

CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Dr. ERNESTO J. TARIGO

INTRODUCCION

Empezaremos por considerar el útero patológico, que es lo que nos interesa en este trabajo, como un órgano formado por dos porciones que tienen una patología fundamentalmente distinta: el cuello y el cuerpo uterino.

Los carcinomas, según que se desarrollen en el cuello o en el cuerpo presentan características muy distintas desde todo punto de vista que se les considere. Diferentes macro y microscópicamente, diferente el poder invasor de sus células neoplásicas, diferentes las vías de propagación, distintas las edades de la vida de la mujer en que se presentan y como veremos más adelante distinto el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

Entre estas dos partes del útero, existe una tercera, el istmo uterino, al que se le reconocen límites anatómicos e histológicos, estos últimos están constituidos por el pasaje bastante brusco de la mucosa endometrial a la endocervical. Los carcinomas del istmo, diremos desde ya, deben tratarse y considerarse como cánceres del cuello uterino.

DEFINICION

La expresión cáncer endometrial, aplicada a los tumores primitivos del endometrio, puede ser tomada en dos sentidos diferentes: como equivalente de "cáncer epitelial" o englobando todas las neoplasias malignas del endometrio.

En el primer caso (siempre refiriéndose a los tumores primitivos), se designaría a los tumores que se reproducen en forma at pica y desordenada, los epitelios propios de la región: epitelomas del endometrio, carcinomas del endometrio.

En el segundo caso, incluiría también a los tumores de estirpe conjuntiva, es decir, los sarcomas y aun los blastomas más raros tales como los linfosarcomas (excepcionales) y aun las formas combinadas, tales como los tumores mesodérmicos complejos, bien conocidos clásicamente pero sobre los cuales ha vuelto a llamarse la atención en los últimos años.

HISTORIA

En contraposición a lo que ocurre con el cáncer del cuello uterino, los trabajos y las estadísticas relativas a los carcinomas del endometrio son muy escasos y ello está de acuerdo con las distintas edades que para la ciencia tienen estas dos entidades.

En efecto, los cánceres del cuello uterino fueron conocidos desde mucho tiempo atrás, casi diríamos desde la antigüedad; en cambio los del endometrio, llamaron la atención de los clínicos a fines del siglo pasado por Simpson (1874), citado por Calatroni, "quien determinó con bastante precisión el cuadro clínico, basándose en siete observaciones", y a Cullen (1900), citado por Víctor Rodríguez (Río de Janeiro), "que estudió, describió e ilustró treinta casos".

FRECUENCIA

La noción clásica era la de la rareza de los cánceres del cuerpo uterino y así podía decir Pozzi "que se trataba de una enfermedad excepcional". En las distintas estadísticas consultadas, la frecuencia es cada vez mayor comparada con los índices que arrojaban estadísticas un poco antiguas. Pasa del 10 % al 18 % y al 20 % en estos últimos tiempos relacionándola a todos los cánceres del útero.

La relación de cáncer del endometrio a cáncer del cuello que para la mayoría de los autores era de 1 a 10, es hoy en día, mucho menor, apenas de 1 a 5,5.

Es indudable que el mejor conocimiento de la enfermedad, unido a la práctica cada día más generalizada del raspaje biopsico, han llevado al descubrimiento de muchos tumores del endometrio, que antes se confundían con las más variadas génitorragias provenientes del cuerpo uterino.

FRECUENCIA POR EDAD

Es indudablemente el blastoma de la pre y postmenopausia, sobre todo de esta última, el que origina la mayoría de los carcinomas del endometrio. Si bien es cierto que se ven carcinomas de endometrio en mujeres en plena actividad genital (en nuestra estadística casos de 34, 39 y 40 años), lo corriente es que esta afección se desarrolle sobre endometrios que han cesado su actividad desde muchos años.

Los promedios de edades en las estadísticas de algunos autores arrojan las siguientes cifras:

Mahle	55 años
Crile y Elias	56 "
Keller y Mayer	56 "
Mergs	55 "

El promedio en nuestra estadística basada en 34 casos es de 56 años; siendo así que en 17 de nuestras enfermas la edad era de 60 y más años, la otra mitad la formaron mujeres más jóvenes.

