

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER AVANZADO DE CUELLO UTERINO (*)

Dr. LUIS ESTEVES FLORES (**)

Es éste un aspecto de la terapéutica del cáncer ginecológico aún ahora, muy debatido, en particular por los procedimientos que emplea y los resultados que se logran con ellos; no obstante que en recientes citas y publicaciones de valor internacional ha quedado establecido que la cirugía y las radiaciones tienen cada una un definido lugar en el tratamiento del cáncer cervical. Las viejas y acaloradas discusiones y polémicas entre los radioterapeutas y cirujanos sobre este tema, han sido, como ha dicho Parsons en la Quinta Conferencia de Cáncer, abandonadas, y el tiempo y el progreso de las técnicas y procedimientos en ambos han hecho, por el contrario, que los esfuerzos e investigaciones sean dirigidas a seleccionar el tipo de terapia que mejor convenga a las condiciones y necesidades de cada paciente.

El problema del tratamiento quirúrgico del cáncer avanzado de cérvix se identifica en la práctica, y en lo esencial, con los procedimientos de exenteración pelviana; procedimientos siempre grandemente mutilantes y cruentos, por tanto altamente riesgosos, y que, al alterar las condiciones anatómicas y fisiológicas del paciente, determinan invalideces definitivas.

La magnitud y complejidad de ellos, el gran riesgo que su ejecución siempre conlleva, el largo tiempo y meticulosidad que su cumplimiento demanda, y las condiciones de los pacientes en los cuales se realizan; que, además de una larga y grave enfermedad, han sufrido en su mayor parte la acción de las radiaciones, exigen del cirujano y del equipo quirúrgico, en conjunto, no sólo capacitación y experiencia en este tipo de cirugía extensiva, sino también determinadas condiciones psicológicas para su prosecución y dominio, ya que las primeras etapas de su práctica están sembradas de dificultades y, en ocasiones, de decepción y desaliento. No pocas veces habrá, pues, que realizar estas intervenciones en un ambiente adverso.

(*) Presentado en el Primer Congreso Peruano de Cancerología — 5 al 9 de Junio de 1966. Lima, Perú.

(**) Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú.

De los centros en los cuales se ejecutan, son absolutamente indispensables especiales facilidades, adiestramiento y colaboración, si se quiere un éxito favorable.

La selección de los pacientes no es tarea fácil y el manejo post-operatorio de ellos es siempre delicado, imponiendo en todos los casos estrecha y continua vigilancia, y compenetración con los muchos e importantes problemas que pueden surgir.

Es una útil y necesaria, pero dura y penosa experiencia, la que se logra con la sucesión de los casos. Por todos estos motivos, es éste un campo propicio para la impugnación y la crítica al cirujano, a la institución y al método mismo.

El enorme esfuerzo y responsabilidad que la ejecución de estos riesgosos procedimientos implican para el cirujano, se ven, sin embargo, compensados con los resultados que se obtienen, aunque en reducido porcentaje, en cierto número de pacientes, que de otro modo estarían irremediablemente perdidos, y a quienes con esta cirugía se les da, se les devuelve, para mejor decir, muchas veces largos períodos de vida.

La experiencia del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, en este campo, que será presentada al final de la exposición, es reducida y es obvio, por tanto, que no permita deducir porcentajes y establecer conclusiones. Múltiples causas y razones, propias de un país como el nuestro, como son las condiciones de cultura, sociales y económicas de nuestra población hospitalaria, y los limitados medios de nuestros centros de tratamiento, nos han obligado a desechar muchos casos. El suscrito ha hecho requerimientos reiterados en el sentido de contar con una colaboración de excepción para la práctica continuada de estas operaciones, ya reconocidas como una de las pocas medidas terapéuticas que hasta ahora se pueden ofrecer, con alguna esperanza de éxito, a pacientes en desesperada condición, como son las portadoras de cáncer avanzado de cérvix.

