Estudio de 45 casos de cáncer del cuello uterino tratados quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Cancerología

Trabajo presentado a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología para ingreso como miembro de número por el doctor Germán Jordán Abondano.

INTRODUCCION

Se presenta el estudio detallado de 45 casos de carcinoma del cuello uterino, cuyas historias tomadas del archivo del Instituto Nacional de Cancerología pudieron ser estudiadas entre 50 que figuran como de enfermas tratadas con cirugía radical para este tipo de lesión, en el curso de cinco años comprendidos entre mayo de 1949 a abril de 1954. Las 5 historias no incluidas en este trabajo no fue posible encontrarlas en los archivos. La primera histerectomía radical con linfadenectomía tipo Wertheim Taussig practicada en el Instituto, se realizó en julio de 1949 actuando como cirujano el doctor Guillermo López Escobar.

No se hace un recuento detallado de la técnica quirúrgica, ni se pretende consignar detalles sobre clasificación, tratamiento, métodos, diagnósticos, metástasis, etc., porque todo esto ha sido presentado en miles de artículos de la literatura mundial.

A pesar del peligro de hacer pesado el trabajo para el lector, se presenta en un solo cuadro un resumen de todas las historias que permite a la vez una vista de conjunto y un estudio detallado de los casos estudiados. Posteriormente se concretan algunos de los datos de mayor interés.

CONCEPTOS SOBRE CLASIFICACION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO Y SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

La clasificación seguida en el Instituto Nacional de Cancerología es la adoptada internacionalmente por la Liga de las Naciones en 1937 agregando el Carcinoma in-situ, clasificado como

Estado O, de acuerdo con el Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología reunido en Nueva York en mayo de 1951.

No se incluyen en este trabajo los tratamientos quirúrgicos practicados en casos clasificados como Estado O, por no ser radical el tipo de intervención que se indica para ellos. Además en un estudio anterior el autor trató este tema.

Solamente se consideran como quirúrgicos los casos clasificados como en Estado I y II; y últimamente los miembros del servicio de cancelorogía en la especialidad ginecológica, de común acuerdo han resuelto en el Instituto no intervenir sino los clasificados en Estado I. No conviene extenderse sobre tratamiento quirúrgico post-irradiación ni de tipo más radical para casos avanzados o reproducidos, puesto que no se presenta ningún caso.

El tipo de intervención practicado en la mayoría de los casos es la histerectomía radical con linfadenectomía bilateral de los ganglios y tejido linfático y graso de las cadenas iliaca externa, iliaca interna y obturadora; esta linfadenectomía se practica en bloque de afuera hacia la línea media. En cuanto a la histerectomía, se inicia generalmente con disección del fondo de saco anterior, separando el peritoneo vésico-uterino, aislando totalmente el trayecto ureteral hasta su entrada en vejiga, ligando la arteria iliaca interna (hipogástrica), disecando los dos tercios superiores de la vagina que se extraen y disecando para ligar contra la pelvis los parametrios laterales y posteriores (transversos y útero-sacos), sacando la pieza en bloque junto con los dos tercios superiores de vagina. La cúpula vaginal se sutura en su totalidad, posteriormente se peritoniza aislando pelvis de cavidad abdominal. Antes de disecar parametrios, se separa cuidadosamente peritoneo recto-uterino de útero y vagina. En los primeros casos se utilizó cateterismo ureteral previo, pero posteriormente se ha prescindido de éste.

Facilita la intervención el hacer taponamiento vaginal antes de iniciarla.

Varios autores han insistido sobre los factores que limitan el tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuello uterino y no está por demás enumerar los principales: 1. La preparación y experiencia del cirujano; 2. El medio quirúrgico (anestesia, transfusión, instrumental, equipo de ayudantes, etc.); 3. Las condiciones generales de la paciente; 4. La extensión del proceso tumoral. Cualquier intervención menos extensa que el tipo Wertheim Taussig no sólo es incompleta sino que generalmente ace-

lera el proceso maligno y disminuye la posibilidad de un tratamiento apropiado por irradiaciones.

El estado general de la enferma: cardiovascular, renal, enfermedades del sistema nervioso, diabetes, obesidad pronunciada, tuberculosis y discrasia sanguínea, deben descartarse, pues son contraindicaciones del tratamiento quirúrgico.

El edema bilateral de los miembros, el que los ganglios paracríticos están invadidos o el hallazgo quirúrgico de fijación de vejiga a útero o de recto a útero o fijación de los parametrios a la pelvis, contraindican proseguir con la intervención y debe suturarse la herida abdominal remitiendo la enferma a tratamiento radioterápico.

EXAMENES PREVIOS

En toda enferma sometida a esta clase de cirugía deben practicarse de rutina los siguientes exámenes: cistoscopia, rectoscopia, examen clínico general y exámenes de laboratorio (orina, cuadro hemático. N. P. N., glicemia, tiempo de coagulación, sangría y protrombina). En el Instituto Nacional de Cancerología se realizan religiosamente estos exámenes antes de autorizar la intervención.

RESUMENES DE CASOS

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 1 20771 V/49	45 5 36 mes.	E: I Hemorragias post coitum. Erosión cuello	V/49 Ca. Escam- moso	Sin tumor G: Negat.	NO	VI/49: Radium. VIII/49: Wer- theim-T.	24 meses Sin Ca. Aparente	Epitelioma de endocervix tratado con Ra- dium y Wertheim-T. Esterilización del Ca. con la irradiación. Bien a las 2 años. Pérdida posteriormente de control.
N° 2 20869 VI/49	38 9 10 mes.	E: I Hemorragia pos coitum. Flujo. T. Exofítico.	VI/49 Ca. Escam- moso	Ca. Escam. G: Negat.	NO	VI/49: Wer- theim-T.	6 meses Reproduc.	Cuatro meses después de la intervención producción en tabique recto-vaginal y pa- rametrios. Pérdida de control a los seis meses.
N° 3 21219 VII/49	51 9 1 mes.	E: I Erosión cuello Embarazo?	VI/49 Ca. Escam- moso? VII/49 Cervicitis Sitolog. Ca. ?	Cervicitis Endome- triosis G: Negat.	NO	IX/49: Wer- theim-T.	NO	Sin control. Una biopsia fuera del Institu- to diagnosticada equivocadamente como Ca. Citología, positiva para Ca. Pieza qui- rúrgica negativa. Diagnóstico equivocado?
N° 4 22340 I/50	32 10 4 mes.	E: I Metrorragia Pro- lapso 30 g. T. Exofítico.	I/50 Ca. Escam- moso	Ca. Escam. G: No se sacaron	Shock quirúrg. reversible	II/49: Hist. vagi- nal Schauta IX/52: Rx. pro- fundos.	43 meses Reproduc.	A los tres años y siete meses reproduc- ción en cúpula y ganglios ilíacos. La re- producción tratada con rayos X. Sin con- trol posterior.
N° 5 24593 XI/50	45 10 3 mes.	E: I Flujo con sangre. T. Exofítico.	XI/50 Ca. Escam- moso	Ca. Escam. G: Negat.	Shock post operator.	XII/50: Wer- theim-T.	Muerte	Murió diez horas después de la interven- ción por shock quirúrgico. Antecedentes de cardiopatía.
N° 6 24869 XI/50	30 0 3 mes.	E: I Polimenorreas Erosión cuello	XI/50 Ca. Escam- moso	Ca. Escam. G: Sin es- tudio	NO	XI/50: Wer- theim-T.	NO	No volvió a control.
N° 7 25040 XII/50	35 9 3 mes.	E: I Metrorragias T. Exofítico.	XII/50 Ca. Escam- moso	Sin estu- dio cuello. G: Negat.	Fístula Vésico- Vaginal	I/51: Wer- theim-T.	5 meses Sin Ca. aparente	Fístula vesico-vaginal tratada con catete- rismo uretral y placenta. Pérdida de con- trol a los cinco meses. Sin cortes de cuello en pieza quirúrgica.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 8 25083 I/51	34 2 3 meses	E: I Menometrorragias Erosión cuello.	I/51 Ca. Esca- camoso.	Mioma Ca. Esc. G: Negat.	NO	II/51: Wer- theim T.	35 meses Bien. Sin Ca. apar.	Control de 3 tres años sin Ca. aparente.
N° 9 25840 IV/51	46 11 12 mes.	E: I T. Exofítico. Hemorragia pos coitum Flujo con sangre.	IV/51 Ca. Esca- camoso.	Ca. Esca- moso. G: Sin estudio	Hemorra- gia vena- liaca. Shock Muerte.	V/52: Wer- theim T.	Muerte.	Menopausia de seis meses. Hemorragia por lesión vena iliaca externa tratada con suturas. Shock operatorio. Muerte a las 4 horas. Sin estudio ganglios.
N° 10 25854 IV/51	55 11 3 mes.	E: I Hemorragia Prolapso de 3° grado T. Exofítico	IV/51 Ca. Esca- moso. Cuello amputado.	Ca. Esc. Propag. Endomet. Ca. Ovar. Metastás. G: Posti.	NO	VI/51: Wer- theim T. VII/51: Rx. profundos.	39 meses Bien. Sin. Ca. apar.	Menopausia de cinco años. Control de tres años y tres meses sin Ca. aparente. Am- putación cuello y perineorrafia; al estu- dio de cuello se encontró fuera del Insti- tuto un Ca. escamoso.
N° 11 25983 V/51	36 0 3 mes.	E: I Hemorragias pos coitum Erosión cuello	V/51 Ca. Esca- moso.	Mioma. Ca. Esca- moso. G: Negat.	NO	VI/51: Wer- theim T.	12 meses Bien. Sin. Ca. Apar.	Dos años de metrorragias antes de pri- mera consulta atribuibles al mioma y no al Ca. Hemorragia pos-coitum tres meses antes de primera consulta.
N° 12 27705 II/52	33 7 2 mes.	E: I Flujo fétido con sanre T. Exofítico	II/52 Ca. Atí- pico.	Adeno Ca. del cuello. G: Sin es- tudio	NO	II/52: Wer- theim T.	NO	No volvió a control. Adeno-Ca. de cuello con endometrio normal. Sin estudio gan- glios.
N° 13 27844 III/52	45 8 36 mes.	E: I Hemorragia pos coitum. Pólipos degene- rados.	III/52 Ca. de transi- ción. IV/52 Ca. Esca- moso.	Ca. de Transi- ción. Muñón cuello G: Negat.	NO	III/52: Wertheim T. sobre muñón y anexos residuales.	15 meses Bien. Sin. Ca. Apar.	Se abrió y saturó vejiga durante la in- tervención. Histerectomía sub-total tres años antes. Hemorragia pos-coitum des- pués de la intervención.
N° 14 27946 IV/52	30 10 2 mes.	E: I Meno-metrorragias T. Exofítico.	IV/52 Ca. Esca- moso.	Ca. Esca- moso. B: Negat.	NO	IV/52: Wer- sub-peritoneal.	18 meses Bien. Sin. Ca. apar.	

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 15 28430 VI/52	35 2 1 mes.	E: I Hemorragia pos coitum. Pólipo cervic.	VI/52 Ca. de Transi- ción.	Ca. Tran- sición G: Sin dato.	Atonía vesical por 2 m.	VI/52: Wer- theim T.	28 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Dos años y cuatro meses de control sin reproducción. Ca. originado en pólipo cer- vical. No se encontraron ganglios para estudio en la pieza quirúrgica. Pólipo de- generado?
N° 16 28700 VI/52	50 0 20 mes.	E: I Hemorragia pos menopausia T. Exofíticos Endocervix	VI/52 Adeno- carcin. papilar.	Adenocar- cinoma G: metas- tásicos. Leiomioma	NO	VI/52: Wer- theim T.	NO	No volvió a control. Adenocarcinoma de endometrio propagado a endocervix y me- tastasis ganglionares hasta cadena aór- tica. Linfadenectomía incompleta por falta de sangre y altura de la invasión. Meno- pausia de diez años.
N° 17 30588 III/53	44 7 3 mes.	E: I Flujo con sangre Pólipos cuello	III/53 Ca. de Transic.	Ca. Tran- sición. G: Negat.	Fístula Vésico vaginal ilíus para- lítico.	VII/52: Rx. profundos.	5 mes. reprodu- en cúpula y fistula.	Se perdió de control a los cinco meses con reproducción del Ca. en cúpula, per- sistencia de la fístula y muy malas con- diciones generales.
N° 18 30972 V/53	38 3 2 mes.	E: I Flujo con sangre. Menometrorragia.	V/53 Ca. esca- moso.	Ca. esca- moso. G: Negat. Leiomioma	NO	IV/53: Wer- theim T.	4 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Cuatro meses de control. Perdida porte- riormente.
N° 19 31420 VII/53	35 6 1 mes.	E: I Hemorragia con embarazo. Erosión cuello.	VII/53 Ca. E: O. VIII/53 Ca. invas.	Sin tumor G: Negat.	hematoma pélvico	VII/53: Wer- theim T. VIII/53: ampu- tación cerv. VIII/53: Wer- theim T.	14 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Ca. E: I con embarazo de cuatro meses. Pieza quirúrgica negativa por amputación previa de cuello.
N° 20 32197 X/53	44 4 12 mes.	E: I Menometrorragia. Pólipo cervix.	X/53 Adeno Ca. Papilar	Adeno Ca. G: Negat.	NO		7 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Adenocarcinoma primitivo de cuello ori- ginado probablemente en un pólipo cer- vical.
N° 21 33256 III/54	58 2 6 mes.	E: I Pequeñas hemorra- gias pos menopau- sia. Ulcera endoc	III/54 Ca. Es- camoso.	Ca. esc. Fibro- miomas.	NO	III/54: Wer- theim T.	5 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Menopausia de quince años. Ca. de endo- cervix con invasión hasta orificio interno de este.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 22 33715 IV/54	34 6 6 mes.	E: I Flujo maloliente. Purulento. Gran T Exofítico.	IV/54 Ca. es- camoso.	Ca. esca- moso. Ganfilos negativos.	Abceso colibacilar de la he- rida	V/54: Wer- theim T.	4 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Abceso de la pared por colibacilo. Curó fácilmente. Gran tumor necrótico en co- lilfor.
N° 23 22240 XII/49	50 4 3 mes.	E: II Vagina. Paramet. Hemorragias pos. Menopausia. Nódulo parametria	XII/49 Adenocar- cinoma del cuello.	Negativa para Ca. G: Negat. Mioma. Salpingitis	Parálisis de brazo d. Inconti- nencia uretral.	I/50: radium pre- cervical y sonda. III/50: Wer- theim T.	53 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Menopausia de un año. Adenocarcinoma del cuello; no se sabe si también del cuerpo, pues el tratamiento previo con radium esterilizó el Ca. La pieza quirúr- gica negativa para Ca. Control cuatro años y cinco meses.
N° 24 22263 XII/49	76 10 6 mes.	E: II Hemorragia pos menopausia. T. Exofítico. Vagina parametrios. Prolapso 3° G.	XII/ 49 Ca. Esca- moso.	Ca. esca- moso. G: no se sacaron.	Shock operatorio reversible.	I/50: histerec- tómia vaginal Schauta	1 mes.	Menopausia de ventidós años. Prolapso total. No se practicó linfadenectomía. Pérdida de control.
