

CANCER CERVICAL: ELECCION TERAPEUTICA

DR. HORACIO MONACO

Me referiré a la experiencia del Servicio a mi cargo, en la Unidad Asistencial Médica Integral-Rivadavia Peralta Ramos.

Desde el año 1949 a junio de 1971, he tratado personalmente 1303 carcinomas de cuello de útero, correspondientes:

Gr. I	302	
Gr. II	301	48,6%
Gr. III	346	
Gr. IV	291	51,4%
	<hr/>	
Total	1240	
Cáncer de muñón	63	
Carcinoma In Situ	47	

Como vemos, más de la mitad de los casos corresponden a cáncer propagado.

En el momento actual, consideramos que el tratamiento de elección del cáncer del cuello uterino, es el actínico y las ventajas de las radiaciones sobre la cirugía son: En primer lugar, todas las pacientes pueden ser tratadas con radiaciones y en segundo lugar, un buen número del grupo IIb y III, no pueden ser tratados por cirugía. La actinoterapia sola, en todos los estadios, da un 50% de curaciones.

Fletcher, en su última estadística publicada, obtiene para el:

Cáncer de cuello	Gr. I - 93%
	Gr. IIa - 83%
	Gr. IIb - 73%
Todos los estadios	II - 78%
	Gr. IIIa - 56%
	Gr. IIIb - 38%
Todos los estadios	III - 46%
	Gr. IV - 14%

Como puede observarse los resultados obtenidos en Houston con la terapéutica actínica, son excelentes, si consideramos que en 1932, Regaud, presentó a la Academia de Medicina de París, Francia, un 32% de curaciones sobre 380 pacientes no seleccionadas y con un 2% de mortalidad. Sin embargo, la cirugía no está desplazada, ya que la mortalidad ha disminuído notoriamente y la morbilidad urológica es sensiblemente menor; del 10 al 15% de fístulas urétero-vaginales se ha reducido al 2% y de fácil solución.

Meiggs, en 1944 publica sus primeras 100 operaciones de Wertheim con linfadenectomía pelviana, con un 85% de sobrevida a los 5 años, y sin mortalidad.

En nuestro Servicio, operamos solamente los estadios Ia., Ib. y IIa., excluyendo completamente los estadios IIb., el III y los grados IV, salvo excepción.

Solamente sometemos a cirugía a aquellas enfermas con buen estado general, delgadas y por debajo de los 60 años. No se debe operar pacientes diabéticas, hipertensas, obesas, con insuficiencia cardiaca, arteroesclerosis, con insuficiencia renal o con alteraciones de los factores de coagulación, grandes varicosas o con antecedentes trombóticos.

Se debe ser buen cirujano, porque de la correcta técnica operatoria dependerá la sobrevida de la paciente. Muchas veces nos envían enfermas para irradiar, a las cuales se les hizo una operación de "Wertheim" y del examen genital surge de inmediato que se le efectuó una operación incompleta, apenas una histerectomía total simple. Naturalmente que con una cirugía incompleta, los resultados serán malos.

El tipo histológico del tumor también tiene su importancia, ya que los carcinomas glandulares y los Wolffianos, responden más o menos favorablemente a la radiación.

Asociamos con frecuencia el radium a la cirugía. En un comienzo hacíamos radium a dosis curativas (8000 mg.e.h. Regaud) y luego una anexohisterectomía total ampliada. Tuvimos así muchas complicaciones urológicas, fístulas urétero-vaginales y véscico-vaginales. Como consecuencia, solamente empleamos el radium previo a la cirugía, en los estadios IIa., efectuando únicamente una inserción vaginal de radium, no utilizando más de 4000 a 5000 mg.e.h.; no hemos tenido así complicaciones de las vías urinarias.

En algunas pacientes obesas, con diabetes leve o con cierto riesgo operatorio, e hipertensas, efectuamos radium con la técnica de Fletcher, destruyendo 10.000 mg. e.h., solamente en los estadios Ia. y Ib. y a la sexta semana las operamos, realizando una anexohisterectomía total simple y linfadenectomía pelviana.

Hasta el año 1968 habíamos tratado con esta técnica 83 pacientes, habiendo realizado en 21 casos, solamente anexohisterectomía total simple y en 60 casos anexohisterectomía total simple con linfadenectomía pelviana y dos carcinomas de muñón, en los cuales se hizo cervicectomía con linfadenectomía. La anatomía patológica demostró en 66 casos, cuello estéril (79, 71%); en 17 casos, cuello con carcinoma residual (20, 48%). Se halló metástasis ganglionares pelvianas en 14 pacientes (16,87%). Se completó el tratamiento con radioterapia o cobaltoterapia en pelvis.

La morbilidad observada fue la siguiente: 2 fístulas recto-vaginales, correspondientes a 2 carcinomas de muñón de cuello, 1 uronefrosis por Síndrome de Ormond, y una fístula urétero-vaginal, que se resolvieron, la primera por una nefrectomía, y la segunda por una neo-implantación de uréter en vejiga.

La sobrevida de 5 años con esta terapéutica sobrepasa el 90%. Insistimos que solamente tratamos en esta forma, los esta-

dios Ia. y Ib., en los cuales una cirugía ampliada significaría grave riesgo.

