

## CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO. TRATAMIENTO DE ELECCION\*

Dr. A. PONJOAN SABATER

Director Honorario del Servicio de Ginecología del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo - Barcelona

EN los comienzos de mi ejercicio profesional eran valederas las cifras estadísticas referentes a la inter-relación entre la frecuencia del cáncer del cuerpo uterino y el cáncer del cuello; en las más consultadas obras de texto estaba consignada la proporción de 1 a 10. Hoy día, esta fracción decimal o quebrado se ha modificado en tal forma que, sin temor a pecar de exageración, les manifiesto que el valor de sus cifras tiene tendencia a ser invertido.

¿A qué obedece este cambio? En primer lugar, hace aumentar la cifra del numerador el haberse conseguido una mayor longevidad, ya que el cáncer del cuerpo del útero es propio de la mujer de edad avanzada; si de los 40 a 45 años es la edad más frecuente de la aparición del cáncer del cuello uterino, pasados o cumplidos los 55 años es cuando puede aparecer el cáncer corporal o del endometrio. Dos factores intervienen en la disminución del denominador: la hoy día mejor asistencia al parto, con lo que han disminuido notablemente el núme-

ro de desgarros del cuello, causal de cervicitis inveteradas, y la cada día mayor atención con que la mujer cuida su higiene íntima, consultando con más frecuencia al ginecólogo por pequeños, por leves trastornos genitales, especialmente por la anteriormente tan descuidada leucorrea, provocada la mayoría de veces por afecciones del cérvix, cuya persistencia o cronicidad puede preparar el terreno para la transformación en un precáncer.

Finalmente, otro factor que, en mi concepto está influyendo en el aumento de la frecuencia del cáncer del endometrio, es el actual, más que uso, abuso, que se está haciendo de los tratamientos hormonales, refiriéndome particularmente a los estrógenos; conocida la influencia que los estrógenos ejercen sobre las modificaciones de la mucosa uterina: hiperplasia, crecimiento, proliferación y, finalmente, destrucción; es posible, y en mi concepto probable, que esta gimnasia proliferativa y destructiva a destiempo, cerrado ya el período de la fisiológica actividad hormo-

\* Extracto de la comunicación presentada como Académico Corresponsal en la sesión del 15 de octubre de 1963.

nal ovárica, sea causa o prepare el terreno para la posible degeneración maligna del epitelio endometrial.

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico del cáncer del cuerpo uterino, en general, no ofrece dificultad alguna; el *diagnóstico de sospecha* debe deducirse de la historia clínica: toda paciente que al cabo de 5-10 años de haber entrado en la menopausia consulta por una o repetidas pequeñas metrorragias espontáneas, debemos sospechar que es portadora de un cáncer del endometrio; el diagnóstico de seguridad nos lo dará la *biopsia* del mismo. Es de capitalísima importancia que en el curso del interrogatorio indaguemos si la enferma está, o recientemente ha estado, sometida a tratamiento con estrógenos, incluso la absorción de los mismos en forma de pomadas es capaz de provocar pequeñas metrorragias de origen hormonal.

El examen clínico no nos da signo alguno de seguridad; el tacto combinado nos revelará un útero hipotrófico móvil, desplazable e indoloro en sus fases *iniciales*; útero voluminoso y blando en mujer menopáusica afecta de pequeñas y repetidas metrorragias es sospechoso de carcinoma corporal en fase *avanzada*.

Numerosos son los trabajos publicados acerca la utilidad de la histerografía en el diagnóstico del carcinoma del cuerpo del útero,

llegando incluso a ser llamada por algunos como el método de elección; si bien reconozco que la imagen histerográfica, con sus lagunas y clásicos bordes festoneados constituye un documento ultrademostrativo de la presencia de un cáncer corporal en *fase muy avanzada*; no obstante, en tales casos considero a la histerografía como una técnica de exploración desechable.

1.º Porque en los casos incipientes puede dar un resultado absolutamente negativo.

2.º Por el peligro de provocar una siembra intra-peritoneal por el arrastre de células cancerosas través del conducto tubárico.

Y 3.º, por el peligro de rotura uterina ocasionada por la presión del líquido opaco sobre unas paredes a las que a su fragilidad se le ha sumado la alteración neoplásica.

¿Y el examen citológico de la secreción uterina? La utilidad que la *citología* puede prestar en el diagnóstico del epiteloma del cuello deja de rendirla en el diagnóstico del cuerpo por la casi identidad de aspecto entre la célula normal y célula neoplásica del mismo.

### TRATAMIENTO

Es ante todo *quirúrgico*.

A pesar de los tan excelentes resultados obtenidos con el Radium en el tratamiento del epiteloma del cuello del útero, poca es la utilidad que podrá prestarnos en el diagnóstico del cuerpo, dada la radio-resistencia

cia de las células del carcinoma glandular.

La lentitud del proceso evolutivo del cáncer del cuerpo influye favorablemente a que sea muy elevado el número de casos operables en el momento de ser diagnosticado; es posible que las condiciones de estado general, por la frecuente avanzada edad de estas pacientes, puedan limitar las posibilidades del acto quirúrgico; de todos modos, la anestesia que unos lustros atrás podía representar un serio problema, ha dejado de serlo desde que en nuestros quirófanos disponemos de flutane, protóxido de nitrógeno, presurén y, sobre todo, competentes anestesiastas.

*Técnica quirúrgica.* — La histerectomía vaginal con ablación de los anexos es la técnica de elección en los casos de carcinoma incipiente; el peligro de perforación o desgarramiento de las paredes del útero, o salida de masa neoplásica a través del orificio del cuello durante las maniobras de la intervención operatoria, la contraindican si el carcinoma se halla en fase avanzada; es por ello que cuando el volumen del útero es notablemente manifiesto o su movilidad disminuida, la vía de elección ha de ser la vía alta.

Hasta hace pocos años, era ad-

mitido que el carcinoma del endometrio no producía metástasis intrapélvicas; sus linfáticos aferentes caminando por debajo de las trompas y entre ambas hojas de los ligamentos anchos, abocarían su contenido a los ganglios lumbares y preaórticos; los estudios anatómicos, especialmente de Randall y Brunschwig han demostrado que en 16 % de los casos avanzados existen metástasis en ganglios intrapelvianos.

Nosotros, basándonos en el estado general de la paciente y en la detenida exploración durante el acto operatorio, actuamos de forma ecléctica: histerectomía abdominal con ablación de anexos en la mayoría de casos; exéresis radical, si comprobamos infartos ganglionares.

\* \* \*

Hemos afirmado que el tratamiento de elección es el quirúrgico. ¿Qué papel le reservamos a la terapéutica física? Para el tratamiento con radium, los casos en que el estado general contraindique el acto operatorio, y para el tratamiento de las recidivas vaginales, la roengenterapia dirigida a las paredes de la pelvis, para actuar sobre las metástasis ganglionares y como coadyuvante al tratamiento operatorio.