

CARCINOMA DEL MUÑÓN CERVICAL

DRS. JULIO MANUEL MORALES * y CARLOS MERZAN

(*Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. Asunción*)

LA literatura consigna como el primer caso de carcinoma del muñón uterino después de una histerectomía sub-total, la observación hecha por Altherthum en 1895, en Friburgo. En 1896, en la Sociedad de Ginecología de Viena, Chrobak presenta dos casos y sugiere la necesidad de considerar esta modalidad del cáncer uterino como una entidad clínica. En 1899 Fleischmann, también en Viena, hace una comunicación sobre el tema. Condamini y Pean, en 1900, comunican otro caso. Por su parte, Richelot, en París llama igualmente la atención sobre la posible cancerización del muñón restante. En los años que siguen, con alguna frecuencia, se hacen nuevos aportes y el problema despierta gran interés, especialmente desde el trabajo de Polak, en 1921, quien consiguió reunir 256 casos.

Se entiende por cáncer del muñón cervical o del muñón restante, el carcinoma que se desarrolla en el cuello del útero después de una histerectomía sub-total.

Albrecht, sugirió la conveniencia de distinguir entre las lesiones neoplásicas ya presentes durante el acto operatorio y las que se inician algún tiempo después del mismo, denominando falso cáncer del muñón a las primeras y verdadero cáncer del muñón, a las otras. Nuttal, emplea la denominación de cáncer coincidente para distinguir a las lesiones que ya están presentes en el acto operatorio y que pasan inadvertidas.

Esta distinción entre los cánceres del muñón, —verdaderos y falsos, coincidentes o residuales— es generalmente aceptada por los autores. Sin embargo algunos de ellos Tice, Dodds y Latour (8), Herold (9), Stark (15), etc. consideran de poca importancia práctica dicha separación, ya que el problema terapéutico es el mismo en ambos casos.

Por otro lado, existe disparidad de criterio al establecer el tiempo que debe transcurrir entre la operación y la aparición de los primeros síntomas del cáncer para que el caso pueda ser considerado verdadero. Así, Albrecht (2), Stark (15), Meigs, Machado (), Ward (16), Ahumada y Col. (1), Marquez (12), y otros, admiten como tiempo mínimo un año; Nuttal y Todd; Scharples; Fricke; Peralta Ramos y col.; Wolf Netto (17) y otros, dos años. En cambio Scharples, Fricke, Blanchard (3), Cosbie (4), Di Paola y Vazquez (7) etc., clasifican como verdaderos solamente aquellos casos en que la operación haya sido efectuada 3 años antes de la aparición de los síntomas de la neoplasia cervical.

La dificultad en establecer categóricamente un plazo determinado, reside en el hecho que la evolución del cáncer no sigue siempre el mismo ritmo.

(*) Miembro Honorario de la Soc. Per. de Obst. y Ginec.

En algunos casos, ella es muy rápida; en cambio en otros es sumamente lenta. Creemos que con la admisión del estadio O, en la clasificación clínica del cáncer cervical, este problema se complica aún mas, ya que las lesiones correspondientes a este estadio clínico, pueden evolucionar silenciosamente durante muchos años, (hasta 10 y 12 en algunos casos). Es verdad que los medios de diagnóstico actuales, como la colposcopia, la citología vaginal y la biopsia hacen posible establecer la presencia de las lesiones histológicas propias a dicho estadio, lo que podría permitir reconocerlo en el momento de la operación, siempre que se recurra a dichas investigaciones como es aconsejable.

Estos hechos revelan que la distinción entre el carcinoma del muñón coincidente y verdadero es sumamente difícil establecer sobre la base del tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la histerectomía sub-total. De cualquier manera, si algún criterio ha de admitirse, nos parece que en la gran mayoría de los casos y tratándose de carcinomas infiltrantes, el lapso de un año es suficiente ya que como es de observación diaria, la gran mayoría de los cánceres cervicales, progresan considerablemente en dicho período. Por otro lado, compartimos la opinión de Tice, Dodds y Latour, Harold, Stark, etc., en el sentido que esta división, tiene escasa importancia bajo el punto de vista práctico.