La tasa de curaciones, de supervivencia en 5 años, en pacientes que han tenido exenteración después del fracaso de las radiaciones, si bien no es sobresaliente, excede, como dicen Parsons y Brunshwig, el porcentaje para pacientes tratados primariamente por cirugía por cáncer de pulmón, esófago, estómago y páncreas.

Hemos hecho todas estas apreciaciones no como una loa a los cirujanos que trabajan en la cirugía ultrarradical pelviana, aunque sus más destacados cultores merezcan un justo y especial homenaje; menos aún, con la finalidad de hacer la defensa de algunas cifras en nuestra casuística que, por lo demás, es solamente un fragmento en la historia universal de esta cirugía.

Han sido fundamentalmente estructuradas y eslabonadas para presentar una realidad que no sólo es peruana, sino general.

Algunas consideraciones previas son de importancia antes de abordar el problema en sí. Son hechos demostrados y establecidos:

- 1º Que las enfermedades malignas de la pélvis, y en especial el carcinoma de cérvix, tienden a permanecer localizadas al foco primario y a progresar local o regionalmente por un tiempo relativamente largo. En 1960 Pack afirmaba que por lo menos el 30% de las mujeres que mueren por cáncer de cuello uterino tienen el cáncer confinado estrictamente a la pelvis en el momento de la muerte. Por esto, según la operación que extirpe ampliamente el o los órganos comprometidos, sus canales linfáticos, con los tejidos en los cuales discurren y la primera barrera de ganglios en un solo block, tiene un chance mayor de éxito que en cualquier otra parte del cuerpo; hecho éste que sustenta y justifica la moderna cirugía ultrarradical para los estadíos avanzados.
- 2º Que las metástasis en los ganglios regionales, a los cuales está íntimamente ligado el pronóstico del cáncer cervical, no guarda relación o proporción con la cantidad de enfermedad presente. Lasersohn y Parsons han encontrado en el estudio de piezas de exenteraciones practicadas como único tratamiento que los ganglios regionales estaban comprometidos en menos del 40% de los casos, aún en estadíos III y IV.
- 3º Que si bien la propagación del cáncer cervical se cumple por los 2 mecanismos conocidos, de infiltración y permeación, esto es, por extensión en continuidad y por vehiculación o transporte de elementos tumorales a través de los conductos linfáticos y colonización en los ganglios, ésta también se realiza a través de los vasos sanguíneos. Modernos estudios demuestran la frecuencia de este tipo de propagación, aún para los ganglios, factor al cual no se le ha concedido la debida importancia y que es de evidente significación pronóstica.
- 4º Que, excluyendo los casos de radiorresistencia, es sabido que con los procedimientos actuales, la radioterapia no cura totalmente las metástasis ganglionares, aunque en una proporción de casos produzca cambios en el tumor secundario, como lo comprueban múltiples operaciones y neoplasias practicadas en pacientes previamente irradiados.
- 5º Que no se dispone hasta el momento de ningún criterio o procedimiento que permita establecer de modo seguro y definitivo la sensibilidad o resistencia del tumor a las radiaciones, previamente a su empleo, y por ende, a la elección del mejor tratamiento primario, aun cuando los progresos de la citología vaginal en los últimos años (RR: radiorrespuesta),

permiten ya ejercer, junto con los procedimientos clínicos, un eficiente control de la radioterapia en curso o cumplida.

No obstante, si no definitivos, son bastante promisoros, también, los avances citológicos en el campo de la radiosensibilidad del huésped (R S e índice celular), antes de que cualquier tratamiento haya sido instituido; con la limitación de que la radiosensibilidad no implica necesariamente la radiocurabilidad.

Kottmeier, en un grupo de 3,484 casos de carcinoma cervical en diferentes estadios clínicos de evolución, y que fueron tratados por radioterapia en el Radiumhemmet de Estocolmo, encuentra un 32.4% de recurrencias y persistencias de enfermedad, del cual un grupo de 338 casos fueron sometidos a cirugía radical o ultraradical, consiguiendo un 36.1% de supervivencias en 5 años, libres de enfermedad. Al enjuiciar estos datos, fácil es deducir que la cirugía ultraradical encuentra un amplio campo de acción, ya que la reirradiación no está indicada en los casos de cáncer persistente del útero, tercio superior de vagina o parametrios, si la radioterapia primaria fue administrada en forma y dosis adecuadas. Es un hecho conocido que en los casos de fracaso de la radioterapia su insistencia en ella hace aún más miserable la condición del paciente.