Un hecho observado por muchos autores, es que esta afección, al contrario de lo que se observa en el cáncer del cuello, no parece influenciada por la multiparidad, ni por los traumatismos, ni por las infecciones crónicas. Es frecuente encontrarla en mujeres estériles y es así que Healy y Cutler encuentran 25 % de nulíparas entre sus pacientes de cáncer del cuerpo, cifra casi igual a la de nuestra estadística, donde aparecen 7 nulíparas en 34 enfermas, es decir el 20,5 %.

ASPECTO MACROSCOPICO

Por el aspecto exterior del útero, no podemos sospechar la presencia de un carcinoma en su endometrio. Su tamaño puede ser normal, más pequeño que lo normal o agrandado una o dos veces.

Su consistencia es igualmente variable, en general dura y firme en los úteros chicos, se presenta en los que el blastoma está muy evolucionado, con consistencia irregular, con partes más blandas que otras.

Una vez extirpado y abierto, se puede comprobar una lesión *circumscripta* o *difusa*; el resto del endometrio suele ser liso y de poco espesor. También las paredes del órgano presentan aspectos diferentes, se encuentran miometriosis esclerosos de grueso espesor y otros adelgazados por la invasión neoplásica, que puede llegar hasta la vecindad de la serosa. Los anexos, salvo en los casos en que haya metástasis, que son muy excepcionales, presentan en general el aspecto fibroso, atrófico, propios de la edad de las enfermas.

CLASIFICACION ANATOMOCLINICA

Desde el punto de vista clínico podemos clasificar a los carcinomas del endometrio:

- 1º) Por su localización:
 - a) Del fondo uterino, es donde se encuentra con mayor frecuencia.
 - b) Caras anterior o posterior, se siguen en frecuencia a los del fondo uterino.
 - c) Bordes laterales.
 - d) Cuernos uterinos.

Estas localizaciones se pueden apreciar en blastomas circunscritos, de los cuales acabamos de hablar; en cambio en los difusos es muy difícil, si no imposible, hablar del sitio en que empezó el tumor, siendo así que algunos ocupan la totalidad de la mucosa endometrial.

2º) Por su manera de crecimiento, podemos diferenciar dos tipos macroscópicamente distintos:

- a) Tipo exofítico.
- b) Tipo endofítico; a veces se puede diferenciar un tercer tipo que participa de los caracteres de ambos tipos al mismo tiempo.

Desde el punto de vista anatomopatológico e histológico no me ocuparé porque desborda mis conocimientos y porque el Dr. Mateo tuvo la gentileza, que desde ya agradezco, de contribuir al tema en ese sentido especial.

PROCESOS PATOLOGICOS ASOCIADOS AL CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Son numerosos los procesos patológicos que se asocian al carcinoma del endometrio; entre los más frecuentes está el *mioma*.

En la estadística de la Clínica del Prof. Ahumada, citada por Calatroni, el promedio de coexistencia de carcinoma y mioma llega al 26,7 % de los casos.

Los antiguos veían en el mioma, una causa favorecedora del desarrollo del carcinoma, atribuyéndole distintos mecanismos: distensión del endometrio por el núcleo submucoso, por ser un motivo de irritación permanente, por impedir el drenaje fácil de las secreciones, etc.

Poco a poco esas ideas fueron perdiendo terreno y la opinión de la mayoría de los contemporáneos es que la miomatosis uterina coincide con el cáncer del endometrio dada la gran frecuencia de los miomas en la edad propicia al desarrollo del blastoma (Frank-Novak y otros). Strackam, dice categóricamente "que anatomopatológicamente no se puede admitir que una neoplasia predisponga a otra". Meigs y Randall también niegan papel etiológico a los miomas.

Lo que la experiencia nos enseña es que el fibroma puede enmascarar al cáncer y que el fibroma que sangra en la menopausia o en la vecindad de ella es muy sospechoso de ser un carcinoma de endometrio. De ahí, que sistemáticamente debemos hacer un raspaje antes de operar un fibroma, que nos pondrá a cubierto del error y al mismo tiempo nos indicará la extensión que debemos dar a la operación a practicar.

HIPERPLASIA DEL ENDOMETRIO

La relación existente o no, entre hiperplasia del endometrio y carcinoma, viene siendo discutida desde hace muchos años y todavía no ha terminado, porque en realidad no hay pruebas demostrativas e inequívocas de la posible vinculación entre ambos procesos.

Aschoff, la juzga muy dudosa. Heurlin, la niega terminantemente, porque dice que siempre encontró rodeando al carcino-

ma circunscrito un endometrio atrófico. Burch (citado por Víctor Rodríguez), dice, "nunca vi las dos cosas juntas y nunca vi la hiperplasia ser precursora del cáncer". Para Payne, en un total de 534 casos de carcinoma de endometrio, la coexistencia de hiperplasia ha sido de 2,4 % lo que hace pensar que se trate de pura coincidencia.

En cambio Taylor, Novak y otros creen que la hiperplasia puede ser considerada como un proceso precarcinomatoso.

En nuestra opinión, la hiperplasia simple es un proceso benigno que hallamos frecuentemente en los raspajes biópsicos, en enfermas en actividad genital, vecinas a la menopausia. A muchas de ellas las hemos podido seguir durante años sin observar nunca transformación maligna. En cambio el hallazgo de un carcinoma es un hecho más raro y el anatomopatólogo nos informa a menudo, que junto a la lesión blastomatosa se encuentra en muchos casos un epitelio atrófico.

CARCINOMA DE ENDOMETRIO Y ADENOMIOSIS

Puede existir un parentesco entre dos afecciones. Como sabemos la adenomiosis tiene un poder invasor y puede recidivar después de un raspaje; tiene características de malignidad por su poder de infiltración, de recidiva y de metástasis. Pero no conozco casos descritos en que una adenomiosis haya dado origen a un carcinoma.

PROPAGACION

El carcinoma de endometrio se propaga con bastante lentitud, lo que lo hace considerar como el menos maligno de los canceres genitales femeninos.

La propagación por contigüidad en toda o gran parte de la mucosa uterina es un hecho observado con frecuencia y algunos autores, Weibel entre ellos, han encontrado algunos casos, siempre muy reducidos, en que la propagación se extendía por la mucosa de las trompas.

Es igualmente frecuente encontrar casos en que la invasión se ha hecho en profundidad, sobre todo en los de tipo endofítico;

en estos casos se admite que la célula neoplásica debido a su poder histolítico, penetra entre los haces musculares y avanza hasta la vecindad de la serosa.

Se comprende fácilmente que cuando preexiste un proceso de endometriosis, la facilidad de la invasión sea mucho mayor y sobre todo se efectúe más rápidamente.

La propagación linfática existe indudablemente pero con mucha menos intensidad que en el cáncer del cuello uterino; se efectúa en general tardíamente por la vía de los pedículos linfáticos superiores correspondientes a los ligamentos infundibulo-pélvicos que descargan su contenido en los ganglios de la cadena lumboaórtica, o en el pedículo inferior que sigue el trayecto de las arterias uterinas, infiltrando los parametrios.

Debemos destacar la importancia de reconocer clínicamente, en todo lo posible, el grado de propagación de la neoplasia para fundar un pronóstico e indicar el tratamiento apropiado.

ETIOLOGIA

Capítulo lleno de incógnitas, como en todos los casos en que se han buscado causas originarias del cáncer en cualquier punto del organismo.

En el cáncer del endometrio, tampoco han valido los datos hereditarios, los antecedentes personales, los traumatismos obstétricos de la multiparidad, etc.

Ultimamente se ha insistido como factor cancerígeno, en la acción prolongada de los estrógenos.

Algunos autores, han encontrado la coexistencia de tumores de la granulosa (tecomas), con cánceres del endometrio, que actuarían prolongando la acción estrogénica natural del ovario, en forma persistente sin el descanso luteinizante del segundo período del ciclo.

Otros han conseguido producir en cobayas cáncer de endometrio, por implantación de estradiol, dejándole actuar persistentemente durante 550 días (Riesco).

Fremont-Smith (citado por Víctor Rodríguez) relata el caso de una paciente tratada con estrógenos durante ocho años. A los cinco años observóse una hiperplasia glandular, a los ocho un carcinoma de endometrio.

Pero la clínica, siempre soberana, ha demostrado que a pesar del uso y abuso de la medicación estrogénica sustitutiva de estos últimos años, no ha aumentado el número de cáncer de endometrio en la proporción que pudiera sospecharse.

SINTOMATOLOGIA

Si bien la metrorragia es un síntoma corriente en los cánceres del endometrio, no podemos decir que tenga características propias que permitan afirmar el diagnóstico.

Si la metrorragia se produce en una enfermo en plena actividad genital, no podríamos diferenciarla de las producidas por otras afecciones uterinas como el fibroma submucoso, capaz de producir metrorragias semejantes a las del cáncer del endometrio.

En cambio, cuando las metrorragias aparecen alejadas por varios meses o años del período de la menopausia tienen en su presencia exclusiva, una significación de malignidad, que no se desvirtúa hasta que una franca demostración anatomopatológica en contrario, levante la pesada carga de la sospecha.

Las metrorragias del cáncer del endometrio, no son precoces como suelen ser las del cuello uterino; para que se produzca el blastoma debe haber evolucionado hasta producir focos de necrobiosis con destrucción de partículas tumorales y apertura de los delicados vasos capilares del tumor.

De ahí que suelen ser discretas al principio y detenerse espontáneamente, características que bastaban a J. L. Faure para afirmar el diagnóstico de malignidad. Cuando el tumor ha evolucionado se presentan hemorragias profusas, que conducen fácilmente a la anemia secundaria, si se tiene en cuenta que se repiten con frecuencia en personas de edad avanzada en las que la recuperación espontánea es más difícil.

Ese es el estado en que frecuentemente nos llegan estas enfermas a los servicios hospitalarios.

Con el progreso de la afección, la metrorragia deja de ser pura y puede ir mezclada o contaminada por una secreción hialina o serohemática, que mancha continuamente las ropas, dejando en la periferia de las manchas un halo amarillo-rosado característico.

La verdadera hidrorrea, como se presenta en los fibromas submucosos, es excepcional en el cáncer del endometrio.

Resumiendo podemos decir que son metrorragias indoloras, muchas veces pequeñas, que cesan espontáneamente, que se repiten sin ningún ritmo, no obedeciendo a ninguna causa específica; que suelen espaciarse durante muchos días, lo que hace que las enfermas poco instruídas le resten la importancia que tiene y acudan a las consultas meses o años después de la comprobación de los primeros síntomas.

Pensamos, de acuerdo con Bisch (citado por Arenas), que un síntoma como la metrorragia observado después de la menopausia, entraña una responsabilidad tan grande al médico, que exige de éste una decisión precisa de la cual depende la vida de la enferma.

El dolor.— Consideramos al dolor como un signo de escaso valor para fundar un diagnóstico de cáncer del endometrio.

1º) Porque nunca hemos observado los dolores hipogástricos precoces con repercusión lumbar y del tipo exclusivo que se designaban como “dolores de Simpson”.

2º) Porque cuando en un cáncer del cuerpo uterino aparecen dolores, es porque está tan evolucionado que denota que la invasión se acerca a la serosa del órgano o ha invadido vísceras contiguas lo que le resta todo valor práctico a este síntoma, salvo el de servir para hacer el pronóstico e indicar simplemente tratamientos paliativos.

DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Es un diagnóstico difícil de afirmar por el examen clínico ginecológico exclusivamente. Se trata de una afección oculta a la vista, localizada en el interior del útero, que no se revela con la colocación del espéculo, ni con el examen vagino-abdominal. La anamnesis y los síntomas solamente proporcionan elementos de juicio para pensar en esa enfermedad y los principales síntomas, como la hemorragia, la leucorrea, el flujo, etcétera, son comunes a otras afecciones ginecológicas y no tienen en sí nada de específico. De ahí que empecemos por hacer un diagnóstico de presunción y que busquemos la confirmación con los métodos auxiliares.

