GACETA MEDICA DE MEXICO
Tomo LXXXVII, Nº 2
Febrero de 1957

CANCER CERVICO-UTERINO Y EMBARAZO *

Dr. Guillermo Alfaro de la Vega.

Después de 20 años de abordar los problemas que la asociación *cáncer cérvico-uterino y embarazo* engendra, y ante la delineación más ágil y amplia de la "Lucha contra el cáncer" y las nuevas orientaciones clínico-terapéuticas, nos sentimos obligados a practicar una nueva revisión de nuestra posición ante este problema con el objeto de rectificar y ratificar las bases fundamentales de nuestra conducta en el manejo de la citada asociación.

El estudio de esta entidad nosológica permite plantear una gran serie de premisas de inusitada importancia, tanto médica como social, cuya solución estará basada en los cuatro postulados que Enge reconoce: Los factores genéticos, los factores carcinogenéticos extrínsecos, los factores carcinogenéticos intrínsecos y los que detienen el crecimiento o provocan la destrucción de las células malignas.

No obstante esta clara concepción de Enge nuestro espíritu se encuentra frecuentemente desorientado y confundido porque los hechos básicos se encuentran ahogados en el empirismo que diariamente recogemos en las múltiples comunicaciones al respecto. Es por esto que trataremos de revisar los problemas que consideramos fundamentales para proponer no una solución definitiva, sino una línea de conducta lo más lógica y clara apoyada en nuestra experiencia y la de otras personas.

* Leído en la sesión del 31 de octubre de 1956.

Son múltiples y de muy diversa índole los problemas que la dualidad cáncer cérvico-uterino y embarazo ofrece pero como anotamos anteriormente, nos circunscribiremos a los que consideramos fundamentales.

I. *Influencia recíproca del embarazo y el cáncer cérvico-uterino.* En primer término debemos considerar, si el cáncer hace su aparición dentro de la gestación o precede a ésta.

Consideramos que el tumor precede siempre a la gestación como lo aseguran: Zuckerman, Zenteno, Kermauner, De Moares y colaboradores, no obstante que existan circunstancias que impiden la fecundación.

La imposibilidad de gestación sería valedera en aquellos tumores exuberantes en los cuales el carácter obstructivo del tumor, las infecciones asociadas cervicales o endometriales y las alteraciones químicas de los exudados están presentes (estadíos II, III, IV).

Cierto es que estos factores pueden estar presentes en procesos poco desarrollados, como en los estadíos 0 y I, pero sus características son tan menguadas que permiten la libre excursión del espermatozoide. La posibilidad de la iniciación del proceso neoplásico es factible según algunos autores dentro de la gestación (DeLee, Greanhill, Doderlain, etc.), pero es un hecho de difícil comprobación proque en el análisis de los casos presentados por los autores que aseguran ésto, sugieren la posibilidad de un estudio incompleto pre-gestacional en virtud de la escasa o nula sintomatología que presentaban estas enfermas.

Las enfermas estudiadas por nosotros, en número de once, siete de ellas presentaron sintomatología inequívoca de su padecimiento en el lapso que precedió a la gestación y que osciló entