

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE EL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO*

Dr. MANUEL B. RODRIGUEZ LOPEZ

El tema de Cáncer de endometrio, como tema oficial en este Congreso, ha sido un acierto porque a pesar de ser un tema tan frecuentemente tratado en todos los Congresos de la especialidad, aún quedan aspectos del mismo interesantes a insistir y fundamentalmente en la campaña que los ginecotocólogos deben hacer en toda oportunidad que se les presente para tratar de contribuir como en todo cáncer a que el diagnóstico se haga lo más tempranamente posible, porque en ello, como todos lo sabemos, radican las posibilidades de la cura del mal.

En treinta años de intenso actuar en la especialidad, hemos visto y tratado muchísimos cánceres de endometrio y nos hemos informado de todo lo que se ha escrito en las principales publicaciones del mundo entero, sobre este importante tema de la patología de la mujer.

Hoy traemos nuestra contribución sobre los cánceres tratados en la Primera Clínica Ginecotológica que se creó en el país en el año 1946 y que hemos venido dirigiendo desde entonces. Los demás casos tratados por nosotros en las clínicas especializadas en que hemos actuado anteriormente, así como las enfermas de nuestra clientela privada, que suman una gran cantidad de casos, no las incluimos en este aporte, entre otras causas porque queremos dar las cifras que manejamos en la Clínica Ginecotológica solamente.

* Contribución al tema oficial de "Cáncer de endometrio".

Tienen los guarismos que vamos a exponer un significativo interés y puede diferir con otros datos estadísticos de otros Servicios, diferencias en las relaciones que este cáncer endometrial tiene, en general, con el cáncer del cuello, y en éste con el porcentaje y la relación de los distintos grados del mismo, pues hay una corriente en los médicos generales a enviar los cánceres de cuello a los servicios especializados de cancerología, lo que da por esta causa una cantidad mayor de casos de cánceres cérvico-uterinos en ellos.

Las estadísticas a pesar de ser frías, tienen un alto valor y es por ello que nosotros vamos a mostrar, en primer lugar, nuestros números estadísticos en los años que corren desde 1946 a 1954. Siempre referidos, volvemos a repetir, a la Clínica Ginecitológica que está a nuestro cargo.

Han ingresado a nuestro Servicio en esos nueve años, 52.701 enfermas, de las cuales 9.887 se internaron en el Departamento de Ginecología.

Sobre estas 9.887 enfermas se han observado 283 con cánceres genitales, lo que arroja un porcentaje de 2,98 % sobre el total de enfermas asistidas.

La localización cancerosa en los distintos sectores del aparato genital, así como el porcentaje de estas localizaciones, frente al número total de cánceres genitales está dado en el cuadro que a continuación exponemos:

	Casos	%
Neoplasmas de cuello (ha habido 5 casos en muñón restante y 2 en embarazadas)	151	31,35
Neoplasmas de cuerpo (en estos ha habido 4 corioepiteliomas, 4 sarcomas corporales y 1 sarcoma de un pólipo del orificio interno)	78	27,56
Neoplasmas de ovario (bilateral 1)	23	8,12
Neoplasmas de vulva	21	7,42
Neoplasmas de vagina	8	2,82
Neoplasmas de trompa	2	0,70

En los 151 casos de neoplasmas de cuello el porcentaje, de acuerdo a los distintos estadios de evolución clínica, fue el siguiente:

	Casos	%
Grado 0	3	1,98
” 1	44	29,13
” 2	55	36,42
” 3	59	25,82
” 4	8	8,29

Como vemos por estos datos estadísticos, si le restamos al cáncer de cuerpo los 4 corioepiteliomas y los 4 sarcomas, tendríamos 70 casos de endometrio, lo que arroja un porcentaje de 24,73 por ciento, casi la cuarta parte sobre el número total de neoplasmas de los 283 casos tratados.

Con la base de la estadística de la 1ª Clínica Ginecotocológica, que fundamenta nuestra contribución, es que vamos a enfocar sólo algunos aspectos del problema. El tema en su conjunto, es misión del relator desarrollarlo.

Trataremos así de fundamentar criterios, para contribuir a la mejor capacitación e ilustración de los que nos lean, puesto que creemos que siempre estos enfoques tienen un interés docente, que ha de ser persistente en la acción y un interés en los aspectos nuevos que van surgiendo en el correr de los años, en todos los temas, no solamente de la ginecotocología, sino de la medicina entera.