Incidencia. Desde la presentación hecha por Chrobak en 1896, los autores informan sobre la incidencia del cáncer del muñón, dando cifras muy dispares.

Franz no registró un sólo caso, en 18 años, sobre 365 histerectomías sub-totales. Tampoco en la Clínica Lund, sobre 537 casos, no se observó ninguno. Albrecht dice que la posibilidad de una cancerización del muñón es muy pequeña y que la histerectomía sub-total no constituye ningún riesgo en dicho sentido. Fleishmann reunió 50 casos de la literatura médica, pero concluye que considerando el excesivo número de histerectomías sub-totales que se practican, esta cifra tiene poco valor práctico.

Las estadísticas estudiadas por Albrecht establecen la incidencia de 0.34% de cáncer del muñón, sobre 3.436 histerectomías sub-totales.

No obstante, en las revistas médicas, día a día se informan sobre nuevos casos y el número total aumenta considerablemente, a tal punto que Polak, en 1921, pudo reunir 256 casos.

Las siguientes cifras establecen la incidencia del cáncer del muñón con relación al número de histerectomías sub-totales y al carcinoma del cuello.

A) Con relación a las histerectomías sub-totales, Ahumada y col. (1) de 15 casos observados, 2 aparecieron en enfermas operadas en el Servicio; 0.2%. En cambio relacionando los 15 casos observados, a las histerectomías sub-totales realizadas —878 casos—, la proporción es de 1.7%.

Henriksen, sobre 6.550 histerectomías sub-totales anotó 26 casos o sea el 0.45%; van Graff sobre 71.248 reunió 45; 0.62%. Meigs en 1774, 13 casos, 0.73%.

Pearse en 810 casos seguidos durante 5 años después de la operación, observó 8 casos de cáncer del muñón, lo que dá una incidencia del 1%.

Estos datos revelan que la posibilidad del desarrollo de un carcinoma en un muñón cervical después de una histerectomía sub-total, oscila entre 0.2% a 1%.

B) Con relación al cáncer del cuello:

Más numerosos son los datos disponibles, correspondientes a la relación entre el carcinoma cervical y el cáncer del muñón. Las cifras, son muy dispares debido al distinto criterio de los autores referente al tiempo que debe considerarse para establecer si se trata de un cáncer del muñón verdadero o falso.

En el Radium-hemmet de Stokolmo la incidencia del cáncer del muñón con relación al cáncer cervical es de 1.4%. Pearse, da 1.01%; Dionisi 3.6%; Ahumada y Col. 1.7%; Peralta Ramos y Col. (13) 1.7%; Meigs (1936) 2.1%; Gallucci y col. 0.15% en la Clínica Ginecológica, 1.7% en la Clínica de mujeres y 0.9% en el Instituto del Radium respectivamente; Martzloff 3.3%; Cotte y Notter 3%; Di Paola y Vazquez-Ferro (7) 2.8 de los cuales verdaderos 1.5%.

Cifras más elevadas dan entre otros: Kelly A. J. (11) 8.3% (incluyendo coincidentes); Blanchard (3) 7.14% y 7.11%; Clínica Mayo 6.4%; Hendriks 11.6%; Ward G. G. 7.2% y Tice, 19.8%. Cosbie (4) sobre 890 de carcinoma del cuello, encuentra 62 carcinomas del muñón, de los cuales 24 aparecen antes de los 3 años y 38 después. Dodds y Latour (8) sobre 997, 75 del muñón o sea el 7.53% —incluyendo los coincidentes— 11 antes de los 6 meses y 18 antes de los 2 años.

Otro aspecto que se ha considerado con relación al cáncer del muñón es la frecuencia con que el mioma del útero, que es una de las causas que mas frecuentemente lleva a la histerectomía sub-total, puede estar asociada con el carcinoma cervical.

