

CRITERIO DE ELECCION  
EN LA TECNICA A ADOPTAR  
PARA LA CIRUGIA  
DEL CARCINOMA ENDOMETRIAL \*

*Dr. ARTURO ACHARD*

Como aporte a la discusión del tema Carcinoma de Endometrio, vamos a plantear nuestra posición frente al problema de la elección del procedimiento operatorio en el tratamiento de este tipo de tumor maligno genital que por sus especiales características —su evolución más lenta que el cáncer cervical, la edad en que aparece y los problemas diagnósticos que puede plantear frente a imágenes histológicas de hiperplasia endometrial que tienden a crear dudas diagnósticas de difícil solución—, hace que la conducta a adoptar frente a casos clínicos que puedan ser considerados como técnicamente operables —y comprendemos aquí todo el conjunto, desde los considerados hoy como grado 0 dentro del carcinoma endometrial, hasta las lesiones comprendidas dentro de los grados I, II ó III, y hasta algunos casos comprendidos dentro del grado IV de la clasificación de Schmitz—, que aunque también susceptible de objeciones es útil, por su sencillez para la apreciación discriminatoria del grado evolutivo del tumor.

Creemos sin embargo respecto de clasificaciones, que para el carcinoma de endometrio —más aún que para el cáncer de cuello, y ésta es también la tendencia actual en este tipo de tumor genital— sólo puede fijarse exactamente el grado real evolutivo y de malignidad, una vez extirpada la pieza operatoria,

\* Contribución al tema oficial de la Seccional Ginecotocológica: "Cáncer de endometrio", 15 diciembre de 1955.

lo que nos permitirá establecer con precisión en extensión y profundidad las características del tumor, y el patólogo podrá darnos el diagnóstico exacto del tipo de tumor y del grado de inmadurez de la célula carcinomatosa.

Sólo después de esta compulsión de datos es que la clasificación se clarifica y el tumor se ubica en su exacto casillero. Pero como esto resulta para el clínico posible de realizar sólo en parte, la conducta a seguir debe estar guiada por una cuidadosa historia clínica, el examen lo más minucioso posible de la enferma, y los datos invalorable que va a suministrarnos la biopsia endometrial, y con la posesión de estos elementos, podremos en la mayoría de los casos tomar una decisión y elegir la técnica mejor y más apropiada para cada caso particular.

Respecto de la conducta a adoptar es indudable que ésta se orienta francamente hacia la cirugía, y dentro de este campo es la *histerectomía total con anexectomía bilateral, considerada como la técnica más apropiada, y la que da mayores garantías de éxito*— 60 a 65 % de curaciones después de cinco años, de acuerdo a las estadísticas de los autores. Es por tanto la intervención considerada suficiente y no excesiva, con una mortalidad que oscila entre el 4 al 6 %.

*Creo que estamos todos de completo acuerdo en este punto fundamental y es la orientación terapéutica que seguimos en la mayoría de nuestras enfermas.*

*¿Cuáles son los fundamentos teóricos que tenemos para elegir esta técnica y cuáles los elementos tácticos de su desarrollo?*

En lo que se refiere a los fundamentos teóricos expresaremos:

1º) *El concepto que surge del estudio de las piezas operatorias en las cuales el sentido de la propagación habitual del tumor a través de la pared uterina se hace lentamente, y la comprobación de casos en los que se ha producido la eclosión peritoneal es de una frecuencia menor (promedio de 15 %, según las estadísticas).*

2º) *La circunstancia de permanecer el tumor limitado al útero durante varios meses permite su extirpación total por la técnica que comentamos.*

3º) *Selvo los casos de cáncer total, o de casos muy avanzados que hayan pasado la barrera del orificio interno del cue-*

llo, la propagación no se hace hacia los parametrios —lo que permite ser más restringido en las exéresis, que para los cánceres cervicales—. Dichas propagaciones deben buscarse habitualmente:

A) *Hacia la vagina*, en forma de uno o varios nódulos intravaginales o por debajo de la uretra, por el mecanismo de la extensión por vía linfática, o bien mediante el injerto de células neoplásicas a punto de partida del tumor corporal, hecho muy a tener en cuenta, en el curso de las maniobras diagnósticas, o durante la operación de exéresis del órgano.