Un primer hecho, es el llegar a un diagnóstico de la mayor precocidad. Podríamos decir que en el momento actual se está tratando de llegar al diagnóstico del cáncer incipiente de endometrio, buscando como se hizo en cuello, la manera de diagnosticar el carcinoma de endometrio en sus etapas iniciales, en las desviaciones celulares que marcan la iniciación del carcinoma endometrial en su faz intraepitelial.

La citología de endometrio, obtenida por aspiración es aún confusa y todavía no ha dado las posibilidades a que llegó la colpocitología del cuello para diagnosticar esta faz preclínica del cáncer.

Pero la histología ya está en esa etapa y es posible que los anatomopatólogos experimentados en estos sectores del aparato genital femenino, por la atipia de la disposición celular, de algunas características morfológicas de algunos sectores glandulares del endometrio, que aparentemente es común para el anatomopatólogo, no altamente especializado, pueda ya hablarse de grado 0 ó de carcinoma endometrial, tema que está en este momento siendo estudiado en el mundo entero para ajustar conceptos.

Otro aspecto en el diagnóstico clínico, que es el que entra o debe entrar como un elemento casi medular en el proceso psíquico de todos los médicos que tratan mujeres por alteraciones del aparato genital, es que el valor de la pérdida acíclica o de la pérdida cíclica, pero anormal en cantidad y en calidad, es el hilo conductor sobre el cual rápidamente se va hacia la discriminación rápida de la causal de estas alteraciones que muchas veces es positiva en el carcinoma endometrial. Este elemento de diagnóstico a pesar de la intensa prédica docente, escrita u oral, no ha hecho todavía carne de manera absoluta, como pretendemos, en los espíritus del médico o de todo ese conjunto de personas que actúan alrededor del médico y cuya acción tiene un valor importante, desde el punto de vista de la divulgación de estos hechos, cuyo norte es siempre la mayor precocidad en el diagnóstico del carcinoma de endometrio.

Es por ello que aprovechamos la oportunidad de esta reunión, para insistir sobre este problema que parece común, pero sobre el cual la experiencia nos ha demostrado que hay que insistir siempre

Otro importante elemento, y sin duda alguna el de mayor importancia, son las metrorragias, y éstas tienen un valor muy importante en las menopáusicas. Pero no hay que perder de vista, que las alteraciones cíclicas o las alteraciones cuantitativas o cualitativas de las menstruaciones en las mujeres en plena vida genital activa, tienen también un valor importante como

síntoma de probabilidad, al cual no hay que perder de vista para rápidamente confirmar o descartar este diagnóstico de tanto más valor cuanto más precoz sea realizado.

En nuestras enfermas 44 casos han sido menopáusicas que se han diagnosticado por haber existido metrorragia, pérdidas serosanguinolentas o píosanguinolentas.

En las premenopáusicas la alteración fundamental de cantidad y calidad de la pérdida menstrual o las pérdidas intermenstruales anormales, fueron las causas que nos llevaron a sospechar la lesión, que luego confirmó la biopsia.

Es interesante por lo demostrativo, ver cómo se han repartido nuestros 70 casos de acuerdo a las edades de las mujeres afectadas por carcinoma endometrial en nuestra clínica.

De 10 hasta 20 años	1 caso
" 20 " 30 "	2 casos
" 30 " 40 "	7 "
" 40 " 50 "	17 "
" 50 " 60 "	16 "
" 60 " 70 "	19 "
" 70 " 80 "	7 "
" 80 " 90 "	1 caso

Podemos decir que en esta edad de plena vida genital activa, son las pérdidas rojas, serohemáticas o pío hemáticas las que tienen un valor importante y fundamental como elemento conductor hacia el diagnóstico del carcinoma de endometrio. Los otros elementos semiológicos son de etapas muy avanzadas; como el aumento tumoral del cuerpo uterino o el dolor, o las infiltraciones, etc.

Hay que insistir sobre esto: que las pérdidas, metrorragias puras o impuras, son los elementos que llevan directamente a tratar de confirmar la sospecha del carcinoma que siempre debe plantearse, para desecharla o confirmarla, sólo bajo el informe anatomopatológico del material remitido al efectuar el raspado biopsico. Este es, en definitiva, el elemento fundamental, sin el cual no se puede hacer diagnóstico y al cual hay que recurrir

rápidamente para aclarar el diagnóstico de posibilidad, que siempre debe plantearse para confirmarlo o eliminarlo. De manera que, insistimos, aunque la insistencia pueda parecer trivial, que el raspado endometrial es el elemento básico fundamental, absoluto, imprescindible e ineludible con que el clínico debe siempre contar y con el cual él deliberadamente, como un imperativo categórico, debe resolver estos problemas que hemos planteado, cuando surge la posibilidad de la existencia de un carcinoma endometrial.

