos eran en prolapso totales y una en prolapso incompleta.

Díaz Bazán( 6) en su monografía, se refiere primeramente a la rareza señalada por los autores; en seguida presenta trece casos observados en el Hospital Rosales de San Salvador en el corto período de dieciocho meses; de ellos tres eran cánceres in situ y diez de cánceres invasores, cérvico-uterinos asociados a prolapso.

#### LIMITACIONES Y CONCEPTOS SOBRE ESTA ASOCIACION

Bien conocido es que el cáncer del cuello uterino es más frecuente en la múltipara y a partir de los cuarenta años de edad; sin negar por lo tanto la existencia de blasstoma cervical en la virgen, en la nulípara y en la mujer joven, la mutiparidad y mayor edad, son, como antes decíamos, condiciones en que coinciden cáncer del cuello y prolapso.

Precisamente por ello debemos referirnos a hechos especiales que conducen a precisión.

Los diversos componentes del prolapso genital: desgarramiento perineal, descenso de la pared anterior y de la posterior de la vagina, cambio de situación y exteriorización del útero, etc., intervienen en forma diversa en los prolapso y son relativamente numerosos los casos en que la múltipara con cáncer del cuello uterino presenta junto con su padecimiento principal que es el blasstoma, alguna modificación mecánica ginecológica; retroversión y descenso uterino, colpocistocele, recto-colpocele, desgarramiento perineal variable, incontinencia parcial urinaria, etc.

La clásica división de los prolapso en tres grados, nos permite afirmar que el de primer grado —en que el descenso uterino y flojedad parietal vaginal y de los músculos perinales no es excesiva y el cervix permanece todavía dentro de la vagina— los vemos con relativa frecuencia en personas con cáncer del cuello.

En nuestro concepto es propio hablar de cáncer cérvicouterino asociado a prolapso cuando la prolapso es de segundo y sobre todo de tercer grado, es decir, en el llamado prolapso total o completo.

Conviene también marcar que el hecho de verse el cáncer cervical en la vulva no forzosamente indica prolapso, pues puede tratarse de cuello muy

largo, de neoplasia muy vegetante, saliente, con vulva amplia, abierta y faltar sin embargo el verdadero y marcado prolapso útero-vaginal.

Por lo anterior afirmamos que el cáncer del cuello uterino con prolapso, es aquel en que la modificación de posición de matriz y demás estructuras ginecológicas sea evidente y marcada.

Otras condiciones muy dignas de señalarse son las referentes a la categoría tumoral y a la reductibilidad del prolapso, pues ambos son muy importantes para el tratamiento.

La naturaleza invasora o no invasora (intraepitelial, in situ) de la lesión cervical es primordial para pronóstico y tratamiento y debe siempre marcarse claramente si el estudio de la pieza operatoria confirma uno u otro carácter.

Los prolapsos irreductibles con cáncer cérvico-uterino son explicables por su gran tamaño, persistencia y adherencias, pero sobre todo, por reacciones inflamatorias y circulatorias (edema, congestión) concomitantes y el gran tamaño —en algunos casos— de la "coliflor" cancerosa.

Afirmamos que los casos más interesantes, más importantes y que plantean problemas terapéuticos discutibles, son los *cánceres cervicales invasores con prolapso genital completo*, sobre todo si éste es irreductible.

#### OBSERVACIONES

En los últimos cinco años, de 1951 a 1955, hemos observado tres casos de cáncer cérvico-uterino y prolapso genital completo, habiendo sido uno de ellos de cáncer in situ y dos de blastomas invasores. Los relataremos por orden cronológico:

Primero.—Persona de sesenta y nueve años, múltipara (siete partos, cuatro abortos), con desgarró perineal de segundo grado y procidencia genital completa, observándose úlcera papilomatosa sangrante en el cérvix. Prolapso reducible, parametrios y anexos poco palpables sin poderse afirmar que exista propagación cancerosa intrapélvica. Diabética. Biopsia mostró blastoma epidermoide grado III de malignidad. Fue tratada por el Dr. José Araujo G. mediante radium por vía vaginal y roentgenterapia abdominopélvica. Vista tres años después, no se observó lesión cancerosa y el prolapso está considerablemente reducido.

Segunda.—Persona de sesenta y siete años. Cáncer del cuello uterino sangrante, papilomatoso, demostrando el examen histológico blastoma muy anaplásico de malignidad grado IV. Prolapso total y desgarró perineal de segundo grado; la procidencia era reducible. Parametrios al parecer no invadidos. Examen cardio-vascular y datos de laboratorio satisfactorios. Se realizó linfadenohisterocolpsectomía (hasta tercio medio de vagina) amplia por vía abdominal y en seguida colpoperineorráfia. En dos de los ganglios, uno ilíaco y otro abturatriz, correspondientes al lado izquierdo, se demostró metástasis no masivas. No se efectuó roentgenterapia post-operatoria. Permanecía bien, sin reproducción ostensible, dos y medio años después.