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION

Se sospecha cáncer de endometrio, en los casos en los cuales aparecen metrorragias en mujeres en edad vecina a la menopausia o cuando se presentan meses o años después de cesado todo flujo menstrual.

Sin embargo no hay que pensar de manera absoluta que toda pérdida roja postclimatérica es debida a un cáncer de endometrio y que por ese solo motivo se justificaría un tratamiento quirúrgico radical.

Todos los ginecólogos han visto casos que tenían esa fundada sospecha clínica y que luego se revelaron como casos benignos, gracias a los métodos auxiliares del diagnóstico; como el raspaje biopsico, por ejemplo. En muchos casos el examen ginecológico nos revela un útero de tamaño, forma y movilidad normal con fondos de sacos vaginales libres de lesiones anexas; pero otras veces el aumento de tamaño del útero contrastando con los signos de atrofia senil del resto del aparato genital orienta el diagnóstico en forma más positiva.

Es este contraste, deseo recalcarlo, el que me ha permitido en algunas ocasiones inclinar mis presunciones hacia el cáncer del endometrio. Es claro que el mioma asociado tan a menudo al blastoma, puede confundir el diagnóstico, pero es excepcional que un fibroma dé lugar a hemorragias después de algunos años de menopausia y si lo hace debemos pensar en su degeneración carcinomatosa.

AUXILIARES DEL DIAGNOSTICO CLINICO

Como auxiliares del diagnóstico, se han citado la exploración con el histerómetro que en casos malignos daría lugar a una pequeña hemorragia; también se preconizó por algunos autores el tacto intrauterino y la histeroscopia con instrumentos apropiados; todos métodos de escaso valor que han caído justamente en desuso. Por nuestra parte, nunca los hemos empleado.

Colpocitología.— Es una práctica que va extendiéndose en todos los medios científicos y son innumerables los trabajos de-

dicados a esta disciplina. Podemos decir que aún no ha llegado a la completa madurez y que arroja cifras importantes de falsos resultados aun en manos de excelentes investigadores.

Además exige un equipo especializado, con larga experiencia para que tengan valor sus afirmaciones.

Histerografía.— No la empleamos corrientemente en las sospechas de cáncer de endometrio:

1) Porque cuando ella descubre una cavidad uterina anormal o lacunar al decir del propio Beclere, está indicado el raspaje biópsico para llegar a un diagnóstico correcto.

2) Porque creemos que la histerografía, si bien es de práctica sencilla, no deja de ser una molestia para enfermas, en su mayoría añosas, aparte de las complicaciones que se han descrito por distintos autores y que nosotros tuvimos ocasión de presenciar; como pasaje a la circulación venosa del líquido de contraste o impulsión hacia las trompas y el peritoneo de líquidos o células endometriales.

3) Porque consideramos al raspaje biópsico, como el método soberano para hacer un diagnóstico correcto de cáncer de endometrio.

RASPADO EXPLORADOR

Tanto en nuestra clientela como en la hospitalaria imponemos el raspaje biópsico del endometrio desde la primera metrorragia que aparezca en el período de la premenopausia.

Creemos que con este rígido criterio se llega a descubrir el cáncer del cuerpo uterino en sus primeras etapas, cuando las enfermas se presentan presurosas ante la emoción que les produce una metrorragia inesperada.

Cuando por desidia, por ignorancia o por temor las enfermas han dejado transcurrir mucho tiempo, el raspaje biópsico revela formas más evolucionadas y el deficiente estado general de las pacientes también lo ponen de manifiesto.

Para Novak, la biopsia del endometrio es más necesaria que la del cuello, porque en éste las lesiones precoces son más visibles.

Al raspado biópsico le damos la importancia de una pequeña gran operación, pensando que él decide de una manera categórica en la mayoría de los casos la conducta a seguir una vez obtenida la contestación del anatomopatólogo.

Se trata, pues, de una intervención sencilla pero de gran responsabilidad.

