

Dr. Eduardo Yépez V.

Profesor Agregado de Clínica
Ginecológica

GINECOLOGIA

El Cáncer del Cuello Uterino.--Incidencia Diagnóstico Precoz

Para la Clase Médica y más aún para los profesionales, que dedican su actividad al estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la mujer, no puede constituir novedad la alta incidencia del cáncer del útero, especialmente de su porción cervical.

Sin embargo, a pesar de constatar cuotidianamente esta desalentadora realidad, parece que se la pasara por alto, tratando quizá de rehuír o de menospreciar la tremenda responsabilidad que pesa sobre el profesional médico, en relación con este grave problema, problema que dice relación con la supervivencia en más o menos años de una mujer o que dice anulación a corto plazo de una vida femenina.

Todos los días acuden a la Consulta Ginecológica del Hospital "Eugenio Espejo" mujeres de variada edad, de diverso estado civil, unas en actividad ovárica o en vida sexual activa, otras ya menopáusicas, portadoras de cáncer cervical, casi siempre en estadios avanzados de evolución, por lo mismo inoperables y en los cuales ni la radiumterapia ni la roentgenterapia van a conseguir jamás curaciones clínicas.

No queremos referirnos a la educación que debe recibir la mujer según los postulados racionales de toda lucha anticancerosa, pero sí hacemos hincapié en la

ineludible obligación del Médico de no omitir el examen oportuno para despistar la posibilidad de degeneración carcinomatosa. Si sus aficiones profesionales le han alejado del campo ginecológico, es honrado que remita su enferma a un especialista, quien ante un caso sospechoso deberá agotar todos los medios de exploración y diagnóstico para indicar a tiempo la conducta terapéutica, pudiendo llegar a conseguir así y sólo así el éxito de tratamiento, al mismo tiempo, que contribuye, por medio del diagnóstico precoz, a hacer la verdadera profilaxis. "Son pocos los médicos que ignoran que generalmente, el primer signo del cáncer del cuello es la hemorragia intermenstrual o después de la menopausia; a pesar de éllo, no practican las exploraciones necesarias para determinar el estado del cuello en todas y cada una de las mujeres que a ellos acuden por esa causa".

En estas breves páginas presentamos:

I) — Datos estadísticos del Servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital "Eugenio Espejo".

II) — Prueba de Schiller, colposcopia y biopsia en 50 casos sospechosos de cáncer cervical. (*).

III) — Diagnóstico histopatológico (**). Tratamiento.

IV. — Comentario.

I

Los datos estadísticos sobre la incidencia del cáncer cervical corresponden a un espacio de tiempo de 2 años, de Noviembre de 1947 hasta fines de Octubre de 1949.

Sobre un total de 1377 exámenes realizados en este tiempo hemos encontrado 177 casos de cáncer del cuello uterino, lo que nos da un porcentaje del 12,85%. Para la clasificación según el grado de extensión de la

(*) — La prueba de Schiller, colposcopia y biopsia fueron realizadas por el señor Ramón Arroba, egresado de la Facultad de Ciencias Médicas.

(**) — El diagnóstico histopatológico fue hecho por el señor Lcdo. Dn. Jaime Rivadeneira.

neoplasia nos referimos a la aceptada por el Comité de lucha contra el cáncer de la Liga de las Naciones:

Grado I El desarrollo neoplásico está estrictamente limitado al cuello. No existe invasión de los tejidos paracervicales ni de la vagina, en forma que el útero se percibe completamente libre a la palpación.

Grado II: La neoplasia ha invadido la vagina. El parametrio puede estar invadido en alguna extensión o no estarlo, pero el útero conserva cierto grado de movilidad.

Grado III: La neoplasia ha infiltrado el parametrio y llegado a la pared de la pelvis en uno o en ambos lados, inmovilizando total o parcialmente el útero. En este grupo se incluyen los casos en los cuales la vagina ha sido invadida extensamente y también, aquéllos con metástasis aisladas en la parte inferior de la vagina y en los ganglios de la pelvis.

Grado IV: En este grupo, sin esperanza de curación, se incluyen los casos en los cuales, además de la invasión masiva de los parametrios, de la vagina o de ambos, existe la de las vísceras adyacentes y hay grandes metástasis.