El raspado del endometrio debe ser total, y solamente no será así, cuando por alguna lesión muy avanzada los primeros golpes de cureta traen tejido francamente neoplásico en su aspecto macroscópico. Porque entonces si se quisiera insistir en hacer un curetaje total, podría haber la posibilidad de perforar el útero, órgano profundamente infectado en su cavidad endometrial, cuando existe en él un neoplasma avanzado y es además fácilmente perforable en esa avanzada etapa evolutiva.

Otro hecho importante a destacar en el legrado biopsico es que cuando el diagnóstico sea imposible porque el material extraído no fue abundante, hay que volver a insistir para que el anatomopatólogo tenga material suficiente para decidirse luego de un estudio exhaustivo, de todo el block de inclusión, del endometrio remitido. Lo mismo que en los casos sospechosos, donde hay una tendencia a la desordenación celular y en donde el anatomopatólogo diagnostique endometrio a vigilar, debe repetirse el raspado después de un tiempo prudencial, si persisten las alteraciones o las pérdidas uterinas.

Hay otro hecho a destacar y es el frecuente y vasto capítulo de las hiperplasias simples o glánduloquísticas que entran en el amplio tema de las metrorragias funcionales y que por la posibilidad de que pueda haber concomitantemente una degeneración, hay que estudiar lo más extensamente posible los preparados de todo el material remitido y si al cabo de un tiempo vuelve a presentarse este elemento rojo en la sintomatología genital de la mujer, repetir el raspado una y varias veces si fuera necesario, con plazos más o menos alejados entre ellos, que podríamos fijar entre los seis meses y el año del primer raspado hecho con fines diagnósticos, sospechando el neoplasma.

Tenemos algunos casos de mujeres a las cuales se la había hecho un diagnóstico correcto de hiperplasia glánduloquística del endometrio y al año nos encontramos que frente a otro cuadro metrorrágico un nuevo raspado da material, sobre el cual en anatomopatólogo, informa carcinoma de endometrio. Y también algún caso donde un examen anatomopatológico muy ligero, podría haber hecho equivocar el diagnóstico, pues la mayoría de los campos y preparados, mostraban una típica alteración glánduloquística del endometrio y, sin embargo, ya concomitantemente existía en un sector de ese endometrio, una evidente lesión carcinomatosa inicial.

Esta relación de hiperplasia glánduloquística y cáncer de endometrio, es un tema que se está estudiando intensamente en los últimos años y en donde evidentemente hay un factor etiológico causal estrogénico que relaciona estos procesos entre sí, y la posibilidad por consecuencia de la transformación neoplásica de los endometrios glánduloquísticos, hiperplásicos simples. Problema discutido todavía por algunos, pero que día a día asienta más sus íntimas relaciones y la posible transformación de un proceso hiperplásico benigno hacia la malignidad.

La histerografía como elemento de diagnóstico, la hemos hecho en casos muy limitados, porque la consideramos innecesaria y, además, porque la inyección en estos ambientes infectados, puede propagar las infecciones hacia la cavidad abdominal, complicación innecesaria desde el momento que no aclara, sino la localización de la lesión sin ningún valor práctico en el acto quirúrgico y, además, siempre es la biopsia el elemento de fundamental jerarquía en este proceso diagnóstico. Hemos hecho, repetimos, algunas histerografías a cavidad abierta con fines docentes e, insistimos nuevamente, que son peligrosas.

Un hecho que hay que destacar es que siempre que hagamos un raspaje o actuemos en una cavidad endometrial infectada, debemos protegernos con la impregnación antibiótica de la enferma.