Hemos operado, en los últimos 20 años 280 Wertheim, en su gran mayoría con linfadenectomía.

Entre los años 1948 y 1955, operábamos los estadios I y II, incluyendo la propagación parametrial, cuando ésta no era extensa; tuvimos entonces muchas complicaciones urinarias (fístulas) al dejar desamparado el uréter de irrigación, al liberarlo del proceso neoplásico; desde entonces sólo operamos los estadios Ia y Ib. y el IIa., siempre que la propagación vaginal sea solamente en cúpula; en esta circunstancia, realizamos una inserción de radium vaginal solamente, totalizando 4 a 5000 mg. e. h., con el objeto de esterilizar la lesión vaginal.

Operamos siempre a la sexta semana después de la radiación.

Todos los casos operados son sometidos a radiación externa en toda la pelvis.

Hemos tratado 650 pacientes con radium y radiación externa exclusivamente.

En términos generales podemos decir que en nuestro Servicio, el tratamiento del cáncer de cuello, es individual y la elección terapéutica dependerá, no sólo del grado evolutivo, sino de la valoración clínica y quirúrgica de cada paciente.

Con respecto a los estadios IV, ya me he referido en la conferencia dictada ayer, mostrando mi experiencia en 48 vaciamientos pelvianos, 37 de los cuales de causa exclusivamente ginecológica.

También informé de la sobrevida prolongada entre 14 y 22 años de las pacientes operadas.

El número de exenteraciones pelvianas lo hemos reducido considerablemente, sometiendo a este tipo de intervención solamente los estadios IV con exclusiva propagación a órgano vecino y con muy poca o ninguna invasión de parametrios.

Con respecto al carcinoma de muñón, (63 casos) la terapéutica no difiere de la del

cáncer primitivo de cuello. No excluye la cirugía, si es operable; esta es más difícil. La terapéutica con radium se hace más completa y aumenta la posibilidad de fístulas vésico vaginales y recto-vaginales.

Con respecto al cáncer y embarazo; se observa en general un cáncer de cuello por cada 2665 embarazadas; consideramos un cáncer en relación al estado grávido-puerperal, aquél hallado dentro del año del post-parto.

La gravedad es mayor según el trimestre de gestación y el porcentaje de sobrevida; de acuerdo a esta situación sería: para el primer trimestre 61%, segundo trimestre 51%, tercer trimestre 37% y hasta tres meses del post-parto 18%. Hemos visto aquellas pacientes embarazadas, cuyo parto se efectuó por la vía natural, con diagnóstico ignorado de cáncer de cuello, fallecieron en corto tiempo con amplia diseminación pelviana.

En el primer trimestre de gestación, si el cáncer de cuello corresponde a un estadio Ia., Ib. y IIa., optamos por la operación de Wertheim Meiggs en vaso cerrado. En el tercer trimestre, esperamos la viabilidad fetal, haciendo la extracción del niño por operación cesárea y Wertheim-Meiggs. Si el grado evolutivo corresponde a un estadio IIb., III ó IV, todo se hará en beneficio del niño, esperando su viabilidad y luego extracción del niño por cesárea y a continuación cobaltoterapia y radium. El segundo trimestre es un poco la tierra de nadie, pero será necesario valorar cada caso en particular, el grado evolutivo, el valor del niño, etc., para someter a una terapéutica activa o de expectación hasta la viabilidad fetal.

Consideramos que no debe efectuarse tratamiento actínico (radium), durante el embarazo por la posibilidad del grave riesgo fetal, inmediato o tardío.

Hemos tratado hasta 1968, 16 pacientes, 7 correspondiente a estadio I, 5 al estadio II, 2 al estadio III y 2 al estadio IV. Es decir, que el 75% eran carcinomas no propagados y 25% propagados.

La sobrevida de 5 años o más, para el estadio Ia. y Ib., 5 casos, viven 5; IIa. 2 pacientes, 1 vive bien, una falleció. Estadio IIb., 3 pacientes, las 3 sobrepasaron los 5 años sin recidivas. 2 pacientes de estadio III y 2 pacientes estadio IV, fallecieron antes de los 5 años.

Para concluir, quiero agregar que en esas pacientes que son sometidas a tratamiento actínico exclusivo y cuyo tumor es de gran volumen, debe hacerse previamente radiación externa, alrededor de los 2000 rads, hasta reducir en forma manifiesta el tumor y luego hacer radium, naturalmente con descuento de la dosis recibida anteriormente por cobalto 60. De no proceder así, no se hará una buena radiación dada la mala oxigenación tumoral. No se debe irradiar pacientes con estados deficitarios sanguíneos (anemia, hipocromía, etc). Se debe controlar hematológicamente durante todo el tratamiento, manteniendo un estado sanguíneo perfecto, con estimulante retículo endotelio, transfusiones, etc., Naturalmente, demás está decir, que se hará todos los controles necesarios (dosimetría, etc.) para evitar la sobreirradiación vesical y rectal.

Nunca será suficiente insistir en la importancia de la divulgación de los métodos de prevención del cáncer ginecológico, de la buena preparación médica en esta materia y sobre todo de la educación del pueblo, única manera de evitar que llegue a nuestras manos cánceres de cuello, que en más de un 50%, corresponden a estadios evolutivos II y IV, con ya poca o ninguna posibilidad de curación.