

# LA HISTEROGRAFIA Y LA PELVIGRAFIA GASEOSA EN EL ESTUDIO DEL CANCER DEL CUERPO UTERINO

*Dr. Antonio Guerrero — Dr. Fabio Restrepo*

Departamento de Radiología en colaboración con el Departamento de Ginecología.  
Hospital San Juan de Dios

TRABAJO PRESENTADO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA  
Mayo de 1966

## HISTEROGRAFIA

a) **Indicaciones.** Este método ha sido utilizado especialmente para estudiar el estado de permeabilidad de las trompas (histerosalpingografía) pero su interés en el diagnóstico y estudio de las extensiones del cáncer del cuello y del cuerpo uterinos han sido objeto de pocas observaciones en nuestro medio. Nuestra experiencia se ha limitado al carcinoma de endometrio como etapa previa al tratamiento con radium intrauterino, el cual utilizamos en forma de palizada o sea rellenando la cavidad con tubos de radium (Packing method). La histerografía previa nos permite tener un conocimiento más exacto del sitio del tumor, sus extensiones y adaptar el modo del tratamiento a ellas para obtener una mejor distribución de la dosis.

De gran interés para la escogencia de la técnica quirúrgica es el diagnóstico de los tumores endocervicales con propagación al cuerpo o de las invasiones al endocérvix a partir de lesiones nacidas en el endometrio. Estos deben ser sometidos a una his-

terolinfadenectomía radical y no a una histerectomía total con anexectomía tratamiento que se utiliza en presencia de un adenocarcinoma limitado al cuerpo, después de la radiumterapia. La histerografía puede proporcionar información preciosa al respecto complementando los datos del legrado biopsia fraccionado.

La histerografía se utiliza así mismo en el control del tumor durante y después de tratamiento con radiumterapia pues permite apreciar los cambios en las imágenes tumorales.

b) **Método.** Se inyecta lentamente Endografina o Hypaque en el cuello uterino con la asistencia del Ginecólogo y se sigue en la pantalla fluoroscópica el progreso del medio en la cavidad uterina; se suspende cuando su cantidad sea suficiente para obtener los datos que se buscan o cuando comience a llenar las trompas uterinas. Se toman luego radiografías seriadas en fluoroscopia y panorámica a un metro de distancia, teniendo como finalidad estas últimas disminuir la magnificación.

c) **Semiología radiológica.** En la mayor parte de los casos avanzados, la cavidad uterina se encuentra considerablemente aumentada de tamaño y llena de vegetaciones neoplásicas; en algunos casos se ven pérdidas de substancia en la pared.

En los casos iniciales el diagnóstico es más difícil; es aconsejable entonces hacer un estudio con una delgada capa de medio de contraste; su interpretación es más delicada y es necesario no confundir algunos defectos de llenamiento con pequeños fibromas o las imágenes que puedan dar pequeñas contracciones con las provocadas por procesos neoplásicos.

d) **Complicaciones.** Los peligros que se han descrito inherentes a esta técnica han hecho que su aceptación no sea universal pero no creemos que ellos la contraindiquen. Las complicaciones más frecuentes son:

a) Embolías venosas por el medio contraste, para evitarlos es necesario no usar el método en caso de hemorragia o inmediatamente después de legrado. Personalmente no hemos tenido esta complicación en ninguno de nuestros casos.

b) Rupturas uterinas en sitios muy adelgazados por el proceso neoplásico, complicación que se puede obviar con una buena técnica.

c) Transmisión a la cavidad peritoneal de procesos inflamatorios o células neoplásicas. Creemos que impidiendo el llenamiento de las trompas se puede evitar esta complicación que por lo demás no ha sido probada plenamente.

e) **Casuística.** Hemos estudiado 10 casos de carcinoma en endometrio con histerografía. Dos casos eran adenocantomas y el resto adenocarcinomas.

Este examen nos ha permitido un estudio más completo de la situación, tamaño y extensiones del tumor, planear más lógicamente su tratamiento con radium y conocer las extensiones al endocervix.

Extractamos a continuación algunas de las observaciones más interesantes.