N° 25 22842 III/50	28 4 mes. 6 mes.	E: II Vagina. Flujo co sangre. Hemorragi pos coitum. Cuel t umoral. Duro	III/50 Ca. esca- moso.	Ca. esca- moso. G: negat.	NO	III/50: Wer- theim T.	55 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Cuatro años y siete meses de control sin signos de reproducción.
N° 26 23030 IV/50	40 2 mes. 4 mes.	E: II Parametrios T. Exofítico cuello Ca. endometrio	IV/50 Adeno Ca. del cuello.	Adeno Ca. de endo- metrio. Cuello: sin T. G: no se sacaron.	NO	IV/50: radium pre- cervical y sonda intraut. VI/50: Wer- theim (sin lin- fadenect).	37 mes. Bien. Sin. Ca. apar.	Adenocarcinoma de endometrio propagado a cuello tratado con sonda intrauterina de radium y radium precervical. En pieza quirúrgica Ca. residual de endometrio y cuello sin tumor. No se practicó linfade- nectomía. Control postoperatorio 35 meses y 37 después del radium.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 27 23143 IV/50	30 1 6 mes.	E: II Parametrios. T. Exofítico. Salpingitis. Metrorragias	IV/50 Ca. Escamo- so.	Ca. Escamo- so. Salpingitis G: Sin es- tudío.	Cicatrización in- completa de cúpula vaginal	V/50: Wer- theim T. X/50: Rayos X Tratamiento incompleto.	5 mes. reproduc. 8 mes. Muerte	El cirujano sospechó que los ganglios eran metastásicos. No se practicaron cortes de ellos. Reproducción a los cinco meses en cúpula y parametrios tratada con rayos X. Abandonó tratamiento. Muerte a los ocho meses.
N° 28 23793 VII/50	43 13 4 mes.	E: II Vag. Parametrios Flujo con sangre T. Exofítico.	VII/50 Ca. Escamo- so.	Ca. Escamo- so. G: positi- vos.	Paresia brazo derecho	VII/50: Wer- theim T.	48 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Control de cuatro años sin Ca. aparente a pesar de ganglios positivos. La paresia del brazo derecho curó a los cinco meses.
N° 29 27187 X/51	42 8 2 mes.	E: II Vag. Parametrios Erosión cuello (endofítico) Metrorragias.	X/51 Ca. Escamo- so.	Pieza Q. y ganglio sin des- cripción.	Fistula uretero vaginal Necrosis cúpula.	V/52: Reparación fistula.	8 mes. Bien. Sin Ca. ni fistula	Fistula uretero-vaginal curada quirúrgica- mente por reimplantación del uretero en vejiga a los siete meses del Wertheim. Pérdida después para control.
N° 30 27467 XII/51	47 7 8 mes.	E: II Parametrios. Polimenorreas T. Exofítico del cuello.	XI/51 Adeno Ca. Papili- fero.	Sin tumor. G: no se extirparon.	NO	I/52: Rayos X y radium. I/54: Wer- theim Simple.	32 mes. Pos-Rx 8 mes. pos-Wer- theim. Bien.	Wertheim simple dos años después de irra- diada. Sospecha clínica de Ca. en pieza quirúrgica, pero cortes inapropiados. Con- trol pos-operatorio ocho meses.
N° 31 27857 II/52	56-7 1 mes. 34	E: II Parametrios. Cráter cuello (T. endofítico) Metrorragias.	II/52 Ca. Escamo- so.	Ca. de Transac- ción. G: Negat.	Lesión novena iliaca sutura	III/52: Wer- theim T.	24 mes. Muerte.	Menopausia de die zaños. Reproducción a los siete meses en tabique recto-vaginal. No aceptó tratamiento por rayos X. Muer- te a los dos años por carcinoma.
N° 32 28364 IV/52	34 2 6 mes.	E: II Vagina. Parame- trios. T. Endofíti- co de muñón de cuello. Hemorra- gia pos coitum.	IV/52 Ca. Escamo- so.	Ca. escamo- so. G: Negat.	NO	IV/52: Estracción de muñón. Linf- denectomía.	Muerte. sin con- troles in- termedios a los 12 mes.	Histerectomía subtotal die zaños antes. Muerte al año. No se supo si por carci- nomatosis. Ca. de muñón de cuello re- sidual.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	OPERAT. COMPLIC.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 33 28417 V/52	32 3 2 mes.	E: II Parametrios Pequeñas hemo- rragias. T. Exofítico. Salpingitis	V/52 Ca. Epi- dermoide escamoso.	Cortes inapropia- dos. No se encontró Ca. G: Negat. Salpingitis.	Shock quirúrgico por hemo- rragia fistula vésicova- ginal. Peritonitis.	VI/52: Wer- theim T.	2 mes. reproduc- ción en cúpula? Mal.	Salpingitis sub-aguda en el tiempo de la intervención. Fue necesario dejar taponam- iento pélvico tipo Mickulicz por hemo- rragia. Fistula vésico-vaginal. Peritonitis pos-operatoria. Pérdida de control a los dos meses con sospecha de reproducción en cúpula y en malas condiciones gene- rales.
N° 34 28904 VII/52	37 6 6 mes.	E: II Parametrios Flujo con sangre. T. Exofítico.	VII/52 Ca. de Transi- ción.	Ca. de Transi- sión. G: Negat.	NO	VII/52 Wer- theim T. II/53: Estracción metast. vaginal V/53: rayos X profundos.	8 mes. reproduc. 12 mes. invasión pélvica.	Reproducción en cúpula y para metrios a los ocho meses (tratada con Rx.). En control con invasión pélvica.
N° 35 29349 IX/52	48 12 3 mes.	E: II Parametrios. Flujo con sangri Placas de leucopla- sia cuello. T. Exofítico.	IX/52 Ca. esca- moso.	Ca. esca- moso. G: Negat.	Shock quirúrgico irreversi- ble. Muerte.	IX/52: Wer- theim T.	Muerte	Murió en la sala quirúrgica por shock operatorio. Enferma obesa.
N° 36 29510 X/52	52 2 2 mes.	E: II Parametrios. Cráter del cérvix (endofítico). Miomias utero.	X/52 Ca. Esca- moso con zonas a- naplásticas.	Ca. espi- noso. G: Negat.	Shock a las 24 h. eventra- ción. Netritis Muerte	X/52: Wer- theim T.	Muerte a los 10 días.	Menopausia de seis meses. Shock quirúr- gico tardío. Dehiscencia de planos pro- fundos de la herida. Muerte a los diez días. Autopsia, edema cerebral. Nefritis.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 37 29770 XI/52	52 5 6 mes.	E: II Vagina-Param. Hemorragia pos menopausia. T. Exofítico.	IX/53 Ca. esca- moso. V/53 Ca. Esca. de Fistul.	Ca. Epi- dermoide. G: Posit. Paramet. Posit. Ca. V/53 Ca. Epider- moide.	Fístula vésicova- ginal de- hiscencia 1/3 planos sup. heri.	I/55: Wer- theim T. V253: Cierre quirúrgico fístula.	5 mes. muerte	Menopausia de dos años. Fístula vésico- vaginal operada a los cuatro meses con ca. en los bordes. Muerte a los cinco meses con fístula reproducción y caque- zia. Ruptura y sutura de vejiga en in- tervención.
N° 38 29783 XI/52	56 7 3 mes.	E: II Vagina. Cráter endofi. Hemor. pos-meno.	XI/52 Ca. Esca- moso.	Ca. Epi- dermoide. G: Negat.	NO	XII/52: Wer- theim T.	12 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Pequeña eventración a los seis meses en herida abdominal.
N° 39 30022 XI/52	44 17 3 mes.	E: II Vagina. Metrorragia. Hemor. post-coit Flujo hemático. T. Exofítico.	XII/53 Ca. Esca- moso.	Ca. Epid. G: posit. Paramet. Positivos para Ca.	Parálisis vesical.	I/53: Wer- theim T.	NO	Perdida de control. Parálisis vesical en los veinte primeros días de pos-operatorio.
N° 40 30080 X/53	55 9 6 mes.	E: II Vag. Paramet. Hemorragias. posmenopausia T. Exofítico.	I/53 Ca. de Transi-	Ca. esca- moso. G: positi- vos para Ca.	NO	II/53. Wer- theim T.	7 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Menopausia de un año.
N° 41 30433 II/53	27 7 17 mes.	E: II Vag. Paramet. Metrorragias. T. Exofítico.	II/53 moso. ción.	Ca. esca- moso. G: Posit. Pólipo degener.	Fístula vésico- vaginal pielocitis	II/53: Wer- theim T.	4 mes. mal. Con reproduc.	A los cuatro meses carcinomatosis, intra- table. Probable muerte por esta causa aunque no fue notificada al Instituto. Fis- tula vésico-vaginal.
N° 42 31549 VII/53	46 46 9	E: II Parametrios Metrorragias. T. Exofítico.	Ca. Esca- moso. IX/53 Sin Ca. III/54 Ca. Esca- moso.	Ca. esca- moso. G: no se hicieron cortes.	NO	VIII/53: Wer- theim T. IV/54 Radium vaginal.	8 mes. reproduc. en cúpula 12 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Sospecha de reproducción en cúpula al mes. Bs. negativa confirmada a los ocho meses se trató con radium. Cuatro meses después sigue bien.

CASO HIST. N° FECHA	EDAD PARID. LAPSO A 1° CONSUL.	ESTADO SINTO- MATOLOGIA	BIOPSIAS	PIEZA Q. GANG.	COMPLIC. OPERAT.	TRATAMIENTOS	CONTROL	OBSERVACIONES
N° 43 32095 IX/53	53 3 3 mes.	E: II Parametrios Metrorragias. T. Exofítico	XI/52 Ca. Esca- moso.	Ca. esca- moso. G: Negat.	NO	X/53: Wer- theim T.	12 mes. Bien. Sin Ca. apar.	Menopausia de siete años. Tratamiento quirúrgico de fistula vésico-vaginal con fracaso de éste.
N° 44 33471 III/54	57 0 4 mes.	E: II Parametrios y Ca. de cuerpo. Metrorragias T. Exofítico.	III/54 adeno Ca. de cuello y cuerpo.	Sin Ca. G: Negat. Ca. Esca- moso.	Fistula Vésico- vaginal esfacele de cúpula Pielocis.	V/54: Radium VI/54: Wer- theim T. VIII/54: repara- ción de fistula.	4 mes. Bien. Sin Ca. apar. con fis- tula.	
N° 45 33535 IV/54	38 7 3 mes.	E: I Parametrios Metrorragias Flujo con sang. T. Exofítico.	IV/54 Ca. esca- moso. G: Negat.		Hematoma sub-perito- neal.	IV/54: Wer- theim T. VI/54: exploración y drenaje de quiste subperitoneal	3 mes. Bien. Sin Ca. apar.	A los dos meses de tratamiento quirúr- gico quiste multilocular (subperitoneal) de contenido seroso sobre la zona de los vasos ilíacos izquierdos. Se drenó quirúr- gicamente. Hidronefrosis bilateral mode- rada a los dos meses de intervenida.

COMENTARIOS

De los 45 casos presentados, uno se considera con diagnóstico equivocado y fue operado a causa de una biopsia remitida como positiva para carcinoma y tomada fuera del Instituto. Una biopsia tomada en el Instituto dio como resultado "Cervicitis Crónica" y una Citología fue considerada positiva para carcinoma. Posteriormente se confirmó el error de la primera biopsia.

Respecto a la edad de las enfermas, la de menor edad fue de veintisiete años y de setenta y seis la más vieja. La mayor incidencia de Carcinoma del cuello se encontró en la tercera década de vida (17 casos), siguiendo en su orden la cuarta década (13 casos) y la quinta (11 casos).

El lapso entre la probable iniciación de la sintomatología y la primera consulta en el Instituto es un dato muy relativo falseado por el factor de la apreciación subjetiva de la enferma y del médico examinador. Sin embargo anotado cuidadosamente en las historias orienta sobre la demora en consultar o en conseguir un diagnóstico apropiado.

El dato de paridad es interesante: 3 de las enfermas eran nulíparas, 1 había tenido un solo parto y 41, es decir, el 91%, eran multiparas; de estas 29 habían tenido 5 o más partos.

En cuanto al aspecto del cuello a la inspección clínica, 27 casos, o sea el 60%, fueron descritos como carcinomas exofíticos (coliflor, vegetante, exofítico); 12, o sea el 26%, como endofíticos (ulceración, erosión, cráter); 4, o sea un 8%, como pólipos probablemente degenerados y 2, o sea un 4%, no fueron descritos claramente. Es interesante anotar que los 4 casos descritos como pólipos del cérvix, 3 fueron clasificados por el histopatólogo como "Carcinomas de Transición" y 1 como "Adenocarcinoma del cuello" (primitivo); se puede pensar con fundamento que la lesión primitiva fue un pólipo que degeneró posteriormente.

Histológicamente fueron clasificados 32 casos, es decir, el 73%, como carcinomas escamosos (o epidermoides); 5, es decir, el 11,1%, como adenocarcinomas primitivos del cuello; 2, o sea el 4,4%, como adenocarcinomas de cuello y cuerpo sin que pueda determinarse su localización primitiva aunque probablemente fue en el endometrio; 5, o sea el 11,1%, como carcinoma de transición. No se incluye el falso positivo.

Conviene anotar los resultados del estudio de las piezas quirúrgicas, a pesar de que infortunadamente por distintas circunstancias no están anotados o no fueron practicados en su totalidad. Fueron clasificadas como sigue: 36 casos con carcinoma, de los cuales 1, a pesar de tratamiento previo con radium, presentaba carcinoma residual en endometrio; 5 casos sin carcinoma (4 con tratamiento previo de radium y uno con amputación previa del cuello uterino); 3 sin estudio de pieza quirúrgica y el caso falso-positivo en el cual no se encontró tumor. Respecto al estudio de los ganglios en 41 Wertheims con linfadenectomía, 27 fueron negativos para carcinoma; 7 positivos y 7 sin estudio. De los 33 casos estudiados (se descarta el falso-positivo) los 7 positivos dan un porcentaje de 21.2% ligeramente más alto del anotado por otros autores; de estos 7 casos positivos, 5 se encontraron en Estados II; debe anotarse que en el caso número 16 se encontraron ganglios altos que no fue posible extraer por falta de sangre y mal estado de la enferma, por lo cual se aplicaron Rx. profundos posteriormente.

No se practicó linfadenectomía en 4 casos; en 2 de los cuales se hizo histerectomía vaginal tipo Schauta; en los otros 2 se había aplicado Radium previo. En uno de los casos tratados por vía vaginal, reproducción del carcinoma en ganglios y cúpula a los tres años y siete meses, que fue tratada con Rayos X.

En 5 casos se aplicó radium previo (4 con adenocarcinoma del cuello y probablemente del cuerpo y uno con carcinoma escamoso de endocérvix). 4 de estos casos con pieza quirúrgica negativa para tumor.

En 6 casos se aplicaron irradiaciones posteriores al tratamiento quirúrgico (en 2 inmediatamente y en 4 posteriormente por reproducción o metástasis).

En cuanto a las complicaciones post-operatorias, se presentaron en 22 casos, o sea el 49%. En 7 casos shock operatorio (4 irreversibles con muerte de las enfermas), debe anotarse que uno de estos casos causó la muerte tan sólo diez días más tarde por nefritis atribuible al mismo shock. En 7 casos, es decir 15.5%, se presentaron fistulas urinarias (1 uretero-vaginal y 6 vésico-vaginales), correspondieron 5 a Estados II y 2 a Estado I, con un porcentaje en Estado II de 21.7%. La fístula uretero-vaginal curó por intervención quirúrgica, una de las fistulas vésico-vaginales curó con cateterismo ureteral e injertos de placenta; otras 2 tratadas quirúrgicamente se reprodujeron.

Si se consideran separadamente los Estados I y II, se encuentra en Estado I 36,3% casos con complicaciones y en Estado II 60,8%.

La mortalidad fue semejante para los dos estados clínicos y esto era de esperar, puesto que el traumatismo quirúrgico es semejante y el estado general de las enfermas no suele diferir.

Las otras complicaciones no numeradas hasta ahora fueron 2 casos de hematoma pélvico, parálisis vesical prolongada en 2 casos y parálisis de brazo derecho de origen mecánico 2 casos. No detallan otras complicaciones de menor importancia que se encuentran en el cuadro general.

En conjunto se pueden dar los siguientes datos sobre el control de los casos estudiados:

Muerte inmediata pos-operatoria	4 casos	8,8%
Muerte por carcinomatosis confirmada	4 casos	8,8%
Perdidas de control desde intervención	6 casos	13,3%
Perdidas de control posteriormente	12 casos	26,6%
Enfermas en control	19 casos	42,2%
Total pérdidas de control	18 casos	40%
Reproducciones o metastásis antes 1 año . . .	10 casos	22,2%

De las enfermas actualmente en control, una presenta carcinomatosis y lleva 12 meses de operada, la otra con reproducción en cúpula a los 8 meses que se trató con radium lleva 4 meses de control sin carcinoma aparente; las 17 restantes sin carcinoma aparente, de las cuales 6 con tres años o más de supervivencia (3 con más de cuatro años) sin carcinoma aparente. Una de las enfermas perdidas de control duró tres años sin carcinoma aparente y presentó a los tres años y siete meses reproducción; ya se habló de este caso tratado por la técnica de Schauta. De los 10 casos controlados con reproducción, 8 se presentaron en enfermas clasificadas en Estado II.

CONCLUSIONES

I)—En los casos estudiados se puede afirmar que la morbilidad, y frecuencia de las reproducciones post-operatorias es mucho mayor en los casos clasificados clínicamente como Estados II. Es especialmente significativa la mayor incidencia de fistulas urinarias.

II)—El número de casos con ganglios metastásicos es también significativamente más alto en los Estados II.

III)—La muy alta morbilidad anotada por los Estados II (60,8%) justifica el cambio de conducta acordado en el Servicio Ginecológico del Instituto Nacional de Cancerología o sea remitir a tratamiento con Radium y Roengenterapia profunda los casos en este estado clínico, siempre y cuando el tratamiento por irradiación pueda aplicarse en su totalidad.

IV)—Cuatro de los casos presentados puede decirse con fundamento que se originaron en pólipos del cérvix presentando un cuadro histopatológico de "Carcinoma de Transición". Esto permite insistir sobre la conveniencia de tratamiento apropiado y examen anatomopatológico de los pólipos de cuello uterino.

V)—La alta incidencia de carcinoma del cuello en enfermas multiparas (91% de los casos en enfermas multiparas) está en favor de factores predisponentes o desencadenantes de carcinoma por los repetidos traumatismos del parto; es un argumento en favor de la conveniencia de controles ginecológicos periódicos en este tipo de enfermas.

VI)—El porcentaje de enfermas perdidas para control es muy alto (40%) y puede atribuirse por una parte a ignorancia de éstas y de sus familiares y por otra a factores económicos, que no permiten el regreso a control por el gasto que supone el viaje y permanencia en la ciudad cuando viven fuera de ella. El Instituto cita periódicamente a sus enfermos mediante cartas dirigidas a éstos y a sus familiares.

VII)—Se considera que cualquier otro tratamiento quirúrgico menos radical que el Wertheim Taussig es inútil y generalmente perjudicial para las enfermas, y que cuando se encuentran adherencias firmes de vejiga a útero, de recto a útero o vagina, o ganglios para-aórticos sospechosos de metastasis, el cirujano debe tener el valor de cerrar la herida abdominal y remitir la enferma a tratamiento radioterápico.

VIII)—Se puede pensar que algunas de las fistulas vésico-vaginales se han sucedido por falta de irrigación y que es conveniente no ligar la arteria vesical terminal de la hipogástrica, sino ligar la uterina a la salida de la hipogástrica, con el fin de conservar una mejor irrigación vesical. Esta modificación ya ha sido adoptada para algunos casos en el Instituto.

BIBLIOGRAFIA

ALJURE M. FOSTUNATO.— El Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma del Cérvix Uterino. Tesis de Grado. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia, noviembre, 1953.

LASH A. F.— Carcinoma of Cervix Uteri. S. Clin. North America 33: 231-240, febrero, 1953.

GRAHAM JOHN and MEIGS JOSE V.—Residual Carcinoma in Vaginal Cuff after Radical Hysterectomy with Bilateral Pelvic Lymph Node Dissection. Am. J. Obst. & Gynec. 64: 402-403, Aug, 1952.

NOVAK EMIL: Carcinoma of the Cervix. Gynecologic and Obstetric Pathology. Third edition. Ed. Saunders Philadelphia and London. P. 109. 1952.