Y aquí queremos también insistir sobre un hecho que ya hemos referido. Hay autores y escuelas que preconizan el raspado biopsico en los úteros miomatosos para descartar la posible concomitancia de un neoplasma endometrial con la miomatosis uterina. Nosotros hace tiempo que ya no la efectuamos, porque la

creemos innecesaria en el caso que estemos decididos a operar a la enferma por esa blastomatosis uterina benigna, y para evitar infecciones previas a la operación de la cavidad endometrial. Además, existe la posibilidad de que la irregularidad de la cavidad uterina haga imposible abordar la zona carcinomatosa presente, como pasa, por ejemplo, en los procesos que están en el ángulo diedro, cornisa superior que forma el cuerpo uterino con la saliencia de un mioma submucoso. Entonces, el material remitido puede ser todo benigno, porque la cureta rígida no puede abordar esa zona neoplásica, y extraer elementos carcinomatosos que le den al anatomopatólogo las posibilidades de diagnosticar esa concomitancia frecuente: carcinoma endometrial y miomatosis.

Volvemos a repetir, pues, que nosotros hemos descartado el raspaje previo en las miomatosis, y si hacemos cirugía conservadora, tratamos de estudiar de "visu", el endometrio. Así cuando hacemos una miomectomía simple abrimos deliberadamente la cavidad uterina para ver cómo está ese endometrio, cosa que antes se evitaba de cualquier manera. Ella tiene la ventaja de poder estudiar la cavidad endometrial y, además, al hacer la sutura a puntos separados de ese endometrio abierto deliberadamente, nos da la posibilidad de un drenaje fácil hacia la cavidad endometrial de los hematomas que generalmente se infectan en estas logias tumorales que cerramos por capitonaje. Así también cuando hacemos una fúndica estudiamos el endometrio del fondo extirpado y el endometrio residual para poder eliminar el neoplasma, de cuerpo. Y cuando hacemos una subtotal, en el mismo campo operatorio, abrimos el cuerpo extirpado, porque si existiera en él un carcinoma, deberíamos completar la operación con la extirpación del cuello y de los anexos si hubiéramos pretendido dejarlos. Esto tiene mucha importancia práctica, por eso insistimos en ello, porque en nuestra experiencia hemos tenido casos de esta naturaleza y conocemos algunos en donde después de unos días de operada la enferma por una histerectomía subtotal, el anatomopatólogo informó que había un carcinoma endometrial en la pieza remitida, con el consiguiente trastorno para el cirujano y el peligro para la enferma de una nueva e inmediata intervención.

Otro hecho importante es que ya no sólo en los úteros extirpados por miomatosis, sino en aquellos úteros extirpados por cualquier causa, debe abrirse la pieza extirpada en el acto operatorio porque puede haber una concomitancia del neoplasma con la lesión causal que obligó a hacer la histerectomía y entonces si ésta hubiera sido subtotal hay que totalizarla y anexectomizarla si se pensaban dejar los ovarios.

Hay otro hecho posible frente al neoplasma de endometrio por ser un cáncer frecuente en la edad madura, cuando una lesión del aparato genital interno de la mujer obliga en una mujer menopáusica a hacer una extirpación ovárica por un gran quiste ovárico, por ejemplo, conviene histerectomizar a estas enfermas cuyos úteros pequeños hacen fácil la intervención y sacar el otro ovario residual sin importancia funcional alguna. Este estado espiritual nos ha dado algunas satisfacciones, uno de cuyos casos relato por lo interesante.

Enferma de 80 años aproximadamente, con un enorme quiste ovárico del tamaño de una cabeza de adulto, profundamente incluido en el ligamento ancho, de trabajosa extirpación. Extirpamos también su útero pequeño, atrófico, que no había dado hasta entonces ningún elemento semiológico rojo, y el otro anexo sano. El estudio de la pieza macro y microscópicamente dio un carcinoma endometrial. Si nosotros nos hubiéramos dejado llevar solamente por el diagnóstico clínico del quiste incluido, hubiéramos extirpado el quiste, hubiéramos dejado el útero, porque no tenía ninguna sintomatología clínica y nos hubiera sorprendido ulteriormente ya un cáncer más avanzado en la enferma.

Estos son algunos aspectos de la importancia de los elementos que tenemos a mano, para que no nos sorprenda el desconocimiento de un neoplasma en actividad con un diagnóstico errado o equivocado.

Hay un hecho fundamental en el momento actual, con respecto a terapéutica, que queremos puntualizar y es el tratamiento del carcinoma endometrial. Somos partidarios del tratamiento quirúrgico y solamente no lo efectuamos cuando hay una contraindicación técnica o biológica o ante la negativa absoluta de la enferma. En ese caso hacemos actinoterapia.