En 1902, Spencer llama la atención sobre este particular al observar 4 casos de cáncer en 200 mujeres portadoras de miomas. Schottländer encuentra 12 veces esta asociación en 600 mujeres portadoras de miomas del útero. Noble 2 en 100. Los datos a este respecto, citados por Stark (15) son los siguientes:

Spencer, Noble y Winter	2 %
R Schroeder	2 y ½ %
Leonard	3 %
Machenrodt	3.17 %

Por su parte Howard citado por Kelly (11) en 400 úteros extirpados por diversas causas, encuentra en el 1.8% de los mismos metaplasias con células atípicas y en el 3.5%, cáncer intraepitelial, lo que dá un 4.3% de alteraciones del epitelio cervical, de significación preneoplásica.

De todo lo que antecede se desprende que el muñón cervical, en un número variable de casos, puede dar lugar al desarrollo de un carcinoma. Este hecho no ocurriría si este segmento uterino fuera extirpado simultáneamente con el cuerpo durante el acto quirúrgico, temperamento que sería lógico, si

tanto la histerectomía total y la sub-total, significaran los mismos riesgos y tuvieran los mismos inconvenientes para las pacientes. Pero en la práctica, es un hecho bien conocido que la histerectomía total tiene una mortalidad y una morbilidad mayor que la sub-total. Por otro lado, algunos autores destacan la importancia del cuello en el mantenimiento de las condiciones biológicas del medio vaginal y en la estática de la cúpula vaginal y consideran conveniente siempre que se encuentre sano, dejarlo en su sitio.

Entre estos argumentos en favor de la histerectomía sub-total, indudablemente el de mayor peso sería el relacionado a su más baja mortalidad y es fácil comprender como el problema se reduce así a establecer si la incidencia del cáncer del muñón es o no mayor que la diferencia de la mortalidad operatoria entre la histerectomía total y la sub-total.

En las estadísticas de la era antibiótica esta diferencia es importante. Una recopilación hecha por Sidall y Mack sobre 8.936 histerectomías sub-totales da una mortalidad de 2.3%; en cambio en 4.794 histerectomías totales ella es de 3.1%. Meigs encuentra 2.9% para las sub-totales y 4.4% para las totales. Schütt 4.18 y 5.82% respectivamente en una recopilación estadística; 2.82% y 6% en otra.

Indudablemente que el advenimiento de los antibióticos, la mayor facilidad del empleo de la transfusión de sangre, los progresos realizados en anestesiología y la posibilidad de una mejor preparación de las enfermas para la operación, adelantos que se han incorporado al tratamiento quirúrgico en los últimos 15 á 20 años, la mortalidad operatoria, en general, ha disminuído considerablemente y la histerectomía total ya no ofrece tanta diferencia en cuanto a sus riesgos, con la sub-total.

Estos hechos han llevado a muchos autores a considerar aconsejable recurrir a la histerectomía total, en los casos de tumores benignos del útero que requieren su extirpación.

Brunschwig, cree que la histerectomía sub-total es una operación anticuada y que debe ser preferida la total. Kelly (11) dice que el cáncer del muñón es un estado patológico que se puede y se debe evitar. La histerectomía total puede ser realizada prácticamente casi en todo los casos en que hay necesidad de extirpar el cuerpo. En los pocos casos en que tenga que dejarse el cuello, éste debe ser vigilado periódicamente. Campbell, opina que la sub-total es una operación incompleta. Cosbie también se muestra decidido partidario de la total.

Dodds y Latour (8) son de parecer que actualmente no hay diferencia de mortalidad entre la total y la sub-total, salvo en casos de procesos inflamatorios pelvianos.

La opinión de los autores se divide así en dos grupos: los que prefieren total y los que creen que la histerectomía sub-total debe ser la operación de elección siempre que el cuello se encuentre sano.

Entre estos figuran: Albrecht, Peralta Ramos y col., Marquez, Di Guglielmo, Ikeda e Ikeda, Herold, Martius, Stark, Meigs, Healy, etc.

Los siguientes autores, en cambio, emplean preferentemente la histerectomía total: Von Graff (1934). White y Owit, Brunshwig, Brush y Lavelly, Kelly (11) Di Paola y Vazquez Ferro (7) Cosbie (4) Dodds y Latour (8) Wille, Ward (16) y muchos otros.

