

---

## Carcinoma de Cervix \*\*

### ETAPA PRELIMINAR DE UN ESTUDIO SOBRE PACIENTES IRRADIADAS. CONCEPTO DE "BLANQUEO" Y POSIBILIDADES TERAPEUTICAS POSTERIORES

*Dres.: Guillermo López-Escobar, Enrique Darnalt, Hernando Osorio, Hugo Quijano, Hernando Rodríguez, Hernán Posada\**

Dentro del programa de labores acordado por el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, se propuso el estudio de la "Evolución del Carcinoma de Cérvix después de tratamiento y signos de reproducción". (1) Con este fin, se revisaron un total de 200 historias, correspondientes al año de 1953 con el propósito de sacar conclusiones de resultados que abarcasen una etapa de 5 años por lo menos.

Este estudio fué realizado en el año de 1958 y según los datos estadísticos consultados, en el año de 1953 se atendieron 211 pacientes con carcinoma de cérvix, de cuyo total se tomaron los 200 casos analizados.

Su agrupación por estado clínico en el momento de ingresar a la consulta era:

Estado I: 22 o sea 11%  
Estado II: 32 o sea 16%  
Estado III: 92 o sea 46%  
Estado IV: 49 o sea 24,5%  
Sin clasificación 5 o sea 2.5%.

Hasta donde pudieron ser controladas, presentaron signos de reproducción 42 pacientes o sea el 21%, antes de los 2 años.

---

\* Del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología. — Bogotá, D. E., 1961.

\*\* Presentado al Primer Congreso Nacional de Cáncer reunido en Bogotá en Agosto de 1961.

Los signos de reproducción fueron en orden de frecuencia: endurecimiento de los parametrios, dolor sacroiliaco, flujo y hemorragia en proporción de 12%, 7%, 4% y 1% respectivamente.

En este grupo de pacientes reproducidas antes de los 2 años, los controles iniciales después de terminado el tratamiento completo de radium y RX, mostraron una mejoría notable en el período inmediato, con regresión de los síntomas y signos: cese de la hemorragia, del flujo, desaparición del tumor, regresión de la infiltración en parametrios y vagina y mejoría del estado general.

Propusimos la denominación de "Blanqueadas" para estas pacientes que presentaban tan notable mejoría en el período inmediatamente posterior al tratamiento. Como observamos que luego, antes de dos años, estos resultados se modificaban, iniciándose una reactivación del proceso neoplásico en el cuello que luego se extendía a los parametrios y que dejaba sin posibilidad de nuevos tratamientos actinoterápicos a estas pacientes y que, en ocasiones resultaba impracticable la cirugía, ya que tal reactivación se hacía infiltrando parametrios hasta la pelvis, pensamos que, si estas pacientes, en su estado de "blanqueadas" las operábamos, iríamos a mejorarles su pronóstico, evitando la recidiva del proceso maligno y prolongando su vida.

La recaída central (cuello o cúpula) constituyó el 17% de los casos de Munell y Bonney (2); y para Kottmeier (3) su frecuencia fue de 8,3% en Estado I, 10,7% en Estado II A, 11,4% en II B y 8,8% en Estado III. Siendo así que era el foco primario del cuello el que parecía que en muchos casos volvía a iniciar el carcinoma, si se extirpaba este foco primario, tal vez obtendríamos mejores resultados.

La extirpación de este sitio o foco primario de recaída es LOGICO QUE DEBIERA HACERSE POR CIRUGIA RADICAL. Sin embargo, Schjott-Rivers e Istre (4) en Oslo publicaron 193 casos de carcinoma de cérvix en estados I y II tratados por histerectomía simple profiláctica post irradiación, de los cuales 145 (75,1%) sobrevivían sin signos de recurrencia a los 5 años. Los resultados fueron mejores que con irradiación sola. Por otra parte, como la experiencia de cirugía radical en casos completamente irradiados previamente a la cirugía, es escasa en el mundo entero y se supondría que el someter estas pacientes a una cirugía radical tuviera un porcentaje de morbilidad de todo

tipo, aún mayor que el de la cirugía radical sin irradiación previa, que, como es bien sabido es alta (12,5 a 20% de fístulas, etc.) (5); presumimos que se podría iniciar una primera etapa investigativa, sometiéndolos desde 1958 los casos blanqueados a una cirugía mucho menos agresiva, consistente en histerectomía total con salpingooforectomía y resección de cúpula vaginal. Son los resultados obtenidos con esta primera etapa investigativa los que vamos a comentar. Comprendemos que este grupo de casos estudiados aisladamente pueden ser motivo de arduas críticas, que somos los primeros en formularlos, pero como creemos que los hallazgos son bastante interesantes, nos hemos atrevido a presentarlos ante ustedes.

Se estudiaron un total de treinta y siete casos de pacientes con carcinoma de cérvix, estados II y III y que consideramos blanqueadas. Como lo describíamos anteriormente, conceptuábamos que estas pacientes se habían blanqueado (nótese que no hablamos de curación) cuando había una regresión de síntomas y signos, desaparición del tumor, regresión de la infiltración parametrial, movilidad uterina completa, etc., en otras palabras encontrábamos una pelvis libre.

El tiempo en que se encontraron blanqueadas estas pacientes varió de uno a doce meses, la mayoría entre 3 y 4 meses después de terminado el tratamiento con radium y Rx.

Todos eran carcinomas ecomocelulares con una malignidad histológica de mediana diferenciación a excepción de dos estados II bastante anaplásicos. Todas fueron tratadas con radium y roentgenterapia y aunque el tratamiento fue individualizado, en general se usó el siguiente esquema: Rx. de 200 a 240 Kv. Filtrados por 2 mm. de Cu y a distancias de 40 a 50 cms. foco-piel. Las puertas de entrada son: 2 campos únicos centrales anterior y posterior que abarcan toda la pelvis inicial y posteriormente con protección de la línea media, si se presentan signos de cistitis o rectitis; o dos campos anteriores, derecho e izquierdo y dos posteriores, derecho e izquierdo, de 10 x 8 cms. o 15 x 8 cms. y hasta 15 x 10 cms. máximo, según el área pélvica. La dosis es de 3.500 r. sobre parametrios. En la mitad del anterior tratamiento o a su final se aplica radium intracavitario siguiendo la técnica de Regaud del Instituto Curie de París así: a) una carga intravaginal de radium de 26.66 mgs. mediante un colpostato que per-

mite colocar la mitad de ella en el fórnix derecho y la otra mitad en el fórnix izquierdo y cuando la capacidad de la vagina lo permite otra carga de 6.66 mgms. mediante un corcho precervical. Máxima carga: 33, 32 mgms. b) una carga intrauterina de radium mediante una sonda cuya longitud depende del tamaño del útero y con una carga de 26.66 o 33.32 mgms. según la longitud de la sonda. Los tubos de radium están filtrados por un mm. de Pt. La radiumterapia intravaginal y la intra uterina se aplican en dos sesiones o simultáneamente, según la situación individual del caso por tratarse. La dosis es de 8.000 mgms. en total (intravaginal e intrauterina) o 60 mc. Todo el tratamiento roentgen y radiumterapia, se da en 5 semanas.

Del total de 37 casos, 27 (12 estados II y 15 estados III) fueron sometidos a cirugía después de la irradiación; los otros 10 (4 estados II y 6 estados III) forman el grupo de control. Estos controles fueron escogidos indiscriminadamente. Buen número de veces porque la paciente rehusaba la intervención o porque sus condiciones sociales no se lo permitían.

#### *Dificultades Operatorias:*

En general, para sorpresa nuestra que esperábamos hallarnos con grandes dificultades operatorias, la mayoría fueron intervenciones sencillas y solo hubo dos casos difíciles; 2 estados II, el uno por abundantes vasos de neoformación en el parametrio derecho que produjeron gran hemorragia y el otro por numerosas adherencias que hicieron la intervención un poco más laboriosa.

#### *Hallazgos en la laparotomía:*

La pared abdominal no mostró acartonamiento ni dificultades para la incisión. En la mayoría de los casos los anexos estaban atróficos; el útero de tamaño normal o ligeramente más pequeño. En ningún caso palpamos ganglios hipertrofiados en las cadenas ilio-obturadoras o aórticas, ni signos apreciables de metastasis en epiplon, paredes pélvicas o vísceras. A pesar de que como anotábamos anteriormente, a la palpación clínica previa a la intervención, estos casos mostraban parametrios más o menos elásticos, el cirujano encontró en 14 casos parametrios acortados, tensos o engrosados. De estos 14 casos, 5 mostraron evidencia clínica o histopatológica de neo en la evolución posterior. En cam-

bio, de los 13 casos restantes en que el cirujano encontró parametrios perfectamente elásticos durante el acto quirúrgico, hay un estado III que mostró reproducción posteriormente.

En un estado II el uréter derecho estaba englobado dentro de gran fibrosis parametrial que lo dilataba y que hizo necesaria su liberación. Esta paciente evolucionó sin reproducción inmediata.

#### *Morbilidad y Mortalidad:*

La mortalidad fue nula. En cuanto a morbilidad hubo dos abscesos de pared una bronconeumonía y tres pacientes que hicieron temperaturas de más de 38 grados centígrados. El promedio de estadía post-operatorio en el hospital fue de 8 días.

#### *Hallazgos Histopatológicos:*

En la mayoría útero y ovarios atróficos. Hubo 12 casos de radionecrosis del cérvix, 3 salpingitis crónicas y 6 casos en los cuales la pieza mostró tumor. Estos 6 casos eran 4 estados III y 2 estados II.

#### *Evolución inmediata y posterior:*

La evolución inmediata se desprende de los hallazgos anotados previamente en la pieza quirúrgica o en los controles inmediatos. De 27 pacientes operadas, en 6 hubo neo residual y evolucionaron de acuerdo con esto a pesar de la intervención. En cuanto a la evolución a largo plazo el control de estas pacientes hasta ahora solo llega aproximadamente a 3 años por lo cual no podemos hacer comentarios al respecto. De los 10 casos-control, 9 han permanecido sin signos de recaída hasta donde han podido ser seguidos. Un estado III, cuando ya lo habíamos declarado "blanqueado" y a punto de operar, se le encontró un ganglio supra-clavicular que demostró histológicamente ser metastásico por lo cual no se intervino. Este caso nos realzó más lo falaz del concepto de blanqueo.

De la etapa preliminar de este estudio solo podemos concluir que:

a) El concepto de blanqueo no sirve como indicación ninguna en la evolución posterior del carcinoma de cérvix puesto que hay casos con citología negativa y blanqueados, con parametrios

blandos, en los cuales a la intervención se encontró tumor residual y al mes la pelvis estaba bloqueada. Mientras que casos con citología positiva y parametrio tenso mostraron ausencia del tumor y solamente necrosis del cérvix.

b) La simple histerectomía total con salpingooforectomía y resección de cúpula vaginal, no mejora en nada la evolución o el pronóstico inmediato de las pacientes con carcinoma de cérvix previamente irradiadas. puesto que en aquellas pacientes en las que existe tumor residual en la pieza extirpada el neo sigue su evolución y en aquellas en las que no, permanecen en el mismo estado. Kottmeier (6) es de la misma opinión y al respecto del trabajo de Schjott-Rivers, comenta: Una histerectomía profiláctica es un procedimiento peligroso debido al hecho de que los pequeños focos de cáncer que quedan en el parametrio, pueden comenzar a crecer como secuela de la intervención.

La próxima etapa, ya en marcha, de este estudio comprende la realización de tipo de cirugía más radical en pacientes irradiadas, con el objeto de comprobar si, como parecen indicarlo algunas series publicadas (7-8), es posible mejorar el porcentaje de supervivencia de estas pacientes.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) RODRIGUEZ H. **Evolución del carcinoma de cérvix después de tratamiento y signos de reproducción.** En prensa.
- 2) MUNELL y BONNEY Jr. **Critical points of failure in the therapy of cancer of the cervix.** Am. J. Obst. Gynec. V. 81 N° 3 March-61. p. 251.
- 3) KOTTMEIER H. L. Am. J. Obst. Gynec. V. 76 Aug.-58 p. 243.
- 4) SCHJOTT-RIVERS y ISTRE. Acta Obst. Gyn. Scand. 31: 1-51 Supp. 7.
- 5) LOPEZ-ESCOBAR G. et al. **Tratamiento quirúrgico del cáncer del cérvix.** Rev. Col. de Obst. y Ginec. Memorias de la Segunda Convención Colombiana. Cali 1955.
- 6) KOTTMEIER H. L. en **Meig's surgical treatment of cancer of the cervix.** Grune and Stratton Ed. N. Y. 1954 p. 414.
- 7) CRAWFORD y STEVENSON Am. J. Obst. Gynec. V. 81 N° 1 Jan-61 p. 148.
- 8) DARGENT y GUILLEMIN. **Year book of Cancer.** 1956-57 p. 226.