Además, la cirugía ultraradical podrá ser empleada con beneficio efectivo para el paciente cuando se practique como tratamiento primario en enfermas cuyo proceso haya cobrado tal evolución (estadio IV), muchas veces con fístulas vésico y rectovaginales, que excluye el tratamiento por radiaciones o por procedimientos quirúrgicos menos radicales como la histerectomía tipo Wertheim-Meigs. Cumple aún más un papel importante cuando el paciente tiene más enfermedad que la que el cirujano originalmente había estimado. Desde este punto de vista, es sabido que el error es de 20% o más. Extensiones a la pared vesical, las más frecuentes, son difíciles de detectar y evaluar en la etapa pre-operatoria, no sólo por el examen digital, sino aún también por la cistoscopia y radiografía.

Abordando el tema en sí, motivo de esta comunicación, debemos señalar en primer lugar que el tratamiento quirúrgico del cáncer avanzado del cérvix se practica con dos finalidades: 1º con miras hacia la curación, en los pacientes en los que aún cabe esta posibilidad, y 2º con el carácter de paliativo, en pacientes de precaria situación, en etapas muy avanzadas de la enfermedad, que no podrían sobrevivir a la magnitud de las intervenciones requeridas.

Para la primera condición, Alexander Brunschwig ideó y practicó desde 1947 las exenteraciones pelvianas, inicialmente con fines paliativos y que en el transcurso del tiempo han alcanzado el rango o valor de curativas.

Debido que, como hemos dicho, se trata de intervenciones de alto riesgo, notoriamente mutilantes y que acarrearán invalideces permanentes, el cirujano deberá siempre advertir al enfermo y a sus familiares de la situación a que lo llevará la operación y esperar un asentimiento en todos los casos. Deberá, pues, preparar psicológicamente al paciente, con tino y quizás en forma reiterada. La evaluación de la condición mental del paciente en el preoperatorio reviste así la mayor importancia. La falta de estabilidad emocional constituye contraindicación.

El cirujano informará, igualmente, a la enferma y a sus allegados que los dispositivos protésicos de que actualmente disponemos (bolsas de Pierce, Rutzen, Whitmore, etc.) para el manejo de los estomas, permiten que los operados puedan sobrellevar, hasta cierto punto como aceptable, su nueva condición, más aún cuando su angustioso estado no podría ser aliviado en otra forma.

La selección de casos constituye un problema verdaderamente difícil. Se cumple en una primera etapa con el examen clínico minucioso del enfermo, con el enjuiciamiento y crítica de los datos obtenidos por el laboratorio y la radiología y por la apreciación en conjunto de las condiciones del paciente. Todo esto teniendo siempre en mente la calidad y el riesgo inherentes a esta clase de intervenciones.

Reviste singular importancia la investigación de las condiciones del aparato urinario, ya que la función renal ocupa el primer rango entre los factores responsables de la buena evolución post-operatoria del paciente.

La segunda parte, y la más importante quizás, es la exploración quirúrgica, que informará e ilustrará en forma casi segura al operador sobre la existencia de metástasis hepáticas, de ganglios periaórticos, de siembra peritoneal y de la extensión y fijeza del tumor y sus propagaciones. La biopsia por congelación será de gran utilidad en estos momentos para decidir la continuación de la intervención. En esta etapa se está autorizado para abandonar el acto operatorio cuando la fijeza del tumor a la pared pelviana sea extrema, a tal punto de tener que dejar proceso remanente; todo ello, aunque se hubiere comenzado la disección ganglionar o una moderada movilización de las vísceras, como es aconsejable hacerlo en primer término, y sin que por este hecho se irroge al paciente apreciable daño.