B) *Hacia los órganos pelvianos* (peritoneo, vejiga, epiplón, ansa sigmoide, intestino).— Esta propagación, como lo expresáramos anteriormente, es bastante tardía.

C) *Hacia los anexos*.— Esta vía de diseminación plantea problemas de gran interés cuando se trata del mismo tipo histológico de tumor, a nivel de trompa y ovario.

Tendremos en primer término en cuenta los *injertos por vía tubaria*, de acuerdo a las comprobaciones de Sampson-Wallis-Dockerty, Ahumada y otros autores.

Estos injertos perfectamente comprobados por los autores citados, han hecho adoptar a algunos autores la táctica de bloquear ambas trompas al comienzo del tiempo de exéresis uterina mediante la colocación de pinzas a nivel de los cuernos uterinos, temiendo la evasión de células neoplásicas a través de las tubas.

Las metástasis por vía linfática son un hecho indiscutible. Estas metástasis pueden efectuarse ya a nivel de la pared tubaria, con mucosa sana a ese nivel, o ya a nivel de los ovarios, que pueden ser comprendidas en el proceso tumoral por metástasis linfáticas.

Queda todavía por considerar la propagación *por vía sanguínea*, y la extensión directa progresiva; la primera poco frecuente por la resistencia opuesta por la pared de los vasos a la invasión neoplásica; de la segunda existen documentos anatómopatológicos muy evidentes de este tipo de propagación por continuidad.

En cuanto al *problema de la extensión ganglionar a distancia*, conocemos los tres sentidos distintos de diseminación que pueden seguir las metástasis tumorales:

a) La más importante se vincula al pedículo linfático superior que recoge la linfa de la parte superior del cuerpo uterino, y que atravesando el mesosalpinx van al ligamento infundíbulo-pélvico y de ahí a la región lumbar para abocarse a los ganglios lumboaórticos superior e inferior que encontramos en las proximidades de la bifurcación aórtica.

b) Los colectores linfáticos de la parte inferior del cuerpo e istmo, que después de salir a nivel del borde lateral del útero van a confundirse con los que vienen del cuello y van a volcarse a los ganglios del pedículo linfático inferior.

La existencia de estos colectores linfáticos y las posibles anastomosis entre el pedículo linfático superior e inferior señaladas por Poirier y Seelig plantearían la necesidad de una terapéutica quirúrgica con un sentido más amplio que la histerectomía total simple. No obstante la rareza de metástasis comprobadas en los ganglios ilíacos, los posteriores estudios de Leveuf y Godard, que niegan estas anastomosis, han hecho que la técnica propuesta siga siendo la histerectomía total simple, reservando la total ampliada, sólo para ciertos casos del grado IV, o cuando sospechamos que el carcinoma ha pasado los límites habituales de la barrera ístmica. Sólo podría objetársele a la técnica de elección que comentamos el que persista la posibilidad muy poco frecuente de la recidiva vaginal baja suburetral.

c) En cuanto al tercer pedículo del ligamento redondo, con colectores que toman la linfa del ángulo y del fondo uterino van a dirigirse a los ganglios ilíacos externos. Señalamos que esta forma de propagación es muy poco frecuente (en la casuística del Servicio con 78 tumores malignos corporales de 1945 a 1954 no hemos observado ninguna metástasis *ganglionar de este tipo*).

#### ELEMENTOS TECNICOS Y TACTICOS A SEÑALAR

1º) *Anestesia*.— Es necesario expresar que los métodos modernos de anestesia y el perfeccionamiento del personal especializado han simplificado considerablemente nuestras técnicas operatorias, y por lo tanto el “*andar ligero*”, que era la norma en épocas anteriores ha sido sustituido por el de “*ser cuidadoso de la técnica aunque se demore algo más*”.

En efecto, ya sea la anestesia por éterciclopropano en circuito cerrado inducida o no con pentotal, y agregándole flaxedil; ya sea la novocaína endovenosa que ha entrado últimamente en la técnica de las anestésicas, o en otros casos la raquipercaína que nos ha dado muy buenos resultados, lo importante es la vigilancia permanente a cargo del equipo especializado, recurriendo si es necesario a las transfusiones de sangre o plasma que no las utilizamos sistemáticamente, sino cuando existen indicaciones precisas.

2º) Proceder con suavidad sin ejecutar tracciones violentas, y sin tomar en ningún momento al útero. La táctica seguida en el Servicio es la de tomarlo por los ligamentos redondos en su porción más interna; colocar dos largas pinzas de Kocher en la parte interna de los ligamentos anchos comprendiendo a la vez ligamento redondo y trompa, deteniendo la circulación de la uterina hacia la arteria ovárica, y sirviendo de barrera al tránsito de secreciones del útero hacia las trompas.

3º) *El peligro de infección y de injertos*, debe ser tenido especialmente en cuenta en la táctica operatoria a adoptar.

En lo referente a *la infección* —posible siempre por tratarse de tumores infectados, y en algunos casos con verdaderas piómetras—, es indudable, que el tiempo de sección vaginal es el particularmente peligroso, y por ello los autores han propuesto el cierre del cuello previo al comienzo de la operación, con puntos con hilo de lino o catgut, o como lo hace Douay con una pinza de Museux.

Otros utilizan el recurso de la colocación de la mecha *intra-uterina* que clausura prácticamente el cuello, o la aspiración continua por vía vaginal, propuesta por N. Nard.

Creemos que siempre que resulte posible, los puntos clausurando el cuello, nos ponen al abrigo de la contaminación séptica, y de la salida de células neoplásicas que podrían injertarse posteriormente.

Además el drenaje por vía vaginal, aprovechando el punto de mayor declive natural de la pelvis, dejando colocada una pequeña mecha rodeada de goma de guante, y el uso de antibióticos localmente y por vía parenteral (estreptomicina-tetramicina), en los primeros días del postoperatorio, nos ponen habitualmente en buenas condiciones de combatir con éxito las complicaciones infecciosas.

4º) *En cuanto a los problemas de hemostasis.*— Es preciso decir en primer término que frente a las directivas técnicas que la descripción clásica de la exéresis del útero en su totalidad nos suministra, existen variantes de técnica propuesta por diversos autores, que en lo substancial no modifican el procedimiento, y que los que estamos familiarizados con el mismo, y lo practicamos con frecuencia, las conocemos para utilizarlas en el momento oportuno.

Pero aparte de esto, existen variantes que dependen del caso mismo en lo referente a diferencias morfológicas, de la pelvis y de la disposición de los órganos internos; diferencias si se quiere poco aparentes, pero que son el motivo de esas variantes que van surgiendo a través del acto quirúrgico, y que motivan a menudo dificultades imprevistas, *descartando aquellos casos en que la evolución del proceso maligno haya modificado en tal forma las estructuras anatómicas que torne su extirpación más dificultosa.*

Y estas variantes morfológicas pueden surgir particularmente *cuando es necesario abordar la hemostasis de los pedículos uterinos*, por lo cual algunos autores han propuesto practicar la ligadura por fuera del cruce ureteral, lo que obliga a identificar el uréter impidiendo así de lesionarlo o de tomarlo en una ligadura. Por otra parte el proceder así permite la extirpación sin inconvenientes de hemostasis de una porción más amplia de vagina. No obstante la hemostasis venosa permanece siempre dificultosa dado el atipismo que existe a menudo en las integrantes del pedículo de la arteria uterina. Si tomamos la arteria uterina por dentro del uréter podemos realizarlo muy cerca del borde uterino, lo que no permite realizar la ligadura correcta, de las ramas cérvicovaginales, o *más alejado*, en el nacimiento mismo de estas ramas, lo que ayuda luego a efectuar una buena talla del collarín vaginal *con buena hemostasis*. Es evidente que este modo de proceder frente a un tejido celular que se presta a una buena disección da mayores seguridades que el colocar la ligadura demasiado cercana al cuello, lo que seguramente no va a asegurar la hemostasis vaginal correcta.

Por otra parte, debe tenerse bien presente la existencia de arterias cérvicovaginales simples, dobles, o con una bifurcación anormal, la presencia de venas atípicas y voluminosas, y la in-

serción a altura variable de los ligamentos úterosacro. Todo ello, unido en ciertos casos a la presencia de un parametrio poco flexible, y de una vaina conjuntiva que rodeando a la uterina resulta poco móvil, lo que no deja remontar fácilmente al útero, contribuye a crear esas dificultades reales frente a ciertos casos, lo que obliga a variar la técnica que se utiliza habitualmente. Por ello es que pensamos que mismo teniendo ajustada la técnica de esta intervención la situación variable de los elementos anatómicos que circundan al útero condicionan modificaciones de técnica como medio de asegurar el mejor éxito operatorio. Terminada esta parte fundamental de la ligadura de las uterinas, la ligadura de los ligamentos úterosacrós atrás, y los ligamentos de Mackenrodt a los lados del cuello, nos colocarán en buenas condiciones para proceder a la apertura vaginal —que no debe ser realizada antes del previo rechazo de la vejiga hacia adelante—, lo que contribuye al alejamiento de los uréteres a su entrada de la vejiga.

Un punto que deseamos comentar muy particularmente es el que realiza y enseña el Prof. Dr. M. Rodríguez López, al efectuar su técnica de *histerectomía total sin pinzas pediculares*.

Aquí el cirujano en el tiempo de ligadura de las uterinas pasa un catgut N<sup>o</sup> 2 cargado en una aguja de Hagedorn de buena curvatura, y pasando por dentro de cada ligamento úterosacro toma la arteria uterina y las ramas cérvicovaginales y saliendo por delante a ras del cuello. De este modo, en un solo punto se efectúa la hemostasis de úterosacrós, arteria uterina, y una vez terminado el tiempo de exéresis, este muñón se solidariza a los ángulos externos del collarín vaginal en forma similar a lo aconsejado por Richardson en su técnica de histerectomía total.

Los buenos resultados obtenidos en el Servicio mediante este punto de hemostasis, consideramos que hacen útil su conocimiento y divulgación; no nos vamos a ocupar de otros aspectos menos importantes de esta técnica dentro de cuyo desarrollo creemos haber dicho lo esencial, pues saldría de los límites de una contribución.

Nos queda aún por comentar lo referente a *histerectomía vaginal*, y a la *histerectomía ensanchada tipo Wertheim* o *Wertheim-Meigs*.

De la primera diremos en síntesis, que siguiendo directivas ya de antiguo trazadas por el Prof. E. Pouey y el Prof. C. Stajano en un trabajo muy documentado sobre cáncer primitivo del cuerpo uterino —publicado en el año 1931—, reservamos a la histerectomía vaginal las indicaciones de excepción.

Tienen a nuestro juicio mayor valor aún estas directivas, teniendo en cuenta que en la fecha en que dicho trabajo fue publicado, no podía disponerse aún del uso amplio de los antibióticos que dan un motivo de mayor seguridad que resulta invaluable en la elección de la vía a seguir.

Por tanto reservamos la indicación de *histerectomía vaginal*, a casos muy especiales, pues pensamos que *para la terapéutica quirúrgica del cáncer corporal* es:

a) una operación ciega, que obliga con frecuencia a dejar los anexos por las dificultades técnicas de extirpación;

b) que su exteriorización resulta a menudo difícil y riesgosa cuando existen adherencias intestinales y perivesicales;

c) expone en las maniobras de tracción a desgarros del parénquima uterino, con posibilidad de injerto de células neoplásicas, o derrame del contenido séptico en casos de existencia de piómetra;

d) la hemostasis pedicular resulta a menudo difícil, riesgosa e insegura; quedaría pues indicada en circunstancias muy restringidas, más aún hoy, con los éxitos cada vez más promisorios de la terapéutica por radiaciones en los casos en que la cirugía está contraindicada.