Tercera.—Enferma atendida en unión del Dr. Héctor Cerdeño Carle. Persona de sesenta y cuatro años. Prolapso genital de tercer grado y desgarró perineal de segundo. Trae examen citológico positivo a cáncer (grado V de Papanicolau). Biopsia tisular triple de la úlcera cervical, muestra cáncer in situ, intraepitelial (Dr. Luis Benitez Soto). Se realiza histerectomía vaginal, extirpación de gran parte de la vagina, plastía vaginal anterior y perineorrafia. El examen histológico post-operatorio muestra ausencia de cáncer invasor y confirma la existencia de alteraciones epiteliales de las descritas en el cáncer in situ tanto en cervix como en las porciones cercanas de la vagina. Observada un año ocho meses después de operada, el estado es satisfactorio.

En *síntesis*, en cinco años, tres observaciones de cáncer cervico-uterino y prolapso genital, dos de cáncer invasor y uno de blastoma in situ.

#### CONDUCTA CLINICA

Consideramos que en todo prolapso genital con alteraciones ulcerativas u otras (salientes, manchas, leucoplasia, engrosamientos, etc.) debe realizarse biopsia y antes de intervenir averiguar en forma cierta la existencia o ausencia de cáncer.

Si clínica e histológicamente se afirma cáncer invasor, deberán realizarse los estudios correspondientes a toda enferma con dicho blastoma, buscando la existencia de propagaciones locales, regionales y a distancia. En seguida hacer los exámenes funcionales, de laboratorio, radiológicos, para apreciar las condiciones viscerales, generales, de la paciente y proceder en razón del conjunto de los datos al planteo del tratamiento.

Indudablemente que la situación menos grave es aquella en que se afirma cáncer in situ y el tratamiento entonces, es como regla, realizado por vía vaginal, efectuándose histerectomía total con extirpación de parte de vagina, sobre todo la cercana al cervix y la que deba quitarse en relación con la plastía necesaria para tratar el prolapso, arreglando en seguida el periné.

Si se trata de *cáncer invasor* con prolapso de tercer grado y dado que el hecho primordial —dominante— es el canceroso, se deberá decidir acerca de cuál de las dos terapéuticas es la indicada —apropiada al caso— la radiológica o la quirúrgica. Indudablemente que la radioterapia podrá resolver apropiadamente muchos de estos casos y precisamente la situación externa del tumor original, no dificultar las aplicaciones respectivas. En nuestra observación tratada por el Dr. Araujo con radium y rayos X, el resultado inmediato (tres años) no solamente es satisfactorio con respecto al blastoma, que parece ausente, sino del prolapso que está muy reducido, tanto por el reposo, mantenimiento de la vagina en su sitio, como sobre todo, por la fibrosis y atrofia post-radiaciones de la zona vaginal; esta mejoría ha sido tan evidente que no hemos planteado todavía en esta enferma la indicación de hacer colpoperineorrafia.

Si se afirma que lo indicado y conveniente es la extirpación quirúrgica, no deberá olvidarse la necesidad de quitar ampliamente parametrios y

ganglios linfáticos pélvicos; precisamente por ello en nuestra observación realizamos la intervención por vía abdominal para procurar en una sola vez y en una sola pieza operatoria, quitar la neoplasia y sus propagaciones. Reducido el prolapso la técnica es la conocida para la linfadenohisterectomía amplia, quitando la porción vaginal que se considere necesaria y haciendo en seguida o más tarde, la colpoperineorrafia.

Para los casos de cáncer cérvico-uterino con prolapso completos no reducibles y grandes "tumores fungosos" cancerosos, podría realizarse, como se ha preconizado, la histerectomía total amplia por vía vaginal y después (o antes) la doble linfadenectomía iliaco-pélvica.

Estos problemas de la decisión terapéutica, radioterápica ó quirúrgica y de las vías abdominal o vaginal, son los que deben procurarse resolver con gran cuidado, pues aunque rectificaciones posteriores y otros tratamientos podrían corregir omisiones o completar lo realizado, los resultados entonces generalmente no son buenos.