TECNICA QUE EMPLEAMOS

Hacemos preceder el raspaje por inyecciones de antibióticos aunque no haya manifestaciones de infección. Empleamos la anestesia al pentotal, para poder efectuarlo con toda corrección. Previa desinfección con solución de mercurio cromo externa, aplicamos valvas vaginales, hacemos desinfección de la vagina y cuello e introducimos delicadamente el histerómetro. Conocido el tamaño y posición del útero, hacemos la dilatación del cuello con bujías de Hegar hasta llegar al N^o 8. Acto continuo procedemos al raspaje, teniendo en cuenta dos principios fundamentales, que son:

- 1^o) El raspaje debe tener material suficiente para el examen anatomopatológico.
- 2^o) Si este material viene fácilmente en las primeras maniobras, no debemos proseguir raspando toda la cavidad, con lo cual se evita la hemorragia y la posible difusión del blastoma por abertura de vías linfáticas.

En cambio, cuando encontramos mucosa atrófica y escaso material de biopsia, procedemos metódicamente raspando caras anterior y posterior, fondo uterino y bordes laterales. Colocamos mecha intrauterina y vaginal impregnada en glicerina y sulfamidas, mecha que retiramos a las cuarenta y ocho horas.

El material del raspaje marcha al Laboratorio de anatomía patológica en una solución de formol al 10 %, acompañando datos clínicos de la enferma.

Efectuando con todas estas precauciones el raspaje biópsico, no ofrece ninguna peligrosidad y no hemos observado en nuestra práctica ni infecciones, ni perforaciones uterinas, ni diseminación del mal.

Creemos que llegado al diagnóstico positivo por el raspaje, debe practicarse el tratamiento radical lo antes posible. Si el quirúrgico por razones especiales como veremos más adelante hubiera de diferirse, colocaremos una dosis de radio intrauterina al retirar la mecha del raspaje.

En los casos de piómetra empezamos por drenar el útero, desinfectándolo a base de antibióticos y practicamos el raspaje una vez mejorado el estado general.

Por último diremos que el raspaje biópsico y el consecuente estudio histológico del material extraído nos hace el diagnóstico diferencial con distintas afecciones hemorragíparas del endometrio, como la metropatía hemorrágica, los pólipos, la endometritis tuberculosa, etc.; el mismo mioma submucoso lo acusa la cureta, al provocar un nítido resalto en su excursión siempre al mismo nivel.

Además en estos últimos casos podemos confirmar el diagnóstico con la histerografía que suele ser muy demostrativa.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Durante muchos años el tratamiento de esta afección del aparato genital femenino, era exclusivamente quirúrgico, pero a partir de los interesantes resultados obtenidos con ródium por la escuela de Estocolmo, las opiniones dejaron de ser tan radicales y se reconoció que si para una afección tan grave había dos procedimientos excelentes a emplear, el quirúrgico y el actínico, lo razonable sería no encastillarse en uno solo de esos métodos terapéuticos, sino emplearlos indistintamente, solos o combinados, después de un estudio profundo de las condiciones locales y generales de cada enferma.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Deben confiarse al tratamiento quirúrgico, los casos en los que la lesión está limitada al útero, en enfermas que conservan buen estado general o con afecciones concomitantes que puedan reducirse o desaparecer con los recursos del tratamiento médico preoperatorio. A esta categoría de enfermas se las considera *francamente operables*.

Pero no siempre se presentan las enfermas en esas condiciones; aparentemente el carcinoma se presenta limitado al útero pero en enfermas obesas, diabéticas, cardíacas, renales o muy ancianas, en quienes el éxito operatorio sería muy problemático de obtener. A estas enfermas se las considera también operables, pero debe evitárseles el trauma quirúrgico y son para nosotros enfermas tributarias del tratamiento actínico.

Debemos adelantar, que nos ha pasado algunas veces que a raíz de este tratamiento las enfermas han mejorado por años; en un caso, la duración fue de diez años y recién apareció recidiva "in situ" con piómetra y como las enfermedades concomitantes: diabetes y obesidad habían desaparecido, pudimos operarla con éxito.

En otros casos el rádium no había sido efectivo totalmente y al año o año y medio aparecieron pequeñas metrorragias, signos de cáncer residual y también la mejoría del estado general nos permitió operarlas con excelentes resultados.

Con lo expuesto se comprende que además del tratamiento quirúrgico puro o actínico exclusivo, existe un tratamiento mixto en que se emplean combinadas ambas técnicas y que en casos especiales pueden completarse por roentgenoterapia.