## OBSERVACIONES

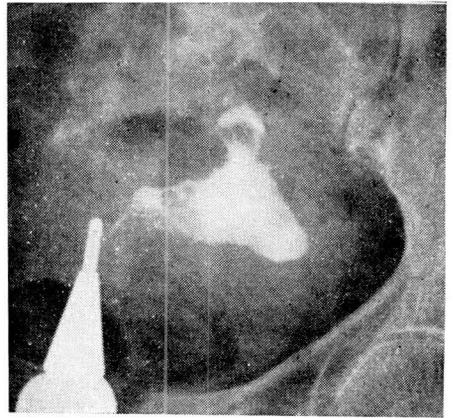


FIGURA Nº 1

**OBSERVACION Nº 1.** H. Cl. 432366. 56 años. Metrorragia de 8 días de evolución después de 6 años de amenorrea.

**Antecedentes ginecológicos.** Menarquia 13 años. Ciclos 30 x 3 U. R. hace 6 años. G.O. P.O.

**Examen ginecológico.** Cuello central, duro, cerrado. Utero, aumentado de tamaño, anexos negativos. Fondos de saco libres. Se practica legrado fraccionado cuyo resultado histológico es de: Adenocarcinoma de Endometrio.

**La histerografía** muestra (Fig. Nº 1): gran defecto de llenamiento en istmo, en un útero aumentado de tamaño y desviado a la izquierda y otro en cara lateral derecha, tercio superior.

Se practicó tratamiento con radium intrauterino e intravaginal, etapa previa a la cirugía.

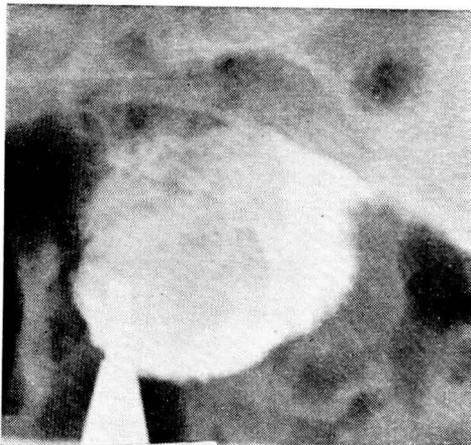


FIGURA Nº 2

**OBSERVACION Nº 2.** H. Cl. 429052. 67 años. Metrorragia de 6 meses de evolución después de 15 años de menopausia.

**Antecedentes ginecológicos.** G 6. P 6. U. R. hace quince años.

**Examen ginecológico.** Cuello erosionado, útero aumentado de tamaño.

**Citología.** Células glandulares sospechosas de malignidad.

**Biopsia de endometrio.** Adenoacantoma.

**La histerografía (Fig. Nº 2)** muestra: Defectos de llenamiento en cara lateral derecha y anterior en una cavidad considerablemente aumentada de tamaño.

Se practicó tratamiento con radium intrauterino (relleno de la cavidad) e intravaginal, para hacer luego histerectomía.

**OBSERVACION Nº 3.** H. Cl. 143232. 54 años. Metrorragia de 1 mes de evolución.

**Antecedentes ginecológicos.** Menarquia 13 años. Ciclos 30 x 3. Menopausia hace 6 años. G.O. P.O.

**Examen ginecológico.** Quiste de Bartholin izquierdo. Uretrocistocele II. Rectocele L. Cuello sano, anexos negativos, fondos de saco libres.

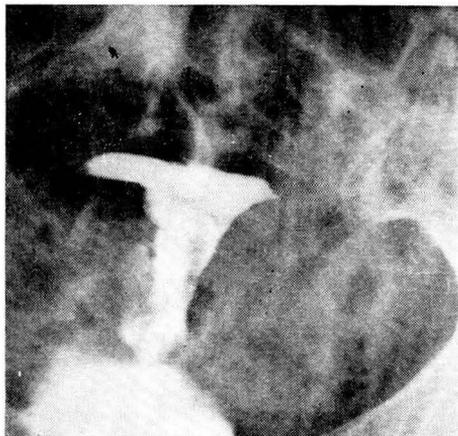


FIGURA Nº 3

El legrado fraccionado muestra un Adenoacantoma.

**La histerografía (Fig. Nº 3)** muestra: Aspecto festoneado en cara lateral derecha, que se extiende hasta el istmo. Se hizo tratamiento con radium en forma de palizada y colpótato y se realizará dentro de 6 semanas la intervención quirúrgica.



FIGURA Nº 4

**OBSERVACION Nº 4.** H. Cl. 429600. 62 años. Metrorragias de 3 meses de evolución

después de 15 años de menopausia y dolor en hipogastrio.

**Antecedentes ginecológicos.** Menarquia 14 años. Ciclos 30 x 3 - 4 G.O. P.O.

**Examen ginecológico.** Cuello sano. Cuerpo aumentado de tamaño. Anexos negativos.

**Citología.** Células endometriales atípicas.

**Biopsia de endometrio.** Adenocarcinoma.

**La histerografía** (Fig. N° 4) muestra: Defecto de llenamiento en cuerno derecho, bien circunscrito. Se practicó tratamiento con radium intrauterino e intravaginal y luego será sometida a tratamiento quirúrgico.

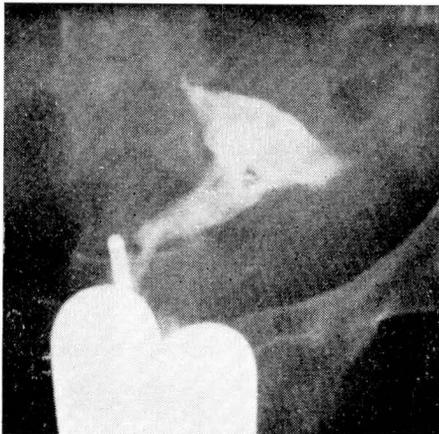


FIGURA N° 5

**OBSERVACION N° 5.** H. Cl. 263490. 56 años. Metrorragia de 8 meses de evolución, después de 3 años de menopausia.

**Antecedentes ginecológicos.** Menarquia 14 años. Ciclos 30 x 4. G 10. P 10. U. R. hace 3 años.

**Examen ginecológico.** Cérvix erosionado, endocérvix irregular. Cuerpo aumentado de tamaño, desviado a la izquierda y en retroflexión. Masa anexial derecha de 3 cms. móvil. Parametrio izquierdo tenso hasta la pelvis.

El legrado fraccionado muestra un Adenocarcinoma bien diferenciado.

**La histerografía** (Fig N° 5) muestra el útero desviado a la izquierda, con aspecto irregular en ambas caras laterales, defecto que se propaga hasta el endocérvix. En vista de la sospecha de un tumor ovárico concomitante se hace pelvigrafía gaseosa que lo confirma. El tratamiento quirúrgico se impone después de la aplicación de radium y debe consistir en hysterolinfadenectomía por la invasión del endocérvix preciable al examen clínico y en la histerografía.

**Pelvigrafía gaseosa.** Se llama así el estudio radiológico de los órganos pélvicos creando un neumo-peritoneo; cuando se utiliza en la mujer se llama también ginecografía. Ideado por R. Coliez en 1920, ha sido ampliamente utilizado en Francia (Granjon, Herbeau) y aunque en nuestro medio es procedimiento rutinario en el estudio de la patología ginecológica ha sido poco utilizado en el estudio del carcinoma del cuerpo uterino.

a) **Técnica.** Después de preparación con un enema evacuador y sondeo vesical se coloca la paciente en decúbito dorsal en ligero Trendelenburg. Se hace la punción paraumbilical izquierda con una aguja tipo punción lumbar hasta llegar a la cavidad peritoneal. Se puede utilizar el gas carbónico o el oxígeno o simplemente aire, en cantidad de 1.200 a 1.500 c.c. Luego la enferma se coloca en decúbito ventral, con un cojín bajo los muslos y la mesa es inclinada 30° a 45° sobre la horizontal, cabeza abajo, para desplazar las vísceras hacia el diafragma mientras que el aire moldea los órganos del basinete que quedan en su lugar.

b) **Semiología radiológica.** Sobre el esquema de la Fig. 6, podemos identificar los siguientes elementos:

1) Plano óseo que aparece de forma redondeada u ovalada y corresponde al estrecho superior de la pelvis.

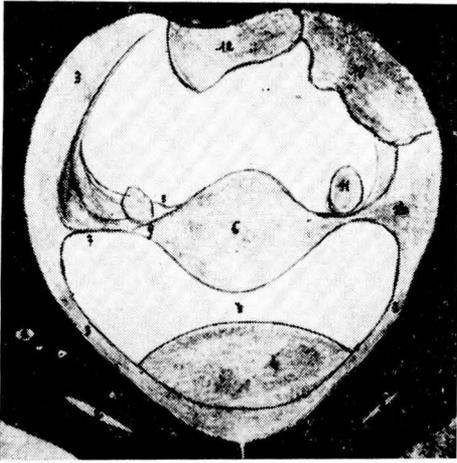


FIGURA Nº 6

2) Paralela a la imagen ósea aparece una opacidad en banda que corresponde a las partes blandas de densidad homogénea, cóncava hacia el eje de la pelvis.

3) La vejiga, colocada adelante, mediana, detrás de la sínfisis púbica que debe estar vacía para que no oculte los órganos genitales.

4) Entre la vejiga y la pared anterior del útero se encuentra el fondo de saco vesíco-uterino.

5) El útero se presenta de una forma ovoide de eje transversal de contornos regulares.

6) Ligamentos uterinos. El útero está unido a las paredes laterales de la pelvis por dos opacidades triangulares de base externa constituida por los ligamentos anchos, los ligamentos útero-ováricos y las trompas.

7) Los parametrios cuyo eje coincide con el eje transversal del útero.

8) Los ovarios, de orientación variable, lo más frecuentemente dirigidos de adelante atrás y ligeramente de adentro-afuera. Sus contornos

son netos, su superficie regular y sus dimensiones similares.

9) El recto, fácil de identificar, contra la cara anterior del sacro.

10) El sigmoide se proyecta delante del alerón sacro izquierdo, cuya imagen se superpone a la opacidad de las partes blandas látero-pélvicas izquierdas.

c) **La ginecografía en el estudio de los carcinomas del cuerpo uterino.** En los cánceres del cuerpo uterino se puede poner en evidencia, por medio de este examen el aumento de tamaño del útero, las extensiones tumorales fuera de él, a parametrios, anexos, etc. y la presencia de tumores ováricos concomitantes que imponen la necesidad de un tratamiento quirúrgico. Cuando se utiliza la histerografía asociada a la ginecografía se pueden obtener parietografías del cuerpo uterino que permite una apreciación exacta del tamaño de la lesión y el grado de extensión a las diferentes capas.

### OBSERVACIONES

Extractamos las observaciones de los casos de carcinoma del cuerpo uterino así estudiados:

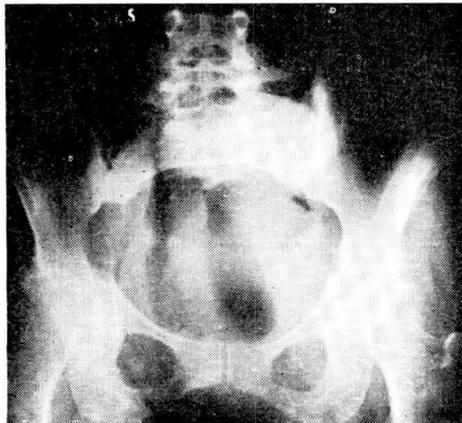


FIGURA Nº 7

**OBSERVACION N° 6.** H. Cl. 425345. 60 años. Consulta por metrorragia de 2 años de evolución después de 10 años de menopausia y dolor glúteo izquierdo después de traumatismo en esta región.

**Antecedentes ginecológicos.** Cuello sano. Histerometría 9 cms. Utero aumentado de tamaño, se palpa masa extra-rectal izquierda que se adhiere a la pared. En la región isquiática izquierda existe tumoración de 15 x 15 cms. dura y fija.

**Citología vaginal.** Grado V. Biopsia de endometrio y de masa isquiática: Adenocarcinoma. La ginecografía muestra (Fig. N° 7): la presencia de una masa izquierda que se propaga hasta la pared pélvica, lo cual permite concluir que se trata de un Adenocarcinoma del útero que se ha propagado hasta la fosa isquiática y ha invadido secundariamente los tejidos blandos de esta región. En vista de la extensión del tumor fue sometida a tratamiento paliativo con radioterapia.

