

# EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUERPO UTERINO

## SINTESIS

CONRADO ZUCKERMANN

### OBSERVACIONES

En trece años, de 1951 a 1963, en clientela privada en la Clínica Mexicana de Cirugía y Radioterapia, observamos 72 casos de cáncer epitelial del endometrio, habiéndose efectuado en 65 extirpación quirúrgica y examen macroscópico y microscópico detallado de la pieza operatoria.

La proporción de cánceres epiteliales del endometrio operados en relación con cánceres cérvico-uterinos operados, fue de 1 a 3, 65 cánceres endometriales en comparación con 194 cervicales. En cambio, la proporción de casos observados entre cáncer del endometrio y cáncer del cérvix fue de 1 x 12, es decir, 72 cánceres del endometrio en relación con 823 del cuello uterino.

No se incluyen en la estadística 4 casos de cáncer in situ del endometrio, que fueron hallazgos en pieza operatoria.

De los 65 casos operados, 3 corresponden a personas entre 31 y 40 años, 5 entre 41 y 50 años, 37 entre 51 y 60 años, 16 entre 61 y 70 años y 4 entre 71 y 80 años. El promedio de edad fue de 57 años, la enferma más joven fue de 36 años y la de mayor edad de 76 años.

Ocho eran personas premenopáusicas, 25 estaban en época climatérica, 32 eran postmenopáusicas. De las 32 postmenopáusicas, en 16 el climaterio había acontecido después de los 50 años.

Se trató en 20 casos de personas no fecundas y en 45 de fecundas, de las cuales 21 se consideran como poco fértiles (de 1 a 3 embarazos), 19 de mediana fertilidad (4 a 6 embarazos) y 5 de mayor fertilidad.

Se consideran como de raza india (indígena) a 4 personas, 35 mestizas y 26 blancas, de las cuales 7 eran israelíes.

De las 65 personas se aprecian delgadas a 16, 33 de mediana constitución y 11 obesas.

Sólo en 5 de las 65 personas operadas, se observó indudable diabetes, en 6 había hiperglicemia variable entre 130 y 150 miligramos de glucosa por cien cc. de sangre.

En 22 se apreció hipertensión arterial mayor de 150 x 100.

Para el reconocimiento apropiado del cáncer del endometrio, se efectuó: interrogatorio, exploración física gineco-pélvica, citología vaginal, cervical o directamente endométrica y biopsia del endometrio.

La biopsia endométrica se realizó por medio de cucharilla sonda aspiradora y en ninguno de los casos se hizo raspa enérgica del endometrio ni con tendencia a ser total.

La biopsia endométrica dio resultado positivo a la primera toma en 36 de los casos; a la segunda en 20 y en los demás hasta completar el número de 65, los resultados fueron dudosos o negativos.

De las 65 personas operadas, en 5 se hizo histerectomía total vaginal, en 36 histerectomía total amplia abdominal y en 21 linfadenohistectomía. De los 21 casos en que se realizó linfadenectomía, en 14 se comprobó positividad cancerosa en ganglios, siendo de anotarse que de estos casos, en 5 existía cancerización hasta endocérnix y en 8 penetración cancerosa al miometrio.

Es de anotarse que las 21 linfadenohistectomías corresponden a personas operadas en los últimos seis años.

De los 65 casos, en 20 existía asociación con miomas: en 3 con adenomiomas; en 3 con pólipos no cancerosos, en 1 con prolapso genital; en 13 con pequeños quistes ováricos no neoplásicos; en 4 con quistes ováricos neoplásicos; en 1 con cáncer ovárico; en 11 puede considerarse que se trataba únicamente de cáncer epitelial del endometrio, en 1 cáncer simultáneo en endometrio y en cérvix y en 5 cáncer endométrico-cervical en continuidad.

De los 65 casos operados, en 1 se trató de acantoma maligno primordialmente, en 8 de cánceres simultáneamente glanduliformes y espinocelulares y en 56 de cánceres glanduliformes.

Por su extensión, 41 eran sólo endométricos; 14 llegaban evidentemente al miometrio; 5 se propagaban al cérvix, 2 estaban localizados en el fondo uterino; en dos casos se trataba de pólipos endométricos con cancerización en una parte de ellos, en uno de estos casos el cáncer se observaba tanto en el fondo uterino como en el endocérnix separadamente.

Considerando cuatro etapas anatomotopográficas:

- I) cáncer limitado al endometrio,
- II) con invasión al miometrio,
- III) con invasión a ganglios pélvicos y
- IV) más allá de lo anterior

Nuestras 65 observaciones a posteriori, es decir, por lo apreciado en la intervención quirúrgica y por el examen histológico, corresponderían 43 a etapa I a 8 a etapa II y 14 a etapa III.

En 15 de las 65 observaciones se realizó roentgenoterapia abdomino-pélvica postoperatoria, en 1 telecobaltoterapia abdomino-pélvica postoperatoria, en 4 curieterapia vaginal postoperatoria y en 2 curieterapia vaginal y roentgenoterapia abdomino-pélvica, postoperatoriamente.

Se sabe de la muerte de 23 de las 65 operadas, de

las cuales en 3 seguramente fue por avance del proceso canceroso.

### COMENTARIOS

1. De los síntomas observados en cancerosas del endometrio se considera típico el flujo caldoso y la sangre a destiempo. Se afirma que la salida por la vagina de sangre o suero-sangre en persona post-menopáusica, es dato que obliga a buscar cáncer del endometrio, sobre todo en ausencia de lesión cervical (exocervix y endocervix) y exista o no lesión anexial. En ocasiones se observan escurrimientos purulentos por infección asociada.
2. Se aprecia que la exploración de las personas en las cuales por el interrogatorio se supone la posibilidad de cáncer del endometrio, debe ser cuidadosa y constituida primordialmente por citología endometrial (estudio microscópico de células descamadas obtenidas a la salida del cervix o en el endometrio), por la exploración física gineco-pélvica para buscar alteraciones en el volumen y consistencia del cuerpo uterino y por la *biopsia del endometrio*.
3. En ninguno de nuestros 65 casos se hizo raspado energético y amplio del endometrio. Esto está en desacuerdo con lo anotado por otros autores. Sólo realizamos biopsia con cucharilla-sonda aspiradora. No se aconsejan las biopsias energéticas y amplias del endometrio por la posibilidad de que se favorezca la diseminación general y la regional del cáncer.
4. En relación con lo anterior, se aconseja que la exploración, cuando se piense en cáncer, se efectúe por medio de maniobras suaves, sin traumatizar el útero. Se afirma que el conjunto de datos clínicos, citológicos e histológicos, con omisión del raspado amplio y energético, casi siempre son suficientes para llegar al diagnóstico.
5. No preconizamos el uso sistemático de histerografía en cáncer del endometrio.
6. Afirmada la existencia de cáncer del endometrio se debe valorar lo referente al tratamiento y en caso de considerarse posibilidad quirúrgica, por ausencia de diseminación alejada, se deberá apreciar lo que concierne a la tolerancia al acto operatorio.
7. En relación con lo que se realiza en otras clínicas, en estas observaciones no se empleó previamente a la cirugía, radioterapia endométrica.
8. Las intervenciones quirúrgicas que se preconizan son la histerectomía total amplia con extirpación de anexos, porción lateral paracervical y tercio superior de vagina y la linfadenohisterectomía amplia.
9. Con base en los datos operatorios y en el examen de la pieza extirpada, estará indicado, en algunos casos, realizar radioterapia postoperatoria: roentgenterapia, telecobaltoterapia y, además, curieterapia vaginal.

10. En los casos inoperables está indicado frecuentemente hacer ciclo radioterápico completo.

### SUMMARY

1. Among the observed symptoms in cancer of the endometrium, the abnormal flux and the bleeding are characteristic.

It is assured that the vaginal discharge of blood or serum-blood in a post menopausal person is a key that urges the searching for of an endometrium cancer, above all, in the absence of cervical lesion (exocervix and endocervix) and if there exists an annexed lesion or not. Sometimes foul purulent discharges caused by an associated infection can be observed.

2. If there is a possibility of an endometrium cancer which was brought up by means of an interrogatory made to the person, it is proper that the exploration be made very carefully and formed mainly by endometrial cytology (microscopic study of exfoliated cells obtained in the outside of the cervix or at the endometrium) by the physic gineco-pelvic exploration for looking up alternations in the volume and consistence of the uterine body and by the biopsy of the endometrium.

3. It wasn't done in any of our 65 cases an energetic and extensive curetage of the endometrium. This disagrees with the comments of others authors.

We only carry out biopsae with a suction curet. The energetic and extensive biopsae of the endometrium are not advisable because of the possibility of favoring the general and radical spread of cancer.

4. In relation with the above mentioned, it is suggested that the exploration, when cancer is concerned, be carried out by means of smooth handling, without wounding the uterus.

It is considered certain that the whole clinic, cytologic and histologic data, omitting the extensive and energetic curetage are almost always enough for finding out the diagnosis.

5. We don't recommend the systematic use of histerography in cancer of the endometrium.

6. Already proved the existence of endometrium cancer, an evaluation must be made concerning the treatment and in case of a surgical possibility by the absence of expanded dissemination, it must be taken into consideration the tolerance to the operator act.

7. In relation with what is fulfilled in other clinics, in these observations it was not employed before the radium endometrial surgery.

8. The surgical interventions that are commendable are the total and extensive hysterectomy eith extirpation of that annexed parts, lateral, paracervical, and the upper third of the vagina, and the wide lymphatic hysterectomy.

9. According to the surgical facts and to the test of the extirpated piece, it will be proper in some cases, to make use of post-surgical radiotherapy; X-Rays, telecobalto therapy and besides vaginal curietherapy.

10. In such cases where an operation is not possible, it is convenient to make a complete radiotherapeutic cycle.