Constituyen contraindicación para los procedimientos de exenteración:

- 1º Factores de orden general: obesidad, edad avanzada, enfermedades cardiovasculares descompensadas o no compensables, enfermedades respiratorias, diabetes no reductible y otras causas que determinan alto riesgo quirúrgico, así como la muy pobre condición de los pacientes, cuyos índices biológicos no hubiesen podido ser llevados previamente a niveles aceptables.

2º Factores de orden local y de primera importancia, como son: toda extensión del carcinoma fuera de la pelvis y la fijez a íntima del tumor y sus propagaciones a la pared pelviana.

La preparación pre-operatoria debe ser cumplida desde 7 días antes de la operación, preparando el intestino con sulfasuxidina y/o antibióticos de amplio espectro, y en el más inmediato pre-operatorio, su limpieza por medio de purgantes y lavados, instalando oportunamente dietas de escaso residuo. La sonda de Miller Abbot, y aun la de Levine, colocada 48 horas antes, propenderá a la depleción intestinal, facilitando así el acto operatorio.

En lo que se refiere a la operación misma, para que cumpla su finalidad se practicará siempre con la mira de ser curativa; deberá, en todos los casos, llenar el requisito de una real amplitud. En otro aspecto de la terapéutica ginecológica, refiriéndose a la misma magnitud de la operación, Stanley Way anota que la escisión debe ser tan despiudada como la enfermedad misma. No es, pues, el problema únicamente la evacuación de las vísceras comprometidas, sino también, en todas las instancias, la remoción cuidadosa de los ganglios pélvicos y del tejido circundante en bloque con aquéllos.

Sistemáticamente arteria y vena hipogástricas serán resecaadas. Sólo así podrá esperarse alguna supervivencia apreciable.

La experiencia demuestra que cualquier vaso, a excepción de la arteria ilíaca externa, puede ser ligado o resecaado en la pelvis, sin daño duradero o de importancia para el enfermo, lo que permitirá tratar cualquier lesión accidental de ellos, así como dar la amplitud necesaria a la intervención.

Desde el punto de vista técnico, la exenteración pelviana tiene cuatro modalidades: total, parcial anterior, parcial posterior y parcial sin diversiones (fecal y urinaria). Esta última catalogada por Brunschwig así por primera vez en 1963 más que una modalidad de exenteración puede ser considerada como una histerectomía radical ampliada y atípica, dado que la resección de las vísceras es solamente parcial, segmentaria y cumple indicación solamente en los casos de muy limitado avance ántero-posterior.

En la exenteración total se extirpan todas las vísceras pélvicas, es decir: vejiga, útero, anexos, vagina y recto, pudiendo requerirse en ocasiones de un tiempo complementario perineal para la extirpación total de la uretra, vulva y ano. Nosotros hemos realizado el mayor número de operaciones sólo por vía abdominal; en pocas instancias nos ha sido necesario el tiempo complementario perineal.

En la exenteración parcial anterior se conserva el recto, y en la parcial posterior la vejiga. En la primera se hará derivación urinaria y en la segunda, intestinal.

A la cuarta modalidad ya nos hemos referido brevemente.

Por la brevedad del tiempo y por estar presentados en forma minuciosa en innumerables publicaciones de los últimos años, no expondré los detalles de técnica operatoria. Me referiré sí, muy someramente, a la diversión urinaria que cuando sea requerida (exenteraciones anterior y total) deberá ser practicada por el procedimiento del conducto ileal de Bricker o sus variantes; es actualmente, en nuestro concepto y en general, considerado como el procedimiento de elección.

La ureterostomía cutánea y la implantación de los uréteres en el colon pelviano, en continuidad o amputado, deben ser estimados como procedimientos de contingencia. Nadie duda ahora que en la infección ascendente del aparato urinario y los fenómenos derivados de la reabsorción electrolítica, que limitaban la supervivencia del operado, pueden ser evitados con la técnica del conducto ileal.

En el post-operatorio son importantes las siguientes medidas: En las primeras horas, la estrecha vigilancia de la condición cardiovascular del paciente; después la hemorragia y el flujo urinario deben ser la preocupación del cirujano. Deberá haber un control frecuente de los niveles electrolíticos para su pronta corrección. La administración de antibióticos de amplio espectro por 2 a 3 semanas y la deambulación precoz, son igualmente importantes.

En los cuadros que proyectamos a continuación presentamos en primer lugar la incidencia de neoplasias malignas ginecológicas en el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, correspondiendo 91.7% al carcinoma de cérvix y de este porcentaje, 60% a los estadios III y IV. Si con la tendencia actual incluimos el estadio II B en el número de los casos avanzados, podríamos decir que casi un 80% de pacientes nos consultan en etapa avanzada de la enfermedad.

El 3er. cuadro presenta esquemáticamente el manejo quirúrgico del cáncer de cuello uterino en nuestro centro.

Los cuadros 4to. y 5to. presentan nuestra corta serie de 55 casos de exenteraciones pelvianas, practicadas en el período de 1953 a 1965 en 2 etapas, la primera, de 45 casos, de 1953 a 1959 y la segunda, de 10 casos, de 1962 a 1965. La primera serie fue iniciada con el criterio reinante en esa época de operaciones con fines paliativos. No hubo por tanto sino una selección mínima de pacientes. La mortalidad quirúrgica, estimada en 30 días consecutivos a la operación, fue alta (40%); en la segunda serie, de 1962 a 1965, de 10 pacientes operados sólo 2 se perdieron en el post-operatorio inmediato (20%). En esta segunda serie que fue cumplida con fines curativos, hubo selección aunque no muy rigurosa de casos.

La supervivencia global para los 55 casos es de 9, o sea 16,4%. Estimada estrictamente la supervivencia en 5 o más años se reduce al 11%, quedando 3 casos, 1 que sobrevive más de 4 años y 2 más de 1 año.

El 6to. cuadro ofrece la morbilidad y las causas de mortalidad operativa en ambas series de nuestra casuística.

El 7mo., 8vo. y 9no. cuadros informan sobre las operaciones de tipo paliativo que hemos practicado en pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino y que en unas pocas instancias han permitido con ellas agregar un período de sobrevida apreciable al enfermo.

La colostomía, la ligadura de los vasos hipogástricos y ováricos, así como las diversiones urinarias, practicadas con oportunidad, constituyen útiles recursos para el alivio sintomático de los pacientes en etapa avanzada de la enfermedad, permitiendo, en ocasiones, que el enfermo sobreviva por un período de tiempo suficiente para alcanzar la curación definitiva.

El 10mo. cuadro presenta un grupo de 36 casos de exenteración por cáncer avanzado de cérvix, practicados por Brunschwig y publicados sus resultados en 1965. Como puede verse en dicho cuadro, hubo una mortalidad quirúrgica de 33% con un promedio de supervivencia de más de 3 meses, siendo la mayor de 16 meses.

CUADRO N° 1

NEOPLASIAS MALIGNAS GINECOLOGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS — DPTO. GINECOLOGIA
JUNIO 1952 — JUNIO 1962

	N° Casos	Porcentaje
Cáncer Cervical	5,315	91.7
Cáncer de Ovario	197	3.3
Cáncer Endometrial	138	2.3
Cáncer de Vulva	81	1.3
Cáncer de Vagina	12	0.2
Cáncer de Trompa	7	0.1
Coriocarcinoma	24	0.4
Sarcoma Uterino	21	0.3
T O T A L :	5,795	

CUADRO N° II

CANCER DE CUELLO UTERINO Y SU DISTRIBUCION POR ESTADIOS CLINICOS

1952 — 1962

	N° Casos	Porcentaje
0	171	3.2 %
I	419	8.0 %
II	1,448	27.8 %
III	2,791	53.6 %
IV	369	7.0 %
TOTAL :	5,198	

