



Hace 55 años

Indicaciones quirúrgicas en el cáncer del cuello uterino. Cuáles blastomas cérvico-uterinos operamos*

Por el Dr. Luis TRUCY AUBERT de la Clínica Mexicana de Cirugía y Cáncer, México, DF.

Ernesto WERTHELM, al publicar en 1898 la técnica metodizada para la extirpación abdominal del útero cancerizado en su cérvix, señaló una época y finalizó brillantemente el trabajo de los precursores: CZERNY, FREUND, SCHROEDER, OLSHAUSEN, HOCHENEGG, HERSFELD, HEGAR, ZUCKERKANDL, WÖLFLE y muchos otros.

Federico SHAUTA merece mención especial por su procedimiento lo más amplio posible para extirpar por vía vaginal el útero y tejidos adyacentes cuando existe cáncer en el cérvix.

Ambos procedimientos fueron pronto aplicados en todo el mundo y en América Hispánica, los trabajos de Juan Luis FAURE dieron amplia difusión a dichos métodos y en México desde el principio de este siglo, nuestros ginecólogos lo efectuaban con singular habilidad.

Justo es señalar que el terreno estaba abonado y que nuestra escuela quirúrgica ginecológica, modernizada por Ricardo SUÁREZ GAMBOA, Julián VILLARREAL, Juan VELÁZQUEZ URIARTE, Manuel J. CASTILLEROS y otros grandes médicos, permite desde hace cerca de 50 años efectuar la delicada y grave cirugía del cáncer cérvico-uterino.

En estas notas voy a referirme a lo efectuado desde hace 20 años, por mi maestro el doctor Conrado ZUCKERMANN y especialmente a lo hecho en los últi-

mos 13 años, en que he tenido el honor de colaborar en sus intervenciones quirúrgicas.

El mérito le pertenece a él, a quien en estas líneas hago presente mi gratitud y el reconocimiento a sus grandes conocimientos como ginecólogo y como cirujano en cancerología.

Mientras en otros medios, especialmente anglosajones, la operación de WERTHEIM parecía haber pasado al olvido, en nuestra Clínica, ella seguía presente y en seguida sintetizo los casos operados desde 1936 a 1948 inclusive, es decir, durante 13 años.

En 1936.-	8	observaciones
“ 1937.-	6	“
“ 1938.-	9	“
“ 1939.-	7	“
“ 1940.-	16	“
“ 1941.-	15	“
“ 1942.-	14	“
“ 1943.-	26	“
“ 1944.-	17	“
“ 1945.-	15	“
“ 1946.-	19	“
“ 1947.-	22	“
“ 1948.-	21	“

En total 195 enfermas operadas de blastoma cérvico-uterino.

Además de estas 195 operaciones de WERTHEIM se efectuaron dos *linfadenectomías* pélvicas, sin extir-

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:131-133.

pación de la neoplasia cérvico-uterina, y tres histerectomías totales, vaginales, por blastoma inicial del cuello uterino.

La mortalidad postoperatoria inmediata fue de una sola persona fallecida a los diez días de la intervención, por embolia.

La persistencia en vida, después de 5 años, podemos anotarla en 89 de las operadas, teniendo noticia exacta de muerte con reproducción cancerosa, en 32 de ellas.

Al hacer la indicación operatoria, tomamos muy en cuenta la división universalmente aceptada para agrupar en cuatro categorías principales, el blastoma de esta localización; estas cuatro etapas son:

1.- Cáncer del cuello de la matriz, inicial, limitado a una porción del cérvix o a casi todo el cuello, pero sin invadir las regiones cercanas.

2.- Cáncer del cérvix y de las porciones cercanas; fondos de sacos vaginales e inicial invasión de los parametrios.

3.- Blastoma cervical con propagación a una o varias de estas partes: endometrio, parametrios, tercio superior de la vagina, ganglios linfáticos pélvicos (uno o varios).

4.- El cáncer pélvico de origen uterino en el que ya están invadidas una o varias de estas estructuras: vejiga, recto, múltiples ganglios pélvicos, etc.

En nuestro concepto, las etapas primera y segunda son las que presentan la mejor indicación para tratar de efectuar la amplia extirpación quirúrgica que el padecimiento amerita.

En la etapa tres, cuando los ganglios linfáticos pélvicos están invadidos, la cirugía presenta todavía algunas posibilidades por medio de la linfadenectomía pélvica y realmente en algunos casos se puede intentar también la intervención quirúrgica total.

Es indudable que es la etapa primera aquella en la que la indicación de la cirugía extirpadora es más apropiada y los resultados mejores.

Pensamos que el ginecólogo debe apreciar que aunque los datos clínicos y la biopsia son de gran valor en la práctica, en muchas ocasiones sólo la intervención quirúrgica y el examen histológico posterior podrán realmente afirmar la etapa evolutiva del padecimiento.

En varias ocasiones hemos observado que con diagnóstico clínico de blastoma del cuello uterino, limitado al cuello, la intervención quirúrgica ha demostrado la existencia de propagaciones paramétricas y, sobre todo, la existencia de ganglios linfáticos crecidos y duros, en los cuales el examen histológico ha comprobado la existencia de cancerización metastásica.

Otro hecho que debe señalarse es que al operar a estas enfermas procedemos como si se tratara de cáncer en periodo más avanzado del que se supone.

Anotamos que siempre que el examen histológico demuestre que el blastoma no está limitado al cérvix, existiendo por lo tanto propagaciones (fondos de saco vaginales, paramétricos y ganglios), se les ha indicado roentgenterapia profunda pélvico-abdominal, post-operatoria.

Además de tomar muy en cuenta la etapa evolutiva del padecimiento, el cirujano al hacer la indicación operatoria deberá tomar en cuenta todos los factores referentes al estado general de la enferma, al funcionamiento de sus vísceras y consideramos como enfermas muy poco propicias a la intervención quirúrgica, las obesas, las insuficientes viscerales acentuadas y las marcadamente hipertensas.

En lo referente a las anémicas, nuestro criterio ha variado, pues preparadas convenientemente con transfusiones hechas antes de la intervención quirúrgica y sobre todo durante ella y después, hemos observado evolución satisfactoria.

Con respecto a las diabéticas, cuando ésta puede ser debidamente compensada con dieta, insulina, etc. y siempre que no exista obesidad, no hemos observado que presentan real contraindicación al acto operatorio.

Al operar procedemos a efectuar primeramente la separación de los uréteres y la amplia extirpación uterina, perimétrica, anexial y del tercio superior de la vagina y terminado ello, buscamos y extraemos los ganglios pélvicos, sobre todo los situados en la región obturatriz, los ilíacos externos y los ilíacos internos, es decir, procedemos en esta operación de WERTHEIM, como si ya existieran propagaciones paramétricas y linfáticas, la ausencia comprobada de propagaciones por el examen histológico traerá mejoría pronóstica.

RESUMEN

Se anotan los casos operados de cáncer del cuello uterino durante un periodo de 13 años y se señalan las

indicaciones locales y generales de la intervención quirúrgica.

Se considera que actualmente la extirpación quirúrgica, amplia, continúa siendo terapéutica muy importante en el cáncer cervico-uterino.

Alumbramiento.- Se llama alumbramiento al período del parto que empieza inmediatamente después de la salida del feto y termina por la expulsión de la placenta y de las membranas.

Es, en suma, el segundo período del *parto*, cuyo primer período está constituido por la expulsión del feto.

El alumbramiento comprende tres tiempos:

1º, desprendimiento de las secundinas; 2º, paso de éstas a la cavidad vaginal; 3º, salida de las mismas al exterior.

Se denomina **espontáneo** cuando los tres tiempos se ejecutan sin intervención.

Se le designa con el nombre de **natural** cuando los dos primeros tiempos se verifican espontáneamente, y el tercero provocado por maniobras externas.

Se le distingue con el calificativo de **artificial** o manual cuando el tocólogo interviene desde el primer tiempo.

Anexos.- Se designa con el nombre de anexos o secundinas el conjunto de órganos expulsados, es decir, la placenta, las membranas y el cordón umbilical.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:260.