

## TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUERPO UTERINO

*Dr. FELIX E. LEBORGNE*

Veamos ahora el resultado de la experiencia disciplinada y honesta del director del Instituto de Radiología y Centro de Lucha Contra el Cáncer del Hospital Pereira Rossell. Dice así:

Si bien la radioterapia, comprendiendo rádium intracavitario y röntgen transcutáneo, se ha empleado en buena proporción de casos operables e inoperables, consideramos que las radiaciones no se han mostrado más eficaces que la cirugía en el tratamiento del cáncer del cuerpo uterino.

La cirugía puede considerarse tratamiento de elección en los casos clínica y técnicamente operables, dejando para las radiaciones los casos inoperables y los que perteneciendo al grupo de los técnicamente operables, no pueden operarse por razones de orden general.

### TECNICA RADIOTERAPICA

La técnica radioterápica comprende la gammaterapia local intracavitaria y la röntgen o telegammaterapia transcutánea, reservando este último procedimiento para los casos muy extendidos, en los que solamente se intenta un tratamiento paliativo.

La gammaterapia local se practica con el rádium colocado en una sonda que llega hasta el fondo del útero, procedimiento semejante al usado en el tratamiento del cáncer cervical.

Para mejorar la distribución de las dosis en el espacio y por lo tanto para tener más acción sobre la infiltración carcinomatosa del miometrio o periférica, se puede emplear la técnica

llamada de Paking, desarrollada por Heymann en el Radium-henet de Estocolmo, rellenando la cavidad uterina con varias cápsulas conteniendo fuentes de rádium.

Últimamente también se han diseñado dispositivos similares a base de perlas de cobalto y balones de goma que pueden ser rellenos con isótopos radioactivos particularmente el oro 198.

Es de rutina en este Servicio emplear un sistema de irradiación intracavitaria con una fuente lineal coaxial en una sonda metálica de 14 mm. de diámetro, procedimiento derivado del de Tood, de Manchester. Si bien este procedimiento requiere una considerable dilatación del cuello, la geometría de la irradiación es bastante correcta.

Las dosis empleadas son de aproximadamente 9.000 R. en el punto A, repartidas en dos aplicaciones que se hacen en un espacio de tiempo de 20 días.

## ESTADISTICAS DEL INSTITUTO DE RADIOLOGIA Y CENTRO DE LUCHA CONTRA EL CANCER

### CASOS DE CARCINOMAS DE CUERPO UTERINO CON MAS DE CINCO AÑOS DE TRATADOS

#### Hospital Pereira Rossell

Total de enfermas examinadas con vistas al tratamiento	113
Total de enfermas tratadas .....	107
Total de enfermas no tratadas .....	6
Por lesiones extendidas .....	3
Por muerte intercurrente .....	1
Por rechazo de la paciente	2
Sobre 107 enfermas tratadas:	
Curadas con más de cinco años	50
Fallecidas .....	50
Viva no curada .....	1
Pérdida de vista .....	6

Porcentaje de curación: 46,7 %.

## TRATAMIENTO

	Rádium	Rádium e histerect.	Histerect. total	Histerect. seguida de röntgen	Rádium y röntgen	Röntgen
Tratadas .....	41	19	32	5	8	2
Curadas .....	20	11	15	4	0	0

### División del examen histológico

Adenocarcinoma	88
Intermedio o mixto .....	8
Epit. baso cel. ....	7
No clasificados .....	9
No confirmado (esta enferma es fallecida) .....	1
Estadística en general de casos avanzados.	

### I DICE DE PARIDAD EN 1.768 CASOS DE CANCER DE CUELLO UTERINO

	Hijos	Casos		Hijos	Casos
0 .....		178		13 .....	37
1 .....		187		14 .....	25
2 .....		184		15 .....	12
3 .....		183		16 .....	10
4 .....		153		17 .....	4
5 .....		153		18 .....	5
6 .....		156		19 .....	1
7 .....		122		20 .....	2
8 .....		113		21 .....	0
9 .....		71		22 .....	1
10 .....		73		23 .....	1
11 .....		61		24 .....	1
12 .....		35			

1.768 casos neoplasmas de cuello: 178 nulíparas = 10,1 %.  
 1.119 no neoplásicas: 225 nulíparas = 20,1 %.

