

# Resúmenes Oncológicos

Por el Dr. Alexander Meisels

## PRONOSTICO EN EL CANCER CERVICO-UTERINO BASADO EN LA COLPOCITOLOGIA: J. B. Graham, R. M. Graham y W. Liu. Surg. Gyn. & Obst, 99:555-562, Noviembre de 1954.

Este trabajo del grupo de investigadores del Vincent Memorial Hospital de Boston es el segundo que publican acerca del pronóstico del cáncer cervicouterino basado en el estudio de frotis vaginales, tomados antes del tratamiento. El factor específico que toman en cuenta es la radiosensibilidad y consiste en alteraciones citoplásmicas especiales, observables en algunas células. El límite importante para valorar la presencia de estas alteraciones se fijó en 10%. De 51 enfermas con más de 10% de células con signos de radiosensibilidad, 37 (73%) sobrevivían asintomáticas a los cinco años de tratadas con irradiaciones; en cambio, de 85 enfermas de este mismo grupo, cuyos frotis mostraban menos del 10% de signos de radiosensibilidad, sólo 15 (18%) sobrevivieron asintomáticas el límite de cinco años.

Estos resultados, por sí solos son muy importantes para guiar la terapéutica. Pero estos autores han observado otro hecho que orienta en forma mucho más precisa todavía el tratamiento. En efecto, entre los cánceres cervicouterinos de grados I y II, algunos fueron tratados por histerectomía radical y otros fueron irradiados. De los tratados quirúrgicamente, el estudio de la radiosensibilidad previa al tratamiento reveló el hecho sorprendente de que la relación es exactamente inversa a la observada con radioterapia. En efecto, de 23 enfermas operadas con más de 10% de radiosensibilidad, sólo 9 (39%) se consideraron curadas después de

dos a cinco años. Entre 80 enfermas cuyos frotis revelaron menos del 10% de radiosensibilidad, 57 (71%) alcanzaron de dos a cinco años sin evidencia de tumor.

Esto quiere decir que el factor radiosensibilidad, descubierto en los frotis de las enfermas con cáncer cervicouterino antes del tratamiento, permite predecir con bastante exactitud el resultado que podrán obtener sea con radioterapia, sea con cirugía radical y en muchos casos podrá servir de guía para escoger entre estas dos formas de tratamiento.

En vista de que las alteraciones características de radiosensibilidad se presentan con mayor frecuencia en las células basales, estos autores han tratado de ver si el porcentaje de células basales en los frotis da un índice pronóstico tan útil como el factor de radiosensibilidad. Sus resultados con una serie escogida de casos mostró una correlación bastante buena, pero el porcentaje de células basales (también separando los frotis entre los que tienen más y los que tienen menos del 10%) no es un índice pronóstico tan exacto como lo es el factor de radiosensibilidad.

Finalmente, queriendo demostrar la reproducibilidad de las observaciones de radiosensibilidad, sometieron sus frotis a 10 personas cuya experiencia en citología variaba de 11 años a tres meses. Las predicciones pronósticas obtenidas mostraban solamente pequeñas variaciones, lo que demuestra que si bien es cierto que los citólogos con mayor preparación obtienen resultados más uniformemente correctos, el método en sí es aplicable con un mínimo de entrenamiento especializado.

## BASES EXPERIMENTALES DE LA QUIMIOTERAPIA DE LOS TUMORES: H. Lettré. Acta Unio Internationalis Contra Cancrum: 9:757-759. 1953.

El autor considera errónea la investigación de sustancias activas contra toda especie de tumores, aun cuando habitualmente un solo tipo de cáncer sirve para comprobar la eficacia de numerosas sustancias: Para tumores determinados deben hallarse sustancias inhibitoras específicas.

El profesor de la Universidad de Heidelberg continúa insistiendo en una clasificación bioquí-

mica de los diferentes tipos de tumores; la diferencia de actividad de los varios venenos mitóticos en múltiples tipos de tumores reside en una diferencia en el punto de ataque (o de sustancia antagonista).

El efecto obtenido con un veneno mitótico es distinto según la dosis administrada y según se trate de una dosis única o de dosis múltiples.

La eficacia de una sustancia se explica no por una alteración cromosómica sino por una acción sobre enzimas localizadas en los gránulos citoplásmicos.

**INTERPRETACION, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES: H. Ahlbom. Acta Unio Internationalis Contra Cancrum, 9:835-839, 1953.**

Del estudio de 790 casos de tumores de las glándulas salivales tratados en el Radiumhemmet de Estocolmo, se desprende que la teoría glandular propuesta para explicar el origen de estos tumores resulta ser la más satisfactoria. La dificultad de hacer una clasificación en tumores benignos y malignos justifica la constitución de un grupo intermedio, semi-maligno. Esta clasificación ha mostrado tener un gran valor en la práctica. Los tu-

**CARCINOMA PULMONAR PRIMARIO: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO: Mario M. J. Brea. Surgery: 35:167, 1954.**

Este artículo describe una serie de 800 carcinomas broncogénicos; 311 de estos enfermos fueron operados y en 200 se hizo resección. El índice de operabilidad en esta serie fue, por lo tanto de 22%, lo que significa un aumento en relación con las cifras de este mismo autor en 1947, cuando la operabilidad fue de 13%. Al comparar sus datos con los de otros investigadores, el autor hace notar que su índice se encuentra por debajo del de Ochsner (35%) pero semejante al de Churchill (25.1%).

De los 311 operados, 200 fueron sometidos a resección, lo que da un índice de resecabilidad de 64.3%. El índice de resecabilidad revela la exactitud del diagnóstico de operabilidad y el correcto manejo de los casos avanzados. El índice de resecabilidad aumenta con la evaluación correcta de la extensión de las lesiones —indicando inoperabilidad— y con el uso de nuevas técnicas de resección radical. Las cifras de resecabilidad del autor han aumentado de 40.7% en 1947 a 64% en 1952. Esto puede compararse con el índice de Ochsner (64.8%) y de Churchill (58%).

La mortalidad estuvo en relación con el tipo de operación practicada y con el tipo de institución (privada o de caridad) en que se atendió el enfermo. La mortalidad para neumonectomía fue de 22% y para la lobectomía de 4.8%. Se produjeron más muertos en las neumonectomías no sólo por el peligro mayor, sino también porque las

mores estrictamente benignos jamás sufren transformación maligna, mientras que esto sucede algunas veces entre los tumores semi-malignos. El autor describe un esquema de clasificación histológica. En esta serie de casos, el principio básico del tratamiento ha sido una combinación de cirugía con radioterapia.

Los resultados a los cinco años fueron los siguientes: Menos del 2% de recidivas para los tumores benignos y semi-malignos. En los tumores malignos operables un 60% no ha presentado recidivas; pero en los no operables, sólo un 13% quedó sin recidivas. Para el conjunto de tumores malignos esta cifra es de 38%.

lesiones en este grupo eran más extensas e invadían al mediastino. Cuando la resección se extendía más allá del pulmón, la mortalidad fue de 26%, mientras que sólo fue de 7.4% cuando la neumonectomía estuvo limitada al órgano mismo.

La mayoría de los tumores fueron carcinomas epidermoides (55.1%) con adenocarcinomas en segundo lugar (13.3%) y en tercer lugar los carcinomas indiferenciados (9.2%). Los adenocarcinomas eran más periféricos, sin invasión linfática y permitieron, por lo tanto, un mayor número de lobectomías. El autor cree que el factor pronóstico más importante es la extensión del tumor y su invasión; en segundo lugar está el tipo histológico del tumor. En cambio, la supervivencia no está en relación con el tipo de resección. Esto quiere decir que el pronóstico no depende tanto del tipo histológico del tumor y de la extensión de la operación, como de la extensión de la enfermedad en si. En esta serie, las sobrevivencias después de dos años fueron más numerosas en el grupo de lobectomías (42.8%) que en el de neumonectomías (24%).

La mortalidad operatoria tanto para las lobectomías como para las neumonectomías fue más baja entre los enfermos privados que entre los asistenciales. Esto es probablemente debido a que los enfermos asistenciales obtienen un diagnóstico más tardío y sus lesiones son, por lo tanto, más extensas; asimismo, la atención médica es mejor en los hospitales particulares.

Una buena filosofía para los médicos dedicados a estos problemas es enfocar sus esfuerzos más hacia un diagnóstico precoz que a operaciones más amplias.