Diríamos que esta técnica es aconsejable:

- 1) En ciertos casos en que la cirugía por vía abdominal es peligrosa por la edad o la existencia de enfermedades (cardíacas), o en las obesas o mujeres con pelvis estrechas, beneficiándose de una técnica que puede desarrollarse bajo anestesia local y con cierta rapidez.
- 2) Cuando del estudio del caso se deduce que puede ser técnicamente indicada y fácil por tratarse de un útero pequeño (1er. grado), móvil, con tendencia a prolapsarse, y en una múltipara a vagina amplia.



En lo que respecta a las *indicaciones de las hysterectomías totales ensanchadas*, quedan reservadas a aquellos casos, en que el cáncer se ha extendido más allá del istmo transformándose en un cáncer total.

Es para estos casos que se plantea formalmente la operación de Wertheim, a la cual se agregaría la célulolinfadenectomía bilateral que resultaría la operación teóricamente ideal, aunque las condiciones generales de la enferma, y el factor edad deben de pesar seriamente en las decisiones del cirujano que no puede desconocer la jerarquía de un acto operatorio que condiciona riesgos importantes para la enferma, mismo descontado que quien va a realizar la operación es un cirujano entrenado en estas técnicas.

Por lo expresado, es que este tipo de intervención aparece como de indicación excepcional en la mayoría de las estadísticas.

Para terminar expresaremos que como el sentido de esta contribución ha sido la discusión sucinta de la técnica quirúrgica a escoger en la terapéutica quirúrgica del carcinoma endometrial, no vamos a entrar en la consideración del importante capítulo del tratamiento combinado de cirugía y radiaciones.

Diremos solamente, que dentro de las asociaciones propuestas, utilizamos con bastante frecuencia aunque no en forma sistemática la de cirugía-roentgenoterapia que pretende la esterilización de los focos neoplásicos no alcanzados por la cirugía. Creemos que si después de un estudio minucioso de la pieza operatoria puede llegar a establecerse que se trata de un grado I estricto, siguiendo así la clasificación anatomoclínica que es la que más nos complace, puede prescindirse de la roentgenoterapia postoperatoria sabiendo de la limitación del proceso dentro de los límites del órgano.

Para los otros grados más avanzados indicamos sistemáticamente la roentgenoterapia postoperatoria, cuya dosificación y técnica dejamos enteramente en manos del radioterapeuta.

## CONCLUSIONES

De todo lo expresado creemos pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1º) Que el carcinoma endometrial por sus especiales características, de lenta evolución, limitación habitual dentro de los límites de la cavidad uterina y por su tipo histológico se beneficia particularmente del tratamiento quirúrgico.

2º) *Que en la decisión a adoptar debe pesar:* el grado del tumor, la edad de la enferma, la posible existencia de enfermedades sistémicas, que condicionan conductas diferentes en relación con las circunstancias antedichas para lo cual el estudio cuidadoso de las enfermas local y general y el informe de la biopsia endometrial van a suministrarnos los elementos fundamentales que condicionan esta conducta.

3º) *Que resuelta la operación, es la histerectomía total con anexectomía bilateral, la técnica de elección* por las especiales características de este tumor maligno genital, y las vías de propagación habitual del mismo.

4º) Que la histerectomía vaginal puede estar indicada en un número reducido de casos, en los cuales por la edad y las condiciones generales de la enferma, la técnica anterior resulta particularmente riesgosa, y siempre y cuando se trate de úteros pequeños, móviles y con vagina amplia o susceptible de ser ampliada.

5º) Que las histerectomías ensanchadas tipo Wertheim o Wertheim-Meigs, quedan reservadas a los casos poco comunes de cánceres que hayan desbordado ampliamente el istmo, debiendo en estos casos ser tratadas las enfermas con el mismo criterio quirúrgico que los cánceres del cuello, aunque respetando las contraindicaciones que crea un acto operatorio más riesgoso en mujeres de edad más avanzada o con taras orgánicas.

6º) *Que en lo que se refiere a los tratamientos combinados* mostramos nuestras preferencias por la asociación cirugía-roentgenoterapia, sin efectuar este tratamiento asociado en forma sistemática.