CUADRO N° III

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEADES NEOPLASICAS

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

Tratamiento Quirúrgico del Cáncer del Cuello Uterino

1.— CA. IN SITU	<ul style="list-style-type: none"> 1.— HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (VAGINA Y PARAMETRIO) (CONSERVACION OVARIO O NO). 2.— CONIZACION CERVICAL. 3.— AMPUTACION DE CERVIX.
2.— CANCER INVASIVO ESTADIOS I Y II	<ul style="list-style-type: none"> 1.— HISTERECTOMIA RADICAL CON (Y SIN) (*) LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL. (VIA ABDOMINAL Y ABDOMINO-PERINEAL). (WERTHEIM, MEIGS, BRUNSCHWIG, OKABAYASHI). 2.— LINFADENECTOMIA TRANSPERITONEAL. (PREVIO TRAT. POR RADIACIONES). (TAUSSIG). 3.— LINFADENECTOMIA EXTRAPERITONEAL. (PREVIO TRAT. POR RADIACIONES). (NATHANSON). 4.— HISTERECTOMIA VAGINAL RADICAL, CON O SIN LINFADENECTOMIA EXTRAPERITONEAL. (SCHAUTA, MITRA).

3.— ESTADIOS III Y IV	}	1.— EXENTERACION PELVIANA: (BRUNSCHWIG, PARSONS, BRICKER, INGERSOLL). a) PARCIAL 1. ANTERIOR 2. POSTERIOR b) TOTAL
4.— OPERACIONES PALIATIVAS EN PACIENTES DE PRECARIA CONDICION	}	1.— NEFROSTOMIA. 2.— DERIVACION DE URETERES. 3.— URETEROSTOMIA IN SITU. 4.— COLOSTOMIA. 5.— LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS.

(*) Para el estadio IA.

CUADRO Nº IV

 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

55 casos de exenteraciones pelvianas por cáncer de cérvix avanzado

(Incluyendo 4 casos de Ca. de vejiga, 1 caso de Ca. de trompa y 1 caso de Ca. de vulva) (153-1965)

Nº casos	Radioterapia previa	Tipo de Exenteración	Modalidad de derivación urinaria	Ganglios positivos	Vivos
3	1	Anterior	Conducto ileal (Bricker)	2	0
5		Anterior	Ureterostomía cutánea	0	2
2		Anterior	Ureterosigmoido-anastomosis	0	1
14	13	Total	Conducto ileal (Bricker)	5	3
17	13	Total	Ureterosigmoido-anastomosis (Colostomía húmeda)	11	2
14	12	Total	Ureterostomía cutánea	12	1
55	39 = 71 %			30 = 54.5 %	9 = 16.4 %

CUADRO N° V

I. N. E. N. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

55 Casos de exenteración pelviana
1952 — 1959

Morbilidad y mortalidad operatorias

Edema pulmonar agudo	2
Oclusión intestinal	3
Nefron distal	1
Dehiscencia anastomosis urétero-sigmoidea	1
Peritonitis	7
Shock quirúrgico	2
Uremia	2

1962 — 1965

Morbilidad y mortalidad operatorias

Necrosis del asa ileal - Nuevo conducto ileal	vive
Shock quirúrgico	1
Hemorragia (ruptura art. iliaca externa izq.)	1

CUADRO N° VI

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

Supervivencia en 55 casos de exenteraciones pelvianas por cáncer de cérvix
(Incluyendo 4 casos de Ca. de vejiga, 1 caso de Ca. de trompa y 1 caso de Ca. de vulva)
(1953 - 1965)

Tipo de Exenteración	N° de casos	Radioterapia previa	Ganglios positiva	Supervivencia
TOTAL	45	38	28	Más de 7 años = 2
				Más de 4 años = 1
				Más de 1 año = 2
				Más de 6 meses = 11
				Menos de 6 meses = 29
				Más de 12 años = 1
				Más de 10 años = 2
Más de 9 años = 1				
ANTERIOR	10	1	2	Más de 6 años = 0
				Más de 4 años = 0
				Más de 6 meses = 1
				Menos de 6 meses = 5
TOTAL DE PACIENTES VIVOS : 9				Más de 12 años 1
				Más de 10 años 2
				Más de 9 años 1
				Más de 7 años 2
				Más de 4 años 1
Más de 1 año 2				
				6 = 11%

CUADRO N° VII

15 CASOS DE DERIVACIONES URINARIAS PALIATIVAS (CONDUCTO ILEAL)

Diagnóstico clínico	CAUSA DE DERIVACION					CAUSA DE MUERTE				SUPERVIVENCIA EN AÑOS		
	N° de casos	Ahogamiento ureteral	Fistula Ves. Vag.	La misma enfermedad	Muerto por complicación	Muerto por complicación	Perdido de vista	Viven	Menos de 1 mes	Más de 1 mes y 6 m.	Más de 1 a.	Más de 2 a.
Carcinoma Cervical I	1		1	2			4					4
Carcinoma Cervical II	2		2		1	1			2			
Carcinoma Cervical III	8	4	4		5		2	1	3	3	1	1
Carcinoma Cervical IV	2		2		1		1		1	1		
Ca. de Vejiga	2			2	2				1	1		
TOTAL	15	4	9	2	9	1	4	1	2	7	3	1

CUADRO Nº VIII

COLOSTOMIAS

NUMERO TOTAL DE CASOS = 65

DIAGNOSTICO CLINICO				TRATAMIENTO PREVIO			
Ca. de Cérvix	I gestación	1	1.5 %	Radioterapia	57	86.5 %	
" "	II	22	33.8 %	Cirugía	3	4.5 %	
" "	III	34	52.2 %	Quim.t Sistemic	2	3.0 %	
" "	IV	7	11.0 %	" Regional	1	1.5 %	
" "	IV gestación	1	1.5 %	Histerectomía radical	2	4.5 %	
100.0 %				100.0 %			

CAUSAS DE LA COLOSTOMIA				SUPERVIVENCIA			
Fístula Recto Vaginal		25	38.5 %	De 3 a 30 días	20	30.8 %	
Estenosis rectal		33	51.5 %	De 1 a 6 meses	22	34.0 %	
Rectitis actínica		7	11.0 %	De 6 a 12 meses	5	7.6 %	
100.0 %				De 1 a 2 años	11	16.9 %	
				De 2 a 3 años	5	7.7 %	
				Vienen a control	2	3.0 %	
				65 100.0 %			

CUADRO N° IX

LIGADURAS DE HIPOGASTRICAS Y UTERO OVARICAS

N° de casos : 36					
Ca. de cérvix	I	1	2.6 %	Antes de Rad.	6 16.7 %
Ca. de cérvix	II	8	22.3 %	Durante „	8 22.2 %
Ca. de cérvix	III	22	61.2 %	Después „	17 47.2 %
Ca. de cérvix	IV	5	13.9 %	Postt- „	.....
		36	100.0 %	Incompleta	3 8.3 %
				Sin Rad.	2 5.6 %
Unilateral					36 100.0 %
Extra-peritoneal				Cesó la hemorragia	19 52.8 %
Bilateral	4	11.1 %		Se atenuó	11 30.5 %
Unilateral	3	8.3 %		Sin resultado	6 16.7 %
Trans-peritoneal					36 100.0 %
Bilateral	29	80.6 %			
			<u>36 100.0 %</u>		
Hasta 3 meses	.....	11	.....	.....	39.5 %
„ 3 a 6 meses	.....	3	.....	.....	10.7 %
„ 6 a 9 meses	.....	8	.....	.....	28.6 %
„ 9 a 12 „	.....	5	.....	.....	10.7 %
„ 12 a 18 „	.....	1	.....	.....	3.5 %
„ 18 a 24 „	.....	1	.....	.....	3.5 %
„ 36 a 42 „	.....	1	.....	.....	3.5 %
			<u>28</u>		<u>100.0 %</u>

En 1960, Rutledge de Houston, Texas, presentó su experiencia en exenteraciones pelvianas con una serie de 50 casos, con mortalidad operatoria de 30% (15 casos) y, refiriéndose a la magnitud y gravedad de estas intervenciones, dice lo siguiente: "estos pacientes requieren algo especial de todos los servicios; la experiencia del cirujano y su atención solas, no son suficientes. El número de operaciones que debe ser hecho antes de que todo el staff esté enterado de todo el esfuerzo especial que se requiere, es variable: 25 operaciones, es un *mínimum*".

Para terminar, insistiremos en algunas recomendaciones que han de mejorar, sin duda, los resultados que con la cirugía ultraradical se pueden obtener:

- 1º Que es necesario establecer, con los medios de que actualmente disponemos, clínicos y citológicos en especial, un estrecho y oportuno control de los pacientes que se tratan por radiaciones, a fin de detectar prontamente los casos de radiorresistencia, persistencia y recurrencia de la enfermedad, para que sean abordados por la cirugía en una mejor condición y en una más temprana etapa de evolución.
- 2º Que, como se insiste por muchos, no debe haber mayor dilación en la indicación y práctica de los procedimientos de cirugía ultraradical, cuando ellos sean requeridos.

Al entregar el presente trabajo para su publicación, W. Ingiulla y E. V. Cosmi, de la Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Florencia, presentan y publican su experiencia en el tratamiento de 241 casos de carcinoma avanzado de cérvix, que resumen en los dos cuadros que a continuación ofrecemos, para comparación con los resultados obtenidos en nuestro centro de trabajo.

RESULTADOS EN 100 CASOS DE CARCINOMA AVANZADO DE CERVIX TRATADOS CON EXENTERACION PELVIANA (INGIULLA Y COSMI)

Exenteración		Mortalidad Operatoria		Tasa de sobrevida en 5 años	
Tipo	Nº	Nº	%	Nº	%
Anterior	32	8	25	7	21
Posterior	17	4	24	6	35
Total	51	25	49	3	6
Total de OP.	100	37	37	16	16

RESULTADOS EN 100 CASOS OPERADOS ENTRE 1957 Y 1961 DE ACUERDO A LA EXTENSION DEL TUMOR (INGIULLA Y COSMI)

Exenteración		Lesión	Mortalidad Operatoria		Tasa de sobrevivencia en 5 años
Tipo	Nº	Sitio	Nº	%	%
Anterior	32	Crecimiento central (avance visceral)	19	16	26
		Extensión hacia la pelvis	13	38	15
		Crecimiento central (avance visceral)	20	45	15
Total	51	Extensión hacia la pelvis	31	52	0

SUMMARY

The author reviews the actual criteria for the treatment of the advanced carcinoma of the cervix; he presents his experience of 55 cases treated with pelvic exenteration at the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima Perú, between 1953 and 1965. The overall survival rate in his serie was 11%; several tables with morbidity and mortality data are presented. The author remarks the circumstances and procedures useful for the oportune radical treatment of the advanced carcinoma of the cervix.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— BRUNSCHWIG, ALEXANDER M.D. Some Reflexions on pelvic exenterations after fifteen years experience: *Progres in Gynecology* Vol. IV 1963.
- 2.— INGIULLA, W. M.D.: Pelvic exenteration for advanced carcinoma of the cervix. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*: 99, 1083; 1967.
- 3.— PARSONS, LANGDON: Radical Surgical treatment of cancer of the cervix: *Fifth National Cancer Conference Proceedings*: 1964.
- 4.— KOTTMEIR, H. L.: Carcinoma of the cervix: *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* Vol. 16, Symposium de cáncer del útero Reunión de la Unión Internacional Contra en Cáncer, Feb. 1964: México.
- 5.— RUTLEDGE, FELIX, M.D. Carcinoma of the uterine cervix, endometrium and ovary. The rol of surgical resection in the management of cervical carcinoma: *The University of Texas, M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute*, 1962.