



Hace 55 años

El dolor en el cáncer ginecológico

Julio César GRAHAM¹

Consideraciones generales

Calificamos como cáncer ginecológico avanzado a los tumores malignos de los genitales externos, o bien de los internos, que han pasado de su etapa local a la de invasión de las estructuras cercanas o lejanas de la pelvis. Este proceso de invasión se puede llevar a cabo en las distintas regiones topográficas de la pelvis: *a)* por continuidad, *b)* por vía linfática y *c)* por vía sanguínea. Es el cáncer del cuello uterino y el cáncer de la vulva los que con más frecuencia y tempranamente rompen las barreras de proceso local para propagarse por las tres vías señaladas.

De la tríada sintomática ginecológica constituida por flujo, sangre y dolor, es este último el que se encuentra de una manera constante en el cáncer ginecológico avanzado. Es también cierto que, de estos tres síntomas, el dolor es el último cronológicamente en su aparición y siempre está revelando que el padecimiento tumoral pélvico ha pasado a los estadios de generalización.

Desgraciadamente, el síntoma dolor hace su aparición cuando los medios terapéuticos de que disponemos en la actualidad ya no son suficientemente eficaces para ofrecer a la paciente una curación, sino únicamente una paliación de sus males.

Dentro de la sintomatología del cáncer genital avanzado el dolor es el signo más destacado, más ruidoso, penoso y a menudo difícil de suprimir.

Dice R. Leriche en su libro *La Cirugía del Dolor* que “el dolor es siempre un siniestro regalo que empequeñece al hombre, que lo hace más enfermo de lo que sería sin él, y el deber estricto del médico es esforzarse siempre en suprimirlo cuando le sea posible”.

Topografía del dolor

El dolor que presentan las pacientes con cáncer avanzado de los genitales podemos agruparlo en tres tipos: *a)* localizado, *b)* difuso y *c)* raquídeo.

El dolor localizado o de topografía fija corresponde habitualmente a la distribución periférica de un nervio del sistema cerebroespinal, es decir, a las raíces sensitivas de los nervios lumbo-sacros.

El dolor difuso pélvico, que sin cesar se desborda, corresponde a procesos invasores tumorales que se llevan a cabo sobre el territorio de los plexos lumbosacros del sistema nervioso vegetativo y se acompañan frecuentemente de trastornos vasomotores y tróficos.

Finalmente, el dolor raquídeo, también muy frecuentemente fijo, deberá referirse a procesos tumorales metastásicos de localización vertebral que suelen aparecer tardíamente en enfermas que han sido tratadas con radiaciones y que han tenido durante varios años controlado el primario pélvico; este dolor raquídeo frecuentemente constituye la parálisis dolorosa de las cancerosas.

Etiopatología

El dolor es siempre un fenómeno de sensibilidad cerebral.

¹ Ginecólogo del Hospital General y del Instituto Nacional de Cancerología. Trabajo leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia el 8 de agosto de 1957. Reproducido de: Graham JC. El dolor en el cáncer ginecológico. Ginecol Obstet Mex 1958;13:23-25.

Existen dos clases de fenómenos dolorosos: *a)* los que se verifican exclusivamente a través de los nervios cerebrospinales pélvicos afectados por el proceso tumoral maligno y *b)* los que se verifican a través de los nervios simpático pélvicos afectados por el proceso canceroso, estableciéndose el arco reflejo siempre a través de las vías medulares de la sensibilidad por las fibras centrípetas del sistema neurovegetativo.

La excitación de las terminaciones de los nervios cerebrospinales, lumbo-sacros, o bien de las terminaciones del simpático pélvico, estarían condicionadas por el proceso invasor del cáncer genital, que unas veces sería bajo la forma de compresión, otras de linfangitis neoplásica y en ocasiones por destrucción.

Tratamiento

En el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México (1944-1956) hemos atendido a 4,365 mujeres con cáncer de los órganos genitales. De estos tumores genitales malignos 4,098 fueron del cuello uterino, 125 del cuerpo uterino, 86 casos de cáncer vulvar y 56 de cáncer del ovario.

Como las pacientes consultan cuando los síntomas de hemorragia y dolor se han hecho muy intensos, resulta que las dos terceras partes de estas mujeres las encontramos con tumores en etapas clínicas avanzadas y, por tanto, el síntoma dolor lo tenemos que tratar con extrema frecuencia.

El tratamiento que prescribimos a estas pacientes con cáncer genital avanzado es variable teniendo en cuenta la modalidad e intensidad del dolor y el grado de invasión tumoral. Es así como se inicia la terapéutica del dolor habitualmente desde el punto de vista medicamentoso con analgésicos de actividad cada vez más enérgica hasta caer en el uso de la morfina, sobre todo en pacientes con muy mal estado general.

Cuando las mujeres están en condiciones de resistencia física para someterse a tratamiento con radiaciones: radium, roentgenterapia, cobalto radioactivo o radio-isótopos, esta terapéutica trae una rápida cesación o disminución del dolor, que a veces se conserva indefinidamente, sobre todo, cuando existe satisfactoria radiosensibilidad tumoral.

En algunas ocasiones el dolor es topográfico y electivamente localizado a una raíz lumbo-sacra; entonces el tratamiento de elección es la novocainización y alco-

holización del nervio correspondiente, si con frecuencia el procedimiento resulta insuficiente debido a su corta duración.

Indiscutiblemente es la cirugía la que ha traído un gran alivio a las infelices mujeres que sufren dolores por cáncer genital avanzado. Creemos que en la actualidad es el tratamiento de elección, ya que permite hacer una sedación más segura y duradera del síntoma que aniquila a estas desdichadas.

En las pacientes que hemos hecho vaciamientos pélvicos anteriores, posteriores o bien totales, y que antes de la intervención quirúrgica sufrían dolores pélvicos difusos hemos logrado la desaparición total de ellos, al hacer rutinariamente como uno de los tiempos operatorios, la amplia resección de los nervios presacros. Logramos, además, con esta resección, un postoperatorio en que no usamos medicación antiálgica por no ser habitualmente necesaria.

En algunos casos hacemos operaciones de cirugía derivativa de la orina debido a compresiones ureterales por grandes procesos tumorales invasores del cáncer genital, sobre todo a los parametrios, los dolores pélvicos difusos y lumbares desaparecen al hacer la derivación de orina, sea a la piel, o bien al asa sigmoide, debido a que el proceso irritativo del simpático, producido por la distensión ureteral, ha desaparecido.

CONCLUSIONES

En el tratamiento del dolor por cáncer genital avanzado, la administración de antiálgicos da resultados pobres y efímeros. El tratamiento con energía radiante del dolor del cáncer pélvico genital da paliaciones muy satisfactorias.

El tratamiento de elección para el dolor en el cáncer pélvico avanzado de origen genital es el quirúrgico y la intervención que nos da mayores satisfacciones es la cordotomía que, en nuestras manos, se ha practicado sin mortalidad operatoria, aún empleada en mujeres con mal estado general, y cuyas secuelas operatorias son mínimas y transitorias.

Creemos que el dolor deteriora al enfermo en sus dos aspectos: el psíquico y el somático; que urge la ayuda desde los estadios iniciales del dolor y que es necesario que los enfermos lleguen al neurocirujano en mejores condiciones para que el ginecólogo y oncólogo continúen con la labor de rehabilitación de sus enfermos.