Además señalamos un número de casos, que los incluimos bajo el nombre de cáncer incipiente. Para colocarlos dentro de este grupo nos hemos guiado por el criterio clínico, hasta poder verificar las indispensables comprobaciones que puedan poner el diagnóstico verdadero. Como datos de criterio clínico señalamos los clásicos de dureza del cuello, de friabilidad, de facilidad para sangrar, pero no nos hemos atendido a sólo estos datos ya que en algunos casos de cáncer incipiente no hay friabilidad de los tejidos, la prueba de Chrobak es negativa y la facilidad para sangrar se la tiene también en algunos casos de cervicitis. Hemos dado importancia a la visión macroscópica del ectocérvix, zonas de erosión, ulceraciones pequeñas, una superficie de la mucosa ligeramente elevada, una superficie deslustrada e irregular, una superficie menos transparente, blanca, etc.

Cáncer incipiente	29	16,38%
Grado I	19	10,73%
Grado II	42	23,73%
Grado III	75	42,37%
Grado IV	12	6,79%

Según la edad:

17 años	1	0,56%
20 a 30 años	9	5,08%
31 a 40 años	56	31,63%
41 a 50 años	72	40,68%
51 en adelante	39	22,03%

Relacionando los datos anteriores de incidencia por edades con los que nos traen las estadísticas extranjeras, europeas y norteamericanas salta a la vista que la edad de predilección es de los 41 a los 50 años y que pasado este tiempo el porcentaje decrece. En ésta nuestra estadística concuerda. No así en lo que se refiere a las edades más tempranas; podemos afirmar que entre nosotros no es muy raro el cáncer del cuello uterino de los 20 a los 30 años y que es frecuente de los 31 a los 40 años. Esta frecuencia en los dos últimos períodos de edades señalados tiene relación con la opinión de Enrique Thwaites Lastra y Alfredo Jakob, quienes en el trabajo presentado en las Quintas Jornadas Rioplantenses de Obstetricia y Ginecología (1944) hacen resaltar que los cánceres iniciales encontrados corresponden a mujeres jóvenes, cuya edad estaba comprendida entre los 24 y 34 años.

II

Entre 430 enfermas examinadas en un período de tiempo de 6 meses se seleccionaron 50 enfermas catalogadas como posibles portadoras de cáncer cervical, ya por los datos obtenidos con el examen directo del cuello, ya también por sus antecedentes, en especial hemorragias premenstruales, intermenstruales, (particu-

larmente hemorragias después del coíto), postmenopáusicas.

Previamente a efectuar la biopsia, hacemos sistemáticamente la prueba de Schiller, embadurnando el hocico de tenca con solución de Lugol. Esta prueba, que es tan sencilla y que la puede practicar todo médico, la consideramos por ésto de valor. No es como sabemos una prueba diagnóstica, pero sin lugar a duda nos puede señalar los sitios Lugol negativos, cuyo epitelio no es normal y sobre los que debemos efectuar la colposcopia y luego la biopsia.

En segundo término hemos verificado la colposcopia. No queremos menospreciarle como algunos autores norteamericanos, ni señalarle la exagerada importancia que le dan algunos autores argentinos, sobre todo Jakob. Es cierto que el colposcopio como medio diagnóstico debe hallarse en manos experimentadas y que no es un medio que puede emplearse cuotidianamente, por el tiempo que requiere; pero como medio orientador para el diagnóstico, tiene su valor. Si el colposcopio nos indica una zona leucoplásica o alguna otra imagen típica, sobre élla realizaremos la biopsia, teniendo así mayores probabilidades de éxito en la búsqueda de cáncer cervical incipiente.

Por último verificamos la biopsia.

Siempre hemos preferido hacer un corte cuneiforme con tijera o bisturí, de manera de tener una porción de cuello que incluya la superficie y una parte del tejido subyacente; este procedimiento en contra de la preferencia de Schiller de hacer biopsias superficiales tiene la ventaja de proporcionarnos el suficiente material para ver al microscopio el estado de la superficie y además, lo que es importante, el estado de las capas más profundas, "¿por qué privarnos —haciendo sólo biopsia superficial— de descubrir la existencia o ausencia de invasión del tejido subepitelial?".

Para escoger el sitio en donde vamos a efectuar el corte cuneiforme, nos guiamos por las zonas Lugol negativas o por las imágenes colposcópicas y siempre en el límite de una erosión o en la unión del ectocérvix con el endocérvix.

Sin lugar a duda el procedimiento de elección para el diagnóstico precoz del cáncer cervical es la biopsia con el estudio histopatológico. Esto nos dará siempre la palabra final. No obstante insistimos en el valor de los medios de orientación como son la reacción de Schiller y la colposcopia, sobre todo de la primera por ser sencilla y factible en cualquier medio y por todo médico.

De los 50 casos observados, 7 corresponden a cáncer cervical, lo que da un porcentaje del 14%.

Esta cifra está muy por encima de las extranjeras, así Pemberton y Smith sobre 669 casos de cáncer cervical observados en el Free Hospital for Women señala el 2,39% de casos diagnosticados exclusivamente por examen microscópico y Galvin y Te Linde de la John Hopkins Clinic encontraron 8 veces cáncer microscópico en 704 biopsias cervicales practicadas en un año, lo que equivale al 1,13%.

III

El diagnóstico histopatológico es el siguiente:

1) —XII—2/48.—R. C.—Tejido de aspecto sarcomatoso reticulado. Sarcoma del cuello.

2) —II—16/49.—M. E. A.—Carcinoma preinvasor.

3) —II—23/49.—C. G.—Carcinoma basal muy indiferenciado.

4) —IV/49.—M. M.—Carcinoma espinocelular en un grado no muy avanzado de diferenciación. (Fig. 1 y 2).

5) —V/49.—Z. R.—Adenocarcinoma.

6) —24—VI/49.—L. M. H.—Carcinoma basocelular del cuello.

7) —VI/49.—M. C.—Carcinoma preinvasor. (Fig. 3 y 4).

Total	7	14%
Cervicitis crónica	27	54%
Cervicitis crónica y huevos de Naboth .	3	6%
Cervicitis aguda	3	6%
Cervicitis crónica y leucoplasia	2	4%
Cervicitis crónica con brotes agudos re- cidivantes	2	4%
Cervicitis crónica quística	1	2%
Cervicitis crónica con reacción mío- mática	1	2%
Cervicitis crónica con gran infiltración de eosinófilos	1	2%
Leucoplasia	1	2%
Tuberculosis cervical	1	2%
	50	100%

Las estadísticas de tratamiento por irradiación nos señalan un porcentaje de "curaciones" absolutas de cinco años en un 28,5% (Ward y Sackett), cifra que está por encima de los mejores resultados operatorios, 25,2% de "curaciones" absolutas de cinco años, según Víctor Bonney, con histerectomía total radical por vía abdominal; 21,5% de "curaciones" absolutas de cinco años, según Peham y Amreich, con histerectomía radical por vía vaginal.

A pesar de estos datos, preferimos en el tratamiento del cáncer incipiente la cirugía, siguiendo el criterio de Te linde, que nos parece muy acertado. Hacemos histerectomía radical por vía abdominal, en los casos de cáncer circunscrito al cuello; no hacemos disección de los ganglios, por dos razones, la primera porque en la histerectomía radical con extirpación de los ganglios la mortalidad es mayor y la segunda porque sabemos que la participación ganglionar en el cáncer cervical es tardía y además porque Peham y Amreich, que hacen histerectomía radical por vía vaginal, no intentan siquiera la disección ganglionar y ya anotamos el porcentaje que han alcanzado en "curaciones" y el escaso porcentaje de mortalidad.

Siempre procuramos dejar un ovario restante, esto con mayor razón si la portadora del cáncer es mujer joven. Con esto conseguiremos una menopausia quirúrgica, que se instale gradualmente, sin el cuadro rico en sintomatología de la menopausia por castración total. Al conservar un ovario en los casos que se juzgue necesario también tenemos en cuenta la poca frecuencia de metástasis en el ovario y que cuando éstas se producen lo hacen tardíamente.

En el pequeño número de casos operados no hemos tenido ningún inconveniente. Desgraciadamente no ha transcurrido el tiempo necesario para poder hablar de "curaciones" absolutas. Hasta el momento actual, sin embargo, las enfermas operadas se encuentran bien.

Creemos que la cirugía radical practicada en la forma expuesta irá ganando terreno y mejorará la estadística de mortalidad y morbilidad, aumentando al mismo tiempo el porcentaje de "Curaciones". En el momento actual contamos además con un rico arsenal terapéutico para el pre y postoperatorio, sobre todo con la medicación antibiótica y quimioterápica.

IV

Si en muchos países se ha insistido razonablemente sobre la necesidad de la lucha anticancerosa en una forma sistemática e ininterrumpida como el medio más adecuado para hacer posible el control y diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, única forma de hacer profilaxis de tan terrible mal, entre nosotros aquello viene a ser un imperativo inaplazable, por las razones siguientes, que tornan más sombrío nuestro problema:

1ª) —El porcentaje de cáncer del cuello uterino sobre un número total de enfermas que concurrén a la Consulta por múltiples y variadas causas de orden ginecológico, es decir, sobre un total de enfermas no seleccionadas es muy alto.

2ª) —El porcentaje de cáncer cervical diagnosticado microscópicamente entre un grupo de enfermas se-

leccionadas, es decir, sospechosas de ser portadoras de cáncer incipiente es también elevado.

3ª)—Es muy alto el porcentaje de enfermas, 42, 37%, que han acudido a la Consulta en un Grado muy avanzado de invasión (Grado III), y que por lo mismo han traspuesto el límite de la operabilidad y que en la radiumterapia y roentgenterapia profunda apenas tendrán una última esperanza, sin ninguna seguridad de éxito.

Tiempo es ya de que exista un organismo encargado de iniciar y mantener un programa de lucha anticancerosa, dirigido al público y a la profesión médica, incluyendo una profesión conexas la obstetricia. Para el público nunca será bastante la campaña de divulgación por todos los medios posibles, conferencias, charlas, películas, prensa, radio, murales, etc. La divulgación por el cine, no importa que sea todo lo cruda y desagradable; si hay que hacer conocer la verdad, hay que mostrarla como es.

No se debe omitir esfuerzo para conseguir que toda mujer pasados los 20 años y sobre todo si se halla en vida sexual activa, concorra sistemáticamente por lo menos una vez al año a someterse a un examen ginecológico.

Las obstetrices deben tener en su práctica diaria como una idea fija, la de despistar la existencia del cáncer cervical; cuando al verificar un examen ginecológico hallen algo anormal, que desoriente su criterio, están en la obligación de enviar a su paciente a un medio especializado.

Por último el papel del médico es el que entraña mayor responsabilidad, por su mayor preparación, por su nivel cultural elevado y por su rol de defensor de la salud humana.



**Fig. 1.—M. M.—Biopsia cervical.—Carcinoma espinocelular en un grado no muy avanzado de diferenciación.
Congelación; hematoxilina - eosina
Ampliación: 80 diámetros.**

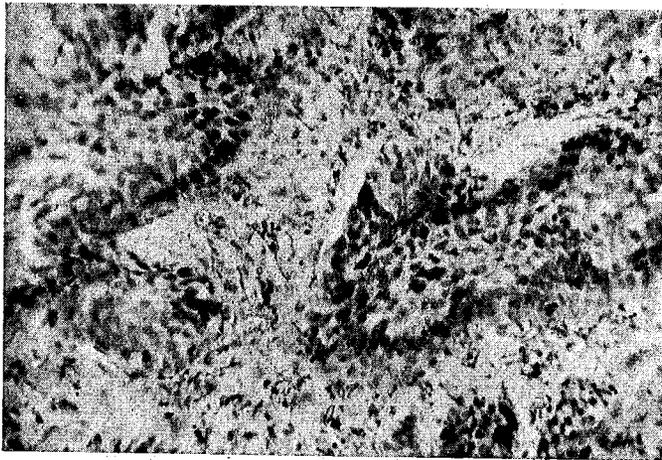


Fig. 2.—El mismo caso anterior.—Ampliación: 400 diámetros.

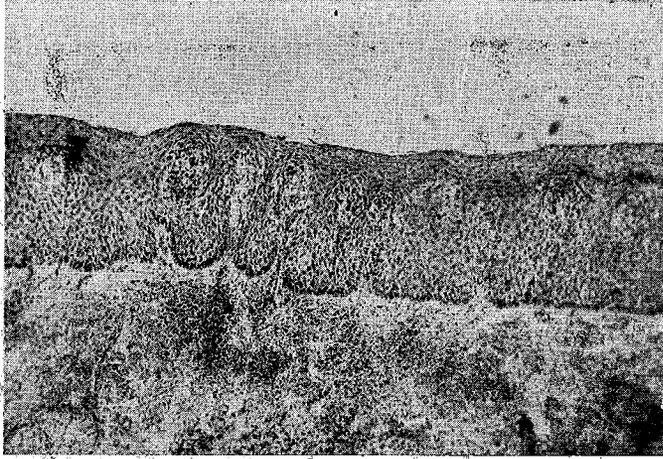


Fig. 3.—M. C.— Biopsia cervical.—Carcinoma preinvasor.
Congelación, hematoxilina, eosina.
Ampliación: 80 diámetros.

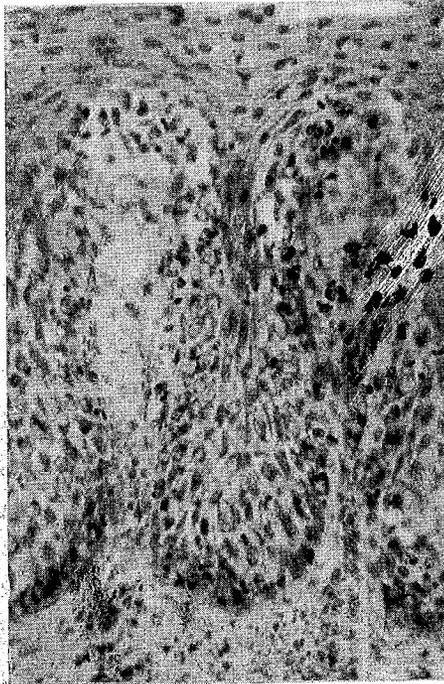


Fig. 4.—El mismo caso, anterior,— Ampliación: 400 diámetros.

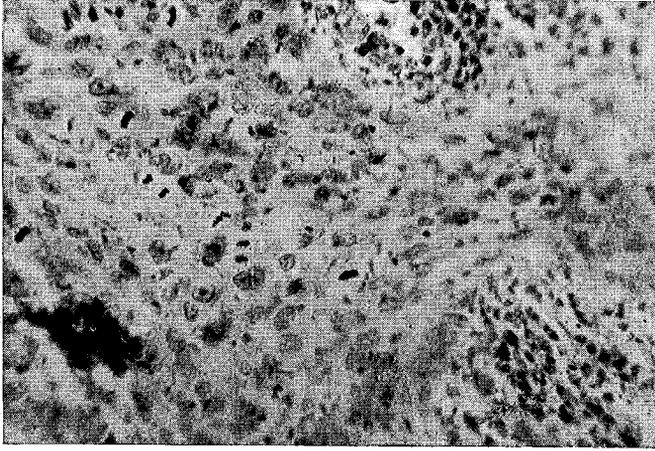


Fig. 5.—M. C.—Biopsia cervical de un carcinoma Grado I. Carcinoma espinocelular en un grado avanzado de diferenciación. Se ven abundantes mitosis, varias de éllas monstruosas. Congelación, hematoxilina - eosina.—Ampliación: 400 diámetros.

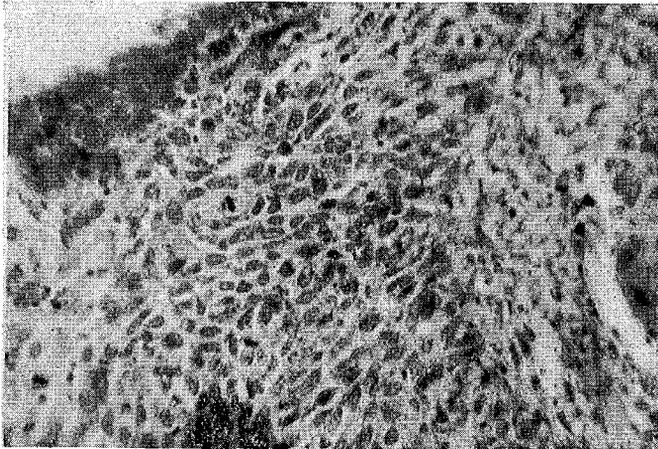


Fig. 6.—El mismo caso anterior.—En esta microfotografía se aprecia un estado menor de diferenciación.—Ampliación: 400 diámetros.