

CONTRIBUCION AL TEMA CANCER DEL ENDOMETRIO

Dres. ORIENTE RUIZ y CIRIACO R. URIBE

Siempre es interesante cualquier tema vinculado con la oncología porque pese a los progresos realizados es evidente que todavía desconocemos muchas facetas del complejo problema del cáncer. Si bien es cierto que hay directivas en el tratamiento, universalmente aceptadas, y elementos de juicio que se consideran valiosos para formular un pronóstico, la verdad es que no es raro observar en la práctica resultados paradójales, o dicho en otros términos, enfermas en las que todo hace suponer una evolución favorable, mueren víctimas del carcinoma, en tanto que otras deficientemente tratadas o en estados evolutivos más avanzados, se salvan.

Un ejemplo típico lo constituye la historia 818, enferma de 66 años en la que una vez efectuada la anexohisterectomía no se halla en el útero la lesión carcinomatosa que era indiscutible en los preparados de la biopsia. No obstante se hace roentgenoterapia postoperatoria; a los dos años fallece de carcinomatosis abdominal; en cambio, conocemos algunas pacientes en las que se han efectuado únicamente hysterectomías subtotales, por dificultades en el acto operatorio, y que se hallan perfectamente a los cinco y ocho años. Es que a medida que se acumula experiencia en cancerología se llega a la conclusión que la biología de la célula cancerosa juega un papel importante en la evolución del tumor.

Hay pacientes, pues, que están inexorablemente condenadas por precoz y correcto que sea el tratamiento, aunque es indiscutible, en términos generales, que los resultados son mejores cuanto más temprano se instituya la terapéutica adecuada.

En un meduloso trabajo, Corscaden y Towell * hallan que en 400 observaciones de carcinoma del endometrio, el 5 % de los casos localizados son de tipo letal. Además, han encontrado del 20 al 25 % con metástasis ganglionares y de acuerdo con su experiencia parecería que están condenadas todas las pacientes que presentan adenopatías aunque se haga la linfadenectomía.

La estadística de nuestro modesto Servicio del Hospital Español abarca 59 casos tratados, como se verá, en diversas formas, habiendo algunos en los cuales solamente se hizo el raspado explorador por ser intratables.

Se efectuó exclusivamente curieterapia en 6 casos; curieterapia y roentgenoterapia en 6; anexohisterectomía total en 10; anexohisterectomía subtotal en 1; anexohisterectomía total y roentgenoterapia en 24; curieterapia y anexohisterectomía total en 1; anexohisterectomía subtotal y roentgenoterapia en 3 × 4; curieterapia, anexohisterectomía total y mostaza intraabdominal en 1; anexohisterectomía subtotal y mostaza intraarterial en 1; laparotomía exploradora en 1; raspado explorador en 1; sin tratamiento activo en 1.

De los 59 casos fallecieron 17; de síncope anestésico 1; de infarto del miocardio 2; de uremia postlaparotomía exploradora 1; de insuficiencia cardíaca 2 y de caquexia y carcinomatosis 11. Se ignora el estado actual de 10 casos y viven 32, de los cuales de los cuales 12 con sobrevida entre cinco y nueve años.

Los sobrevivientes fueron tratados en la siguiente forma: con curieterapia 1, con curieterapia y roentgenoterapia 4, con anexohisterectomía total 4, con anexohisterectomía total y roentgenoterapia 21, con anexohisterectomía subtotal y roentgenoterapia 2.

Con respecto a la edad nuestros casos se distribuyen así: 1 de 35 años; 8 de 41 a 50 años; 30 de 51 a 60 años; 14 de 61 a 70 y 6 de más de 70 años. De tipo asténico eran 2; normotipos 11 y obesas 21. La diabetes se la observó en 10 casos, la hipertensión en 13 casos y la insuficiencia cardíaca en 4, afecciones que en ciertos casos impusieron modificaciones al planteo terapéutico preferido que es la anexohisterectomía total seguida de roentgenoterapia.

* "Am. J. Obst. & Gynee.", 68: 737; 1954.

Desde el punto de vista histológico sólo tuvimos ocasión de observar 3 carcinomas pavimentosos.

Por último, por la importancia práctica que entraña y como advertencia al médico general no especializado que tiene ocasión muchas veces de atender a estas enfermas por primera vez, deseamos destacar dos hechos fundamentales que son los siguientes:

En primer lugar la relativa frecuencia con que el carcinoma del endometrio se asocia con el mioma uterino, al punto que en nuestra pequeña estadística figuran 13 casos. En estas circunstancias se corre el riesgo que el médico no advertido impute la metrorragia o los trastornos menstruales al mioma e indique por consiguiente una terapéutica equivocada. Por eso en las miomas de más de 40 años nosotros preconizamos el raspado explorador sistemático antes de decidir el tratamiento y así se han evitado errores groseros.

El otro hecho sobre el cual queremos llamar la atención al médico práctico es la necesidad imperiosa del raspado explorador en toda premenopáusica con trastornos del ciclo y con mayor razón si la pérdida sanguínea aparece en una menopáusica.

Hacer hormonoterapia o medicación sintomática en todas estas enfermas, como hemos tenido ocasión de comprobarlo en muchísimos casos, sin previamente aclarar la etiología de la hemorragia es vituperable porque con esa conducta no se descubren carcinomas que de otra manera, tratados correctamente, permiten salvar a la paciente.

Nos ruboriza recordar estas nociones tan elementales de ginecología, pero la verdad es que no están lo suficientemente difundidas entre los médicos no especializados y aun entre los ginecólogos noveles. Las estadísticas lo corroboran con sus elevadas cifras de mortalidad y que evidentemente pueden y deben ser más bajas.