Frente a estas ideas, veamos como fueron tratados nuestros casos: 50 fueron operadas no haciendo ninguna otra terapéutica, en 6 hubo cirugía y actinoterapia, 10 tratadas con actinoterapia solamente y 4 que se perdieron por haber pedido el alta contra la voluntad médica y no haber concurrido más a pesar de que se le requirió su vuelta al Servicio, ignorándose si concurrieron a otro Servicio, o si las sorprendió la muerte, sin terapéutica, por abandono.

Aprovechamos este momento para insistir en la necesidad absoluta de que las clínicas y los Servicios de nuestros hospitales, dependan de Salud Pública o de Facultad de Medicina, deben tener un cuerpo de visitadoras sociales eficaces, sin los cuales no es posible hacer una obra total en este aspecto de la cancerología, en donde es tan fundamental el seguir esas enfermas. Desgraciadamente no podemos dar cifras a través del tiempo de nuestras enfermas tratadas, porque carecemos de ese tan esencial recurso, verdadero atraso a remarcar ante las autoridades competentes.

Sobre el tratamiento quirúrgico que es el único tratamiento a que nos vamos a referir en forma sintética como aporte al tema, diremos: que estamos lejos de la época en que Louis Faure el gran ginecólogo francés aconsejaba la histerectomía subtotal en el carcinoma de endometrio. Hoy hay un acuerdo unánime en que el tratamiento lógico es la histerectomía total con anexectomía bilateral, que es eficaz en los casos no muy avanzados. Sin embargo el estudio de los linfáticos del cuerpo uterino y la posibilidad de corrientes linfáticas del cuerpo, diferentes en sus recorridos, a las corrientes clásicamente admitidas, pretendiendo algunos que hay vías linfáticas con un trayecto semejante a las del cuello, ya sea por anastomosis o por anomalías, hacen que se esté en un momento de corrección o de ajuste de la amplitud de la excéresis. No creemos que el neoplasma del cuerpo obligue a una histerectomía superensanchada tipo Wertheim-Meigs, sino en algún caso muy excepcional de cáncer avanzado. Estamos en la corriente de esas actualizaciones, y en el momento actual podemos decir lo siguiente: que cuando el neoplasma no es muy avanzado ni muy extendido, es decir, de fondo o cuerpo sin infiltrar mucho el miometrio, es suficiente

una histerectomía total con anexectomía bilateral. Cuando el neoplasma es muy avanzado y ya hay infiltración, o está cerca en su desarrollo de los límites del orificio interno, convendría hacer junto con la histerectomía total y anexectomía bilateral, una resección de la parte superior de la vagina donde pueden haber linfáticos retrógrados tomados, y además una revisión de los ganglios de las cadenas ilíacas y de la fosa obturatriz por si estuvieran tomados. En los casos positivos, hacer una linfadenectomía complementaria.

Este problema tiene interés en los neoplasmas avanzados, donde a esta exéresis amplia le agregamos nosotros la actinoterapia.

Hemos querido enfocar algunos aspectos, que reputamos interesantes en el problema de la carcinomatosis endometrial, como complemento al tema de esta seccional, y dando lo que consideramos práctico y de actualización con fines fundamentalmente docentes, misión que la clínica efectúa en todos los ambientes en donde haya una posibilidad de realizarlo.

RESUMEN

En el trabajo presentamos solamente nuestra estadística en el sector de la clínica ginecotológica que dirigimos en estos últimos años. El número de casos, aunque importante, está muy por debajo de los que hubiéramos podido aportar, si hubiéramos traído todos los casos que hemos tratado y estudiado en los treinta años de nuestra actividad profesional.

Puntualizamos el valor de las pérdidas endometriales principalmente en forma de metrorragia o alteraciones menstruales de distintas categorías.

Subrayamos el enorme valor que estas pérdidas tienen frente al diagnóstico de carcinoma endometrial en la menopausa.

Ponemos énfasis, en que el raspado es el único capaz de dar un diagnóstico seguro, que hay que repetirlos cuantas veces sea necesario, del cual nunca se debe prescindir para hacer y certificar el diagnóstico.

Damos algunos ejemplos del valor que tiene el estudio del endometrio en el acto quirúrgico, donde esta lesión puede estar

asociada a otra no maligna, y esta alteración benigna fue la causa de la indicación quirúrgica.

Y por último, actualizamos el tema del tratamiento quirúrgico del carcinoma endometrial. Damos en este aspecto algunos elementos de juicio, de cuándo conviene llegar a la histerectomía ensanchada tipo Wertheim o Wertheim-Meigs, de la que en el momento actual tanto se está hablando.