En nuestra práctica hospitalaria y privada, si bien preferimos el tratamiento quirúrgico, somos eclécticos y en algunos casos empleamos el rádium o ambos métodos combinados.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Reconocemos al tratamiento quirúrgico la virtud de cumplir con el principio fundamental en cancerología, es decir de extirpar junto con la lesión, el órgano que la alberga y las zonas linfáticas que le son tributarias, así como órganos capaces de ofrecer terreno fácil para las metástasis.

En esta forma expresamos que somos partidarios como la mayoría de ginecólogos y cirujanos de la histerectomía total con anexectomía bilateral y resección de la parte alta de la vagina.

Esta intervención que antes tenía un alto porcentaje de mortalidad operatoria y de morbilidad, actualmente lo ve muy reducido gracias a los distintos factores que han incidido para mejorarlo, como los antibióticos, las transfusiones de plasma o sangre,

la anestesia en circuito cerrado, para no nombrar más que las principales, las que unidas al perfeccionamiento de las técnicas y a la mejor preparación preoperatoria y a los cuidados minuciosos del postoperatorio, constituyen garantías de mayor seguridad en los resultados finales.

Operamos por vía abdominal empleando las incisiones de Pfannestiel o la laparotomía mediana, porque le reconocemos las ventajas indiscutibles de exposición del campo operatorio, de permitir extirpar al mismo tiempo lesiones concomitantes, como tumores de ovarios, hidro o piosalpinx, fragmentos de epiplón adherido y sobre todo ligar y seccionar muy lejos del útero los pedículos úteroováricos y de los ligamentos redondos, además de permitirnos una correcta hemostasis y peritonización.

Autores modernos van más lejos en la cirugía del cáncer del endometrio y como ya lo hacía Werthein, preconizan la colpohisterectomía ampliada con vaciamiento ganglionar ilíaco interno y externo y disección de los parametrios.

Son partidarios de esta terapéutica Meigs y Randall en los Estados Unidos y recientemente en Francia, Brocq, Tailhefer y Sakka-Amini basándose en 32 colpohisterectomías ampliadas (casos personales de Tailhefer de 1942 a la fecha) sostienen que la invasión ganglionar ilíaca es una causa de los fracasos de la histerectomía total simple.

Estos autores encontraron 4 invasiones ganglionares en 18 casos operados siguiendo estos principios, lo que demuestra la frecuencia de estas metástasis.

Se ha objetado a estas nuevas tendencias, la extensión de la exéresis, que la localización del tumor debía ser tomada en cuenta y que parecería exagerada para tumores circunscritos sobre todo al fondo uterino. En opinión de Seneque y Funck Brentano, la extensión de la exéresis se justificaría en localizaciones al fondo uterino. Todos estos autores reconocen, como lo hemos dicho en este trabajo, que los casos en el límite de la operabilidad aprovechan de un primer tiempo de curieterapia, lo mismo que los que por su estado general pueden correr graves peligros por una amplia exéresis.

Nosotros no hemos empleado aún estas nuevas técnicas de extensión quirúrgica, pero las vemos con simpatía y nos propo-

nemos seguirlas en casos bien indicados porque pensamos que a enfermedades tan graves como la del cáncer del endometrio hay que aplicarles todos los recursos de que dispone el arte de curar.

Estas nuevas técnicas que según los autores mencionados llegan a un 80 % de curaciones de cinco y más años, vendrían a disminuir la afirmación de Heyman de que la cirugía había llegado al máximo, que se encontraba en un punto muerto y que todos los progresos en adelante había que atribuirlos a la curie-terapia.

Las desventajas del tratamiento quirúrgico son el trauma operatorio, la peritonitis, las embolias y las complicaciones cardiopulmonares, todas ellas facilitadas por la edad de las enfermas y el índice natural de menor resistencia.

En resumen, somos partidarios del tratamiento quirúrgico en los casos operables. Empleamos rádium en los no operables y muchas veces los ponemos en condiciones de operabilidad. Entregamos decididamente a la actinoterapia, los inoperables.