De lo que antecede se desprende que la conducta que debe seguirse frente a un caso en que se impone la extirpación del cuerpo uterino no está aún definida en forma categórica. La histerectomía sub-total tiene, aún en nuestros días un pronóstico mas favorable en lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad post-operatoria, pero no descarta el riesgo del carcinoma del muñón. Es verdad que esta contingencia puede ser hasta cierto punto evitada o por lo menos diagnosticada oportunamente mediante el control post-operatorio del cuello, pero esta es una posibilidad que no siempre puede realizarse en la práctica. Por otro lado, la total descarta la posibilidad del cáncer del muñón, pero tiene el inconveniente de su mayor gravedad operatoria. Es una intervención de técnica mas difícil que solamente debe ser realizada por cirujanos especializados y con bastante experiencia.

Si hemos de expresar nuestra opinión a este respecto, tenemos que decir que a nosotros nos seduce la posibilidad de evitar la aparición del cáncer del muñón en todos los casos, pero que hoy por hoy la histerectomía total no puede ser sistemática. Ella está indicada en la mayoría de los casos "en que las condiciones operatorias son buenas y en aquellas en que el cuello presenta alteraciones macroscópicas o microscópicas que pudieran hacer temer una cancerización posterior. La histerectomía sub-total en cambio sería reservada para casos especiales: mujeres gordas, procesos inflamatorios pelvianos residuales, condiciones generales que no permiten una intervención seria, etc.

Además, la decisión de la conducta operatoria deberá ir siempre precedida de un estudio cuidadoso del ecto y endocervix (Colposcopia, citología vaginal, biopsia, etc.) aún cuando el cuello sea aparentemente sano, y posteriormente ha de practicarse el control periódico del muñón cervical.

Sobre el pronóstico y el tratamiento del cáncer del muñón diremos tan sólo algunas palabras. Algunos autores sostienen que el pronóstico en nada difiere de los del cáncer cervical en general, (Dodds y Latour (8) etc. Otros consideran que es peor. Healy y Arneson; Schaefer, etc.

Ward, Scheffey y Behney opinan que el cáncer del muñón tiene mejor pronóstico y Behny cree que ello se explica porque la histerectomía ha dejado un tejido fibroso que dificulta la propagación del neoplasma y que la ligadura de los vasos y el bloqueo de los linfáticos, actúan en el mismo sentido.

El tratamiento en general, es el mismo que el del carcinoma del cuello y puede ser quirúrgico, actinoterápico, o combinado.

ANALISIS DE NUESTRO MATERIAL

Desde octubre de 1937 hasta mayo de 1955, en el Servicio de Clínica Ginecológica del Hospital de Clínicas han sido tratadas 8,000 pacientes hospitalizadas.

El carcinoma cervical fué diagnosticado en 526 casos. En 6 casos se trataba de un cáncer del muñón restante.

CUADRO N° 1

	N° de enfermas	Casos de Cáncer del cuello	%	Casos de Cáncer del muñón	%
1937 a 1955	8.000	526	6.57	Verdaderos 5 Coincidente 1	0.062 0.075
Total				6	

Relación del cáncer, del cáncer cervical y el cáncer del muñón:

CUADRO N° 2

Cáncer de cuello	Cáncer del muñón	%
526	Verdadero 5 Coincidente 1	0.95 1.14
Total	6	

Respecto a la relación del cáncer del muñón con las histerectomías sub-totales practicadas en el Servicio, debemos decir que la mayoría de las operadas no han sido controladas durante un tiempo suficientemente largo. Uno sólo de nuestros casos fué intervenida anteriormente en el mismo Servicio en el año 1928. Las demás fueron operadas en otros hospitales. La proporción del cáncer del muñón con el N° de sub-totales practicadas, está anotado en la siguiente tabla:

CUADRO N° 3

	Histerectomías sub-totales	Cáncer del muñón	%
1937 a 1955	371	Verdadero 5 Coincidente 1	1.3 1.6
Total		6	

ORIENTACION QUIRURGICA FRENTE A AFECCIONES QUE INDICAN HISTERECTOMIA

Con este propósito hemos analizado las histerectomías realizadas durante el decenio comprendido entre 1944 a 1954, descartando desde luego las operaciones conservadoras, que se realizan con gran frecuencia en los casos indicados. Las cifras son las siguientes:

Años	Hist. total	Hist. sub-total
1945	12	21
1946	15	21
1947	8	11
1948	10	30
1949	15	43
1950	26	32
1951	32	21
1952	33	16
1953	8	11
1954	36	11
Total	195	217

Haciendo un análisis de estas cifras se encuentran que el primer quinquenio se practicaron 60 histerectomías totales, sobre un total de 186 histerectomías lo que dá un porcentaje de 32.2.

