

CARCINOMA DE CUELLO UTERINO EN EL MUÑON

Dr. EDUARDO SCHAFFNER

El tema, traído a este Congreso de Cirugía, es de indudable interés y actualidad.

A medida que mejoran las técnicas anestesiológicas y que progresan las técnicas de los cirujanos, se extiende la indicación de la histerectomía.

Sin embargo, la facilidad operatoria y los buenos resultados inmediatos, ha modificado en los últimos años el ajuste diagnóstico de las lesiones uterinas a operar.

Estamos convencidos que la mayor parte de las histerectomías que evolucionan mal, se deben a diagnóstico apresurado e incompleto.

Es inadmisibles que se practique una histerectomía sin conocimiento previo de la histología del endometrio o de la mucosa cervical.

El estudio histológico previo permitirá efectuar la indicación correcta, es decir, resolver si el caso debe ser operado con previa irradiación.

Decidida la histerectomía, en todos los casos deberá efectuarse la ectomía total. Solamente una dificultad técnica podrá obligar al cirujano a practicarla subtotal.

Al no respetar estas directivas, aparecen las complicaciones inmediatas o mediatas, especialmente si había en el cuello o en el endometrio un cáncer ignorado.

En la estadística de nuestro Instituto del Pereira Rossell, el Dr. Topolanski recopiló en dieciséis años (1951-1966), 27 casos de cáncer de cuello residual.

En ese lapso se estudiaron 1.662 cánceres de cuello y de ellos 27 habían sido sometidos a histerectomía subtotal, lo que hace un porcentaje del 1,6%.

Con la capacitación técnica actual de los cirujanos, no es aceptable que la histerectomía total sea más difícil ni que por ello aparezcan otras complicaciones.

LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL EN EL CARCINOMA DEL ENDOMETRIO

Dr. GUILLERMO A. TOBLER

Al presentar el problema de los inconvenientes y consecuencias de la histerectomía subtotal en el carcinoma del endometrio en este Congreso de Cirugía, trataremos de hacerlo de la manera más objetiva posible.

Con tal finalidad, nada mejor que exponer la evolución del mismo. Es decir, su historia objetivada en cifras de apreciación estadística. De esta manera podremos apreciar los altibajos de su frecuencia y sus distintas consecuencias.

En épocas anteriores, la histerectomía subtotal se realizaba con mayor frecuencia, por los no especializados, que en nuestros días.

La disminución de esa frecuencia se puede explicar por tres motivos fundamentales:

- a) la mejor observación de la evolución del carcinoma del endometrio cambió el concepto de la malignidad. Es más maligno de lo que se cree generalmente;
- b) una mejor metódica de su diagnóstico, que nos permita el diagnóstico de los casos incipientes;
- c) el mejoramiento de la técnica de la histerectomía total, en vista a su fácil y segura realización, así como una mayor difusión de esta técnica, bajaron los porcentajes de la frecuencia de la histerectomía subtotal en el carcinoma del endometrio.

En nuestros días, en manos del especializado su frecuencia es del 6 al 8%.

MATERIALES

Para cumplir con la finalidad que hemos expuesto, hemos recurrido al estudio analítico de los historiales del Instituto de Radiología que dirige el Prof. L. Zubiaurre. Este Instituto recibe enfermos de todos los ámbitos del país.

Este material nos permite objetivar lo que nos proponemos demostrar. Por otra parte, nos acerca más a nuestra realidad.

El estudio se ha realizado sobre los casos de carcinoma del endometrio. Es decir, que comprende los cánceres de la mucosa funcional de la cavidad corporal, limitada por la línea horizontal que pasa al nivel del orificio interno. Con este concepto descartamos los cánceres que nacen del mismo y los corporocervicales.

En el período que abarca de 1940-1966, veintiséis años de observación, se registran 215 casos de carcinoma de endometrio, de los cuales 121 (56,2%) recibieron tratamiento quirúrgico (solo o combinado con radioterapia). Tratamiento radioterápico (Curie-Roentgen, cobalto) 94 casos (43,8%). Histerectomías totales se realizaron 96 casos (79,54%) y subtotaes 25 casos (20,66%).

Las histerectomías totales, 92 (95,8%) fueron realizadas por el especialista y 4 (4,2%) por el no especializado.

De las histerectomías subtotaes, 4 (16%) fueron realizadas por el especializado y 21 (84%) por el no especializado.

Esta diferencia de porcentajes entre especializado y no especializado se explica por los distintos conceptos sobre el carcinoma del endometrio y sobre la técnica quirúrgica.

Estos conceptos se fueron modificando a través del tiempo.

Lo podemos objetivar si estudiamos su frecuencia en distintas épocas. Por eso hemos dividido este período de observación de veintiséis años, en tres épocas.