LA INCIDENCIA DE PARIDAD  
EN EL CARCINOMA DE CUERPO UTERINO  
PRESENTA UN ASPECTO CONTRARIO  
AL OBSERVADO EN EL NEOPLASMA DE CUELLO

Incidencia de paridad en el neoplasma de cuerpo; total: 238 casos

Con	0 hijos	96 enfermas	.....	43,0 %
"	1 "	26 "	.....	10,9 %
"	2 "	32 "	.....	13,4 %
"	3 "	20 "	.....	8,4 %
"	4 "	15 "	.....	6,3 %
"	5 "	17 "	.....	7,1 %
"	6 "	6 "	.....	2,5 %
"	7 "	6 "	.....	2,5 %
"	8 "	6 "	.....	2,5 %
"	9 "	4 "	.....	1,6 %
"	10 "	2 "	.....	0,8 %
"	11 "	1 "	.....	0,4 %
"	12 "	6 "	.....	2,5 %
"	13 "	1 "	.....	0,4 %

SEGUNDA PARTE

*“Análisis estadístico de resultados en el tratamiento del cáncer de cuello uterino”, por el Dr. Félix Leborgne. (Trabajo presentado en la sesión del día 19 de agosto de 1954.)*

SÍNTESIS.— Se presentan los resultados coleccionados en el Informe Anual para: “Resultados de tratamiento del carcinoma del cuello uterino”, vol. IX, editado por J. Heyman, Estocolmo, 1954, con resultados hasta el año 1947, comprendiendo observaciones sobre 87.424 enfermas provenientes de 72 Clínicas de 17 países diferentes.

En este volumen existe una contribución del autor de esta presentación con 880 enfermos. Del estudio comparativo de todas estas observaciones, así como del estudio de los últimos resultados quirúrgicos presentados por Brunschwig durante su visita a éste, en agosto de 1954, no parece resultar una superioridad del tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento radioterápico.

*Actas científicas*

*“Índice de fertilidad en el cáncer de cuello y cáncer del cuerpo uterino”, por el Dr. Félix Leborgne. (Trabajo presentado en la sesión del día 19 de agosto de 1954.)*

SÍNTESIS.— Se presenta un estudio comparativo de la incidencia por edades y del índice de paridad en el neoplasma de cuello y del cuerpo uterino, registrado en el Instituto de Radiología y Centro de Lucha Contra el Cáncer del Hospital Pereira Rossell, sobre un total de 1.879 casos de neoplasma de cuello y 238 casos de cáncer de cuerpo uterino.

DISTRIBUCION POR EDADES  
EN EL NEOPLASMA DE CUELLO DE UTERO  
SOBRE UN TOTAL DE 1.879 CASOS

Entre 15-19 años	.....	1 caso	—
” 20-24 ”	.....	17 casos	0,9 %
” 25-29 ”	.....	76 ”	4,0 %
” 30-34 ”	.....	136 ”	7,2 %
” 35-39 ”	.....	208 ”	11,9 %
” 40-44 ”	.....	302 ”	16,1 %
” 45-49 ”	.....	307 ”	16,3 %
” 50-54 ”	.....	277 ”	14,7 %
” 55-59 ”	.....	176 ”	9,4 %
” 60-64 ”	.....	179 ”	9,5 %
” 65-69 ”	.....	97 ”	5,2 %
” 70-74 ”	.....	62 ”	3,3 %
” 75-79 ”	.....	23 ”	1,2 %
” 80-84 ”	.....	12 ”	0,6 %
” 85-89 ”	.....	4 ”	0,3 %
” 90-94 ”	.....	1 caso	—
” 106 ”	.....	1 ”	—