En cambio en el segundo quinquenio el número de histerectomías totales es de 135 lo que sobre un total de 226 histerectomías dá una incidencia de 59.7%.

Quiere decir esto que nuestra orientación ginecológica ha sido francamente favorable a la operación radical, en los últimos tiempos.

Mortalidad. En 195 histerectomías totales practicadas durante dicho decenio se registran 4 muertes 2.05%. En cambio en 217 histerectomías sub-totales del mismo período mueren 3, es decir 1.38%. Esta mortalidad global, una vez depurada da los siguientes porcentajes para la histerectomía total y sub-total.

CUADRO Nº 4

Casos Total	Muertes	%	Casos Sub-total	Muertes	%
195	2	1.02	217	1	0.46

Otros datos de interés se consignan en el cuadro que sigue:

CUADRO Nº 5. CASOS DE CANCER DE MUÑOON

Resumen Clínico

Nº de Orden	Hist. Clin.	Edad	Motivo de Ingreso	Tiempo transc. operac. anterior	Causa de la operación	Tiempos transcurr. desde primeros sintomas	Estadio Clínico	Histo-patol.	Tratamiento fecha	Evolución
1	2259	47	Perdid. rojas	3 años	Tumor uterino	5 meses: pérdidas rojas, fétidas	II Param.		Abdominal Extirpación Vac. gangl. V-42	Sin datos
2	2494	59	Flujos dolor	13 años	Mioma	6 meses: pérdidas rojas, escasas	1	Epit. pavim. poco dif.	Abdominal Extirpación del muñoon Vac. gangl. X-42	Curada Control hasta 5 años
3	4043	60	Perdid. rojas	15 años	Mioma	8 meses: pérdid. rojas, dolores	III Vag. Param.	Epit. pavim. lobul.	Inoperable X-45	Sin datos
4	6931	60	Flujos	18 años	Mioma		0	Epit. pavim. incip.	Vía vaginal Extirpación del muñoon VII-52	Control hasta 2 años sana
5	7292	58	Enviada de otro servicio para Ex. Ginec.	11 años	Tumor Abdom.		I	Epit. pavim. poco difer.	Abdominal Extirpación Vac. gangl. VI-53	Sin datos
6	7602	53	Flujos	7 meses	Mioma	1 mes: flujos blanquecinos	II-III Param. II vag.	Epit. pavim. anapl.	Abdominal Extirpación del muñoon Vac. gangl. Rayos X	Reciente

CONSIDERACIONES

La incidencia del cáncer del muñón en nuestro material es evidentemente baja y menor a la consignada en la mayoría de las estadísticas.

La mortalidad de la histerectomía total es ligeramente superior a la que da la sub-total, si bien ambas son satisfactorias por su bajo porcentaje. Por otro lado, la diferencia entre la mortalidad de la total y de la sub-total (0.56%) es inferior a la incidencia media del cáncer del muñón en relación con el carcinoma del cuello (0.95) (Cáncer de muñón verdadero). Si se considera la relación entre el cáncer del muñón y el número de histerectomías sub-totales, que puede establecerse en un promedio de 1%, tampoco la diferencia de la mortalidad entre ambas operaciones en nuestros casos supera a las mismas.

Las cifras encontradas por nosotros no nos permiten inclinarnos decididamente en favor de la total o de la sub-total. Teniendo en cuenta la baja incidencia de la mortalidad en la total, si el porcentaje del cáncer del muñón no fuese tan bajo, naturalmente seríamos más partidarios de la total. En cambio si la diferencia de la mortalidad entre la total y la sub-total fuera decididamente desfavorable a la primera, nos indicaría la conveniencia de recurrir con mayor frecuencia a la sub-total.