#### RESUMEN

1. Se considera importante y muy digna de estudio la asociación cáncer del cuello uterino y prolapso genital.
2. La biopsia de las lesiones cervicales (ulcerosas u otras) en caso de prolapso, permiten afirmar o negar cancerización.
3. Se afirma que la condición más importante es aquella en que se reúne cáncer invasor cérvico-uterino y prociencia útero vaginal completa.
4. La existencia de cáncer in situ y prolapso es interesante y se da a conocer una observación de esta asociación.
5. En caso de cáncer in situ y prolapso, lo indicado habitualmente es histerectomía total y corrección plástica, todo ello por vía vaginal.
6. En el cáncer invasor cérvico-uterino y prolapso, la conducta puede ser radioterápica o quirúrgica ampliamente extirpadora.
7. Si se decide cirugía, la vía podrá ser abdominal (linfadenohisterectomía y colpectomía parcial) y perineorrafia complementaria, o vaginal (histerectomía amplia) acompañada, seguida o precedida de linfadenectomía iliaco-pélvica.
8. Cada observación de cáncer cérvico-uterino invasor y prolapso genital, amerita estudio cuidadoso y terapéutica de tendencia radical, si la etapa cancerológica lo permite.
9. La decisión terapéutica será realizada en función de las condiciones generales, funcionales, regionales y locales de la enferma y su cáncer cervical.

#### SUMMARY

1. The relationship of cervical cancer to genital prolapse is important and worth of serious consideration and study.
2. Biopsy of cervical lesions (ulcerations, etc.) in case of prolapse permit to ascertain presence or absence of cancer.

3. The highest correlation is found when invasive cervical-uterine cancer and utero-vaginal prolapse coexist.
4. The presence of cancer *in situ* with genital prolapse is of interest and one observation of such relationship is reported.
5. In case of cancer *in situ* with prolapse the usual approach is total hysterectomy followed by plastic correction through the vaginal route.
6. When invasive cervical uterine cancer and prolapse coexist, radiation or radical surgery are the treatments of choice.
7. If it is decided upon surgical treatment the approach should be abdominal (lymphadeno-hysterectomy and partial colpectomy) plus complementary perineorrhaphy, or vaginal (radical hysterectomy), preceded, accompanied or followed by iliac-pelvic lymphadenectomy.
8. Each case of invasive cervical-uterine CA with genital prolapse justifies a careful evaluation of the case and its radical therapy if the condition of the malignant process permits such a procedure.
9. The therapeutic choice is a function of the general condition of the patient, her functional, regional and local status as well as her cervical CA.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ahumada J. C., Sanmartino Rodolfo, Salaber J. A., Sardi J. L., Calatroni C. J., Ahumada J. L., etc. El cáncer ginecológico (El Ateneo). Buenos Aires, Argentina, 1953. Tomo I. Págs. 400 a 401.
2. Belloso Rogelio A.: Prolapso genital. (Imp. Augusta). Montevideo, Uruguay, 1945. Págs. 31.
3. Cádiz Oyarzún Romeo: Prolapso genital. Segundas Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología. Tema Oficial. Santiago de Chile, 1947.
4. Cervantes Zamorano Francisco: Prolapso genital del tercer grado. Anales de Cirugía. Año 2. Vol. 2. N° 5 Págs. 128 a 136. Septiembre de 1950. México, D. F.
5. Corscaden James A.: Gynecologic cancer. (Thomas Nelson & Sons N. York, U.S.A. 1951. Pág. 108.
6. Díaz Bazán, Narciso: Prolapso uterino y cáncer del cuello. Reimpresión de la Revista "Archivos del Colegio Médico de El Salvador". Volumen 5. N° 1, Páginas 15-35. Marzo, 1952. San Salvador, El Salvador.
7. Dutra, Licinio H.: Prolapso do utero e cancer do colo. Reimpresión del N° 5 de "Obstetricia y Ginecología Latino-Americana". Mayo de 1944. Buenos Aires, Argentina.
8. Macías de Torres, E.: Prolapso genital. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. Año VIII. Tomo X. Núm. 60. Págs. 339 a 346. Noviembre-diciembre 1951. Valencia, España.
9. Malpas, Percy: Genital prolapse and allied conditions. (Grune & Stratton). N. York, U.S.A. 1955. Pág. 61.
10. Meigs, J. V.: Tumors of the female pelvic organs. (The Mac Millan Co.) N. York, U.S.A. 1934. Págs. 5 y 202.
11. Way, Stanley: Malignant disease of the female genital tract. (The Blakiston Co.) Filadelfia, U.S.A. 1951. Pág. 134.
12. Zuckermann, Conrado: La histerectomía vaginal en algunos casos de prolapso genital. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVII. N° 11. Págs. 399 a 416. Noviembre de 1949. México, D. F.
13. Zuckermann Conrado, Ramírez Donato, Graham Julio César y Romo Bolán Héctor: Prolapso genital. Problema terapéutico. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XIX. N° 5. Págs. 131 a 134. México. Mayo, 1950.