DISTRIBUCION POR EDADES  
EN EL CARCINOMA DE CUERPO UTERINO: 238 CASOS

Entre	25-29	años	.....	1 caso	0,4 %
"	30-34	"	.....	1 "	0,4 %
"	35-39	"	.....	8 casos	3,3 %
"	40-44	"	.....	9 "	3,7 %
"	45-49	"	.....	21 "	8,8 %
"	50-54	"	.....	43 "	18,0 %
"	55-59	"	.....	40 "	16,8 %
"	60-64	"	.....	40 "	16,8 %
"	65-69	"	.....	31 "	13,0 %
"	70-74	"	.....	28 "	11,7 %
"	75-79	"	.....	11 "	4,6 %
"	80-84	"	.....	4 "	1,6 %
"	85-89	"	.....	2 "	0,8 %

Del estudio de estas tablas se deduce que la incidencia por edades es diferente en las dos localizaciones de cáncer, siendo más frecuente el carcinoma de cuerpo en los grupos de más edad.

Aunque este hecho es conocido y ha sido señalado por muchos autores, nos ha parecido interesante hacer conocer los datos estadísticos correspondientes a la patología nacional.

Respecto al índice de paridad, observamos que si bien en el neoplasma de cuello el porcentaje de nulíparas es de 10,1 %, índice que está por debajo de la proporción de nulíparas en las 1.119 enfermas no neoplásicas que hemos estudiado en la población hospitalaria en cuya cifra existen 225 nulíparas, o sea el 20,1 %.

En este estudio no se han incluido los abortos, lo que será objeto de una investigación posterior.

### CONCLUSIONES

1) Las hemorragias uterinas que aparecen en la menopausia o en períodos muy vecinos a estas épocas, deben ser sospechadas como carcinoma de endometrio.

2) En esos casos el médico sentirá comprometida su responsabilidad y no abandonará a su enferma sin llegar al diagnóstico correcto.

3) El raspaje biópsico, con estudio microscópico del material extraído y practicado por técnicos especializados, es el único medio seguro para llegar al diagnóstico exacto.

4) Los pólipos que asoman al orificio externo del cuello uterino, deben ser tratados por polipectomía y raspaje del endometrio, con estudio anatomopatológico del material extraído.

5) No hay un tratamiento de elección que se pueda emplear en todos los casos.

6) El estudio minucioso de la enferma decidirá si se debe tratar por curi y röntgenotomía u operar o si bien se debe hacer un tratamiento mixto: rádium, cirugía.

7) El tratamiento quirúrgico practicado por vía abdominal, histerectomía total con anexectomía doble es el que hemos empleado corrientemente.

8) Consideramos ventajosas las técnicas modernas para esta clase de afecciones, la colpohisterectomía ensanchada que es obligatoria en los casos en que el blastoma invade la región ístmica endocervical.

## OBSERVACIONES CLINICAS

HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

Servicio Prof. Luis P. Bottaro

1) J. I. R., 70 años, uruguaya, soltera, nulípara (H. C. 9.234). Ingresa por metrorragias que datan de veintidós meses atrás. Algunas importantes que dieron lugar a mareos. Desde entonces ha seguido perdiendo en forma intermitente. Expresa que muchas veces en lugar de sangre era un líquido rosado como agua de carne. Menarca a los 12 años. Menopausia a los 50 años.

**Examen genital:** V. y V. de nulípara con signos de involución senil, cuello con orificio puntiforme por el cual sale sangre roja. Cuerpo en anteversión un poco mayor que el que corresponde a su grado de involución del resto del aparato genital, móvil y no sensible. No se aprecian los anexos. **Raspaje biópsico:** Carcinoma de endometrio operable. Histerectomía total con anexectomía doble. Anestesia con raquipercaína 7 ½ mgs., método de Jones. Abierta la pieza se comprueba un neoplasma que se implanta en la cara posterior del útero. Paredes uterinas muy adelgazadas.

Postoperatorio, sin incidencias. Alta a los catorce días.

2) C. L., 56 años, uruguaya, blanca, soltera, nulípara (H. C. 9.869). Ingresa por géitorragias. Menopausia a los 48 años. A los 51 años pérdidas rojas irregulares en cantidad y fecha de presentación; ve médico quien le

indica tratamiento sintomático. Dice que pasó un año sin perder, para volver de nuevo con pérdidas escasas, irregulares, indoloras, que últimamente eran precedidas de escasos dolores y de aspecto de sangre aguada. Nunca observó pérdidas fétidas. Menarca a los 11 años, 3-30 regulares. En menopausia desde hace ocho años.

**Examen genital:** V. y V. normal de nulípara. Cuello pequeño bien epiteliado. Utero en retroversión más pequeño que lo normal, movilizable y duro. No se aprecian anexos. **Raspaje biópsico:** Epitelioma de endometrio a células cilíndricas, seudoglandulares, muy proliferantes. Anestesia con raquipercaína 7 ½ mgs., método de H. Jones. Histerectomía total con anexectomía bilateral. Postoperatorio, sin particularidades. Alta a los doce días.

3) A. C., 39 años, española, blanca, nulípara (H. C. 8.913). Ingres a por gémitorragias desde hace dos meses con exacerbaciones hace quince días y en el momento de su ingreso. Menarca a los 13 años, tipo 5-28. A los 28 años de edad a raíz de una tifoidea grave, dismenorrea, oligomenorrea y amenorreas de varios meses, alternando con pequeñas menstruaciones. Dice que no respondió nunca al tratamiento hormonal y estrogénico.

**Examen genital:** V. y V. de nulípara, cuello reblandecido un poco entreabierto, dando salida a sangre y coágulos en regular cantidad. Utero en retroversión, en cuya cara posterior hay un núcleo duro, probablemente fibromatoso del tamaño de un huevo de gallina, liso y poco reductible por la colocación transversal de ese elemento en la cara posterior del útero; estos datos se recogen mejor por el tacto rectovaginal que por el vaginal dada la exigüidad del fondo de saco posterior. Histerometría 7 cms. en retroversión. No se percibe nada anexial. **Raspaje biópsico:** Epitelioma glanduliforme con abundante degeneración mucinosa. Infección purulenta (C. M. Domínguez). Anestesia con raquipercaína, método de H. Jones, 8 mgs. Pfannestiel. Histerectomía total con anexectomía doble.

Postoperatorio, sin incidencias. Alta a los ocho días.

4) M. L. de P., 36 años, uruguaya, blanca, casada, nulípara (H. C. 19.154). Menarca a los 11 años. Última normal el 6 de enero de 1952. En febrero y marzo amenorrea, en abril menometrorragia abundante. Ingres a el 27 de mayo por genitorragia que dura todo el mes.

**Raspaje biópsico:** Endometrio en período proliferante, en el cual se encuentra un pequeño nódulo con los caracteres de epitelioma glanduliforme incipiente (Dr. Scolnik). Operación: raquianestesia con meticaína 150 mgs. Incisión de Pfannestiel. Histerectomía total, anexectomía izquierda. Abierta la pieza se comprueba una mucosa normal sin particularidades. Alta a los diez días.

5) R. S. de M., 60 años, uruguaya, blanca, casada, nulípara (H. C. 16.464). Ingres a el 9 de noviembre de 1948 por metrorragias discretas, intermitentes sin ritmo, de sangre roja, indoloras, sin repercusión sobre el estado general. Estos episodios comenzaron en el mes de mayo. Nunca se embarazó.

**Raspaje biópsico:** Carcinoma de endometrio infectado. Histerectomía total con anexectomía doble. Alta a los diez días.

6) C. G., 45 años, uruguaya, soltera, blanca, virgen (H. C. 11.044). Ingresa el 21 de febrero de 1942 por metrorragias. Hace cuatro días cuando terminaba su menstruación, tuvo una metrorragia muy abundante con coágulos, sin ningún dolor. La metrorragia persiste menos abundante. Hace un año tuvo un episodio semejante y desde entonces irregularidades menstruales predominando la abundancia. Menarca a los 12 años, regulares hasta hace un año, tipo 8-30.

**Examen genital:** Buen estado general —Himen conservado— muy resistente, dando salida a través de él a sangre roja en pequeña cantidad. Con anestesia al evipan, se hace dilatación himeneal y se exterioriza el cuello; ya en el curso de estas maniobras sale a través del canal cervical, tejidos en vías de necrosis, friables con aspecto neoplásico. Se pasa una cureta y se extrae abundante material con los mismos caracteres. El dedo explorador llega hasta el orificio interno apreciándose un endocérvix elástico, liso y en cambio por encima del canal cervical se aprecian vegetaciones con los mismos caracteres antes descritos. El cuerpo en intermedia, globuloso, doble de lo normal, de consistencia firme. Anexos no se palpan. Febrero 25-1942: operación. Raquipercaína 8 mgs. Método de H. Jones. Pfannestiel. Histerectomía total con anexectomía bilateral. **Examen histológico:** Epitelioma glanduliforme infectado (Dr. C. M. Domínguez). En setiembre de 1950, la enferma está en buenas condiciones locales y generales.

7) F. A. A., 73 años, uruguaya, blanca, soltera, nulípara (H. C. 30.058). Ingresa por metrorragias que datan de varios meses, la última hace cuatro días, de regular intensidad, con tendencia a disminuir. Tiene cuatro hijos sanos.

**Examen ginecológico:** V. y V. normal, cuello sano. Utero en anteversión, tamaño y movilidad normal. Histerometría 6 cms. Sangra en el curso de esta maniobra. Fondo de saco izquierdo, se aprecia una masa quística móvil, netamente separada del útero, no dolorosa de unos 7 por 8 cms. **Raspaje biópsico:** Al hacer el raspaje se tiene la sensación de paredes muy blandas y se extrae mucosa succulenta espesa. Operación el 16 de abril de 1955. Histerectomía total con anexectomía doble. Empleando como en todos los casos anteriores "el poncho" del Dr. Becerro de Bengoa en el momento oportuno del acto quirúrgico. Se extirpa la pieza en cavidad cerrada. En la porción intermedia de la cara anterior del recto se observan lesiones metastásicas del blastoma uterino. **Examen microscópico:** Tumor, caracteres de adenocarcinoma a células cilíndricas, ulcerado y supurado. Al examen macroscópico se observa que toda la cavidad uterina está ocupada por una masa blanco-grisácea de aspecto tumoral que infiltra la pared del cuerpo llegando hasta la serosa en varios puntos. Hacia abajo la infiltración tumoral invade la parte inicial del cuello uterino. Quiste del ovario a contenido pardoceo.

8) M. L. de T., 67 años, italiana, blanca, casada, unípara (H. C. 16.620). Ingresa por metrorragias. Menopausia a los 54 años. Hace tres meses comenzó con pérdidas sanguíneas en escasa cantidad de color rojo claro. Un embarazo y parto normal, hace cuarenta y dos años.

**Examen ginecológico:** V. y V. en franca involución, cuello pequeño, firme, bien epitelizado, deja salir sangre en pequeña cantidad. Cuerpo chico en retroversión, duro, liso, móvil, indoloro. No se palpan los anexos. **Raspaje biópsico** (febrero 15 de 1949): Epitelioma masivo a células claras cuya citología remeda en muchos campos a células deciduales. Estroma linfocitario con infección y necrosis (C. M. Domínguez). Esta enferma no fue operada por propia determinación.

9) F. F. de A., 70 años, uruguaya, blanca, casada, múltipara (H. C. 18.639). Ingresó el 29 de agosto de 1951 por pérdida de líquido serosanguinolento por los genitales. Dice que comenzó hace un mes y que esas pérdidas son continuas e indoloras. No acusa ninguna otra molestia. Tuvo dos hijos con partos normales. Menarca a los 13 años. Menstruaciones abundantes. Menopausia a los 40 años.

**Examen genital:** V. y V. estrechas, en el fondo pequeño cuello uterino sano. Utero aumentado de tamaño dos veces el tamaño normal. No se aprecian anexos. Completa movilidad uterina. **Raspaje biópsico:** Se trata de un adenocarcinoma a células cilíndricas y poliédricas, necrótico e infectado (doctor Scolnik). Histerectomía total con anexectomía doble. Anestesia con éter.

**NOTA.**— Respetando el límite reglamentario de páginas, dejamos para publicar más adelante, en otro trabajo, el total de la casuística que comprende más de 20 casos.