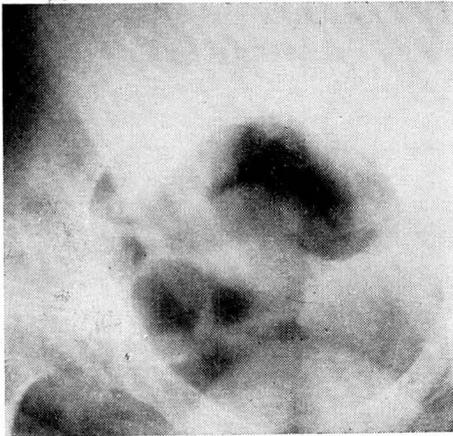


FIGURA N° 8

**OBSERVACION N° 7.** H. Cl. 82274. 60 años. Consulta por metrorragia de un mes de evolución.

El examen ginecológico muestra el exocérvix

sano, histerometría 8 cms. con irregularidades en el endocérvix que aparece infiltrado. Utero aumentado de tamaño. El parametrio izquierdo se encuentra tenso.

La Citología es A 5, positiva para células pavimentosas. La biopsia de endometrio y endocérvix es reportada como un Carcinoma Escamocelular de endocérvix y endometrio. Se trata pues de un carcinoma de endocérvix con invasión secundaria a endometrio.

La ginecografía (Fig. N° 8) permite ver el parametrio izquierdo infiltrado y engrosado hasta la pared pélvica, lo que al examen clínico no era posible apreciar.

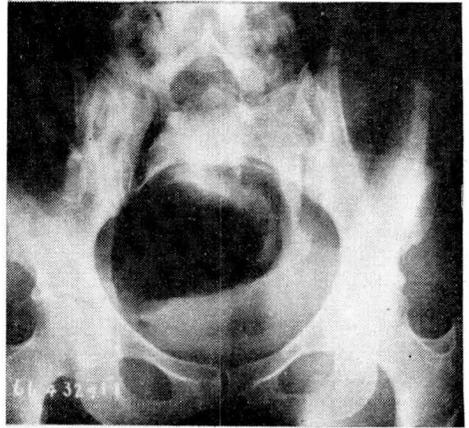


FIGURA N° 9

**OBSERVACION N° 8.** H. Cl. 432711. Enferma de 46 años, que presenta un Carcinoma escamocelular del endocérvix con invasión al endometrio.

El examen ginecológico mostraba una masa anexial derecha e infiltración del parametrio izquierdo.

La ginecografía (Fig. N° 9) delimita la presencia de una gran masa anexial derecha, y el parametrio izquierdo infiltrado hasta la pelvis.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) HERBEAU J. VERHAEGHE M. LEQUINT A.  
"La pelvigraphie gazeuse. Son interet dans  
les affections tumorales du petit bassin".  
Gynecologie pratique. T. X Nº 6; 433-459,  
1959.
- 2) PORTA CARLO. "La hysterographie dans la  
cancer du corps de l'uterus". Journal de Ra-  
diologie. T. 30 Nº 56; 295, 1949.
- 3) LABORDE S., MONTAGNON JEAN. "La hys-  
terographie (Methode de diagnostic de  
l'etendue des cancers cervico uterins).  
Journal de Radiologie. T. 30 Nº 9-10; 505-  
507, 1949.

\* \* \*

**VIII CONFERENCIA INTERNACIONAL  
DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA**

Sede: Viña del Mar (Chile)

Fecha: del 10 al 15 de Abril de 1967

**PONENCIAS OFICIALES:**

- 1ª La Revolución de las expectativas crecientes
- 2ª La expansión anormal de las ciudades
- 3ª El crecimiento meteórico de la población
- 4ª La parte de la medicina y la ciencia

La Conferencia es organizada por la Oficina Central I. P. P. T.  
en Londres, bajo la dirección del Secretario General

SIR COLVILLE DEVERELL

Solicitar detalles a la Asociación Chilena de Protección de la Familia  
Universidad de Chile o Universidad Católica de Chile