De 1940-1949, se observaron 53 casos (24,6%) de carcinoma de endometrio, realizándose tratamiento quirúrgico. Histerectomías en 245 casos (47%), de las cuales 15 (60%) fueron totales y realizadas por el especialista. Subtotal 10 casos (40%) efectuadas por no especialista.

De 1950-1959, se observaron 77 casos (35,8%), se realizaron 49 histerectomías (63,6%). Totales, 40 casos (81,6%). Subtotal, 9 casos (18,3%). Siete casos fueron realizados por no especializados (77%); 2 casos por el especializado (22%).

De 1960-1966, se observaron 85 casos (39,6%) de carcinoma de endometrio, realizándose 43 histerectomías (50,5%). Totales, 37 (86%). Subtotales, 6 (14%). De estas, 4 (66%) fueron realizadas por el no especializado y 2 (33%) por el especializado.

Del análisis de la evolución de estas distintas frecuencias a través de este período, podemos destacar:

- a) que el número de carcinoma del endometrio fue aumentado a medida que nos acercamos a nuestros días. Este hecho se debe seguramente a la mejor disciplina actual;

- b) el número de carcinomas de endometrio tratados por la cirugía fue en aumento;
- c) el número de histerectomías subtotales realizadas por el no especialista fue disminuyendo del 100% al 66%. En cambio las realizadas por el especialista se mantiene relativamente altas porque corresponden a los pocos casos en que existen impedimentos técnicos insalvables para la ejecución de la histerectomía total.

CAUSAS DE LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL

Las causas de ejecución de la histerectomía subtotal, son de distinta naturaleza y las hemos agrupado en cuatro tipos fundamentales.

1) *Por error de concepto.*— Existió años atrás y persistió por mucho tiempo entre los no especialistas, un error de concepto de que la histerectomía subtotal podía ser curativa porque el carcinoma quedaba localizado en la cavidad uterina, limitado por abajo por una línea imaginaria que pasaba por el orificio interno. Se agregaba que esta línea constituía una verdadera barrera, que limitaba hacia abajo a este cáncer. Aún más, en determinado momento se separó, como forma especial, el carcinoma localizado en el fondo uterino. Pero pronto la experiencia demostró que éste no era cierto. El carcinoma puede invadir el cuello, sobre todo las formas indiferenciadas lo hacen con mayor frecuencia. Por consiguiente, la histerectomía subtotal en su límite más bajo puede pasar en pleno tejido neoplásico y dejar por consiguiente un muñón invadido. La histerectomía subtotal es un tratamiento erróneo.

Solamente la histerectomía total cumple con el principio de curación quirúrgica; la exéresis de la lesión y su propagación. El modo de su propagación determina el volumen de lo que debe extirparse.

2) *Por falta de dominio de la técnica de la histerectomía total.*— Causa que pesó mucho en el tratamiento quirúrgico, hasta que se precisó y se mejoró su técnica. El perfeccionamiento permite realizarla con mayor seguridad, disminuyendo sus riesgos. Otro ponente de esta Mesa se referirá a este tema.

3) *Por error de diagnóstico.*— Es frecuente encontrar observaciones que se ha realizado la histerectomía subtotal por metrorragias sin precisar sus causas. De esta manera se han operado procesos malignos como si fueran benignos.

4) *Por dificultades técnicas.*—Las dificultades técnicas pueden presentarse de manera imprevista (accidente anestésico) o no predecible (adherencias), son los motivos por los cuales se mantiene un pequeño porcentaje (6-8%) de histerectomías sub-totales en el carcinoma del endometrio. El estudio de la frecuencia de estas distintas causas en nuestras observaciones, nos han dado las siguientes cifras: error de concepto, 13 casos (52%); por error de diagnóstico, 6 casos (24%); por mioma, 3 casos (50%) y por proceso benigno de endometrio, 3 casos (50%); por dificultades técnicas operatorias, 5 casos (20%); por dificultades anestésicas, 1 caso (4%).

Interesante es el estudio de la frecuencia de estas distintas causas en las tres épocas de nuestra observación. En dicho análisis queda evidenciado cómo fueron cambiando los conceptos. Cómo la conducta del no especializado se va acercando a la del especialista, lo que traerá aparejado mejores resultados.

En la primera época, 1940-1949, las 10 histerectomías sub-totales fueron realizadas por carcinoma del endometrio.

En el periodo 1950-1959, de 9 histerectomías sub-totales 3 (33%) fueron realizadas por carcinoma, 2 por error de diagnóstico (22%) y 3 (33%) por dificultades técnicas operatorias, y 1 (11%) por dificultades anestésicas.

En la época 1960-1966 se registran 6 histerectomías sub-totales, por carcinoma no se realizó ninguna, por error de diagnóstico 4 casos (66%) realizadas por no especializado; por dificultades técnicas operatorias 2 casos (33%) realizadas por el especializado.

EVOLUCION DE LOS CARCINOMAS TRATADOS CON HISTERECTOMIA SUBTOTAL

En este capítulo objetivamos en cifras los inconvenientes de la histerectomía subtotal en el tratamiento del carcinoma endometrial.

En el 25% de los casos se encontró la infiltración neoplásica del muñón. Fallecieron el 100% entre cinco meses y un año de realizada la intervención.

En 4 casos (16%) se encontró muñón sano y no recibieron tratamiento complementario.

Dos casos mantuvieron el control clínico durante dos años; después se perdieron de vista.

Un caso mantuvo el control clínico durante seis años. Posteriormente presentó metástasis vaginal y metástasis pulmonar, falleciendo a los tres meses.

Un caso mantuvo control clínico durante tres años. Posteriormente presenta metástasis de la pared abdominal y fallece a los cuatro meses.

Un caso presenta metástasis vaginal a los cuatro meses de la histerectomía, metástasis que fue tratada radioterápicamente manteniendo el control clínico durante cuatro años, para luego ser perdida de vista.

Quince casos presentaron muñón sano a los que se les hizo tratamiento radioterápico; comprende el 60% de los casos.

Cinco casos (33%) fueron tratados solamente con Roentgenterapia estándar; 2 mantuvieron control clínico durante dos años (luego fueron perdidos de vista); 1 mantuvo el control clínico durante nueve años y otro durante seis luego para luego perderse de vista.

Un caso mantuvo el control durante un año; posteriormente hace recidiva pélvica y fallece a los cuatro meses.

Un caso fue tratado solamente con curieterapia del muñón y fondo de sacos vaginales; mantuvo el control clínico durante ocho años, falleciendo por hemorragia cerebral por hipertensión arterial.

Cuatro casos fueron tratados con la combinación de Curie del muñón y fondo de sacos vaginales y Roentgenterapia estándar; 1 mantuvo control clínico durante nueve años, otro durante siete años y otro durante 6 años, para luego ser perdidos de vista.

Un caso mantuvo el control clínico durante dos años y posteriormente desarrolla un cáncer vesicular con metástasis hepáticas y fallece.

Tres casos fueron tratados con Curie del muñón, cilindro-vaginal profiláctico y telecobalto; mantienen su control clínico, 1 durante cinco años y 2 durante dos años.

Dos casos recibieron tratamiento radioterápico, Curie y Roentgenterapia estándar previa a la histerectomía subtotal; uno mantiene el control clínico por nueve años y el otro lleva tres años de control.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es el de subsanar los inconvenientes que derivan de la histerectomía subtotal. Este puede ser quirúrgico o radioterápico.

El tratamiento quirúrgico consiste en completar la ectomía. Puede hacerse en el mismo acto quirúrgico si al examinar la pieza se comprueba macroscópicamente el epiteloma.

Si el descubrimiento se hace por el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria, puede entonces en segunda etapa completarse la histerectomía por amputación del muñón por vía vaginal.

TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

Nosotros damos preferencia a este tratamiento. Esta preferencia se fundamenta que en estas situaciones, es decir, carcinoma de endometrio tratados por histerectomía subtotal, la evolución no está solamente supeditada a la técnica operatoria sino también a la biología del carcinoma de endometrio. Esta no puede ser dominada por la exéresis en todos los casos. La experiencia nos ha demostrado que el tratamiento combinado quirúrgico y radioterápico es el que nos ha dado los más altos porcentajes de supervivencia.

La táctica a seguir es variable para cada caso. Dependerá del tipo histológico del tumor. El indiferenciado es 50% más invasor que las otras variedades.

Del grado de penetración en el miometrio. El estudio de la pieza operatoria es fundamental para determinar esta penetración y, por lo tanto, del correcto tratamiento radioterápico.

Si en la pieza operatoria no existe tumor o éste está localizado estrictamente en el endometrio, hacemos curieterapia del muñón y curieterapia vaginal profiláctica (cilindro vaginal).

Si el tumor es indiferenciado o invade el endometrio, agregamos la telecobalto de la pelvis.

CONCLUSIONES

1) La histerectomía subtotal como tratamiento quirúrgico del carcinoma del endometrio es un procedimiento erróneo, puesto que no cumple con los principios de curación quirúrgica del cáncer.

2) La histerectomía subtotal sólo puede realizarse por excepción. Las dificultades infranqueables técnicas o anestésicas serán su única indicación.

3 En los casos que se ha realizado la histerectomía subtotal completamos el tratamiento con radioterapia. Esta conducta nos brindó los mayores porcentajes de más larga supervivencia.