Nuestra orientación, en los últimos cinco años es como puede apreciarse en el cuadro N° 4 mas bien favorable a la total, pero de ninguna manera sistemática. Creemos que cada caso debe ser convenientemente estudiado a fin de establecer la conducta mas aconsejable.

Nuestro material de estudio nos revela también la importancia que tiene el estudio del cuello antes de la operación. En efecto, si la enferma N° hubiera sido mejor estudiada no hubiera llegado hasta nosotros con un carcinoma después de 6 meses de una histerectomía sub-total.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Los autores hacen una revisión de la literatura relacionada con el cáncer del muñón cervical.
2. A continuación exponen su experiencia personal que consiste en 6 casos observados en el Servicio de Clínica Ginecológica del Hospital de Clínicas desde 1937 a 1955 sobre un total de 8,000 enfermas hospitalizadas.
3. El cáncer del muñón se presentó en el 1.14% con relación al cáncer cervical incluyendo un caso coincidente. Admitiendo sólo los verdaderos, esta incidencia es de 0.95%.
4. En cuanto al empleo de la histerectomía total o sub-total, si bien prefieren la primera creen que la sub-total no puede ser abandonada en el tratamiento de los estados que requieren una histerectomía.
5. Insisten en la necesidad de estudiar detenidamente el cuello uterino antes de establecer la conducta operatoria y del control del muñón restante después de la histerectomía sub-total.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. The authors review the literatura referring to cancer of the cervical stump.
2. Next, they describe their personal experience, which consists of 6 cases observed on the Gynecological Service of the Clinical Hospital between the years 1937 and 1955 from a total of 8000 hospitalized female patients.
3. Cancer of the stump occurred in 1.14% of cervical cancer cases; this included a coincidental case. Considering only the genuine cases, this incidence was 0.95%.
4. In regard to the use of total or subtotal hysterectomy, the authors prefer the first, but do not believe the subtotal type should be discarded in patients needing hysterectomy.
5. The authors insist on the necessity of carefully studying the uterine neck before deciding on the operative procedure, and of establishing controls on the cervical stump after a subtotal hysterectomy.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada, J. C. y Colaboradores: Cáncer Ginecológico. "El Ateneo" Bs. As. 1953.
2. Albrecht, H.: Patología. Halbar Seitz IV, 472.
3. Blanchard, C.: An. Bras. de Ginec. 38 - 129, 1954.
4. Cosbie, W. G.: Am. J. Obst. and Ginec. 51 - 751, 1946.
5. Coutinho y Colaboradores: An. Bras. de Ginec. 39 - 65, 1955.
6. Di Guglielmo, L.: Obst. y Ginec. Lat. Amer. VI, 489, 1948.
7. Di Paola, G. y Vazquez Ferro, E.: Prensa Med. Arg. XLI, 1660, 195.
8. Dodds, J. R., Latour, J. P. A.: Ame J. Obst. and Ginec. 69 - 252, 195.
9. Herold, K.: Zbl. fur Gynäk. 57 - 108, 1933.
10. Ikeda, Y. und Ikeda, K.: Zbl. fur Gynäk. 57 - 2074, 1933.
11. Kelly, A. J.: and Brawner, D. L. Am. J. Obst. and Ginec. 66 - 711, 1953.
12. Márquez, V. M.: Anales de la Cat. de Clín. Ginec. Rosario (Arg.) 1 - 378, 1942.
13. Peralta Ramos, A., Peralta Ramos, A. G. y Albertelli, J. F. Bol. del Inst. de Mat. de Bs. As. XIII, 24, 1944.
14. Shaefer, G.: Zbl. fur Gynäk. 57 - 2068, 1933.
15. Stark, G.: Zbl. fur Gynäk. 61 - 1529, 1937.
16. Ward, G. G.: Amer. J. Obst. and Ginec. 41 - 660, 1941.
17. Wolff Netto, A., Harmermesz.: Anal. Clín. Ginec. de la Fac. de Medic. Universidad de S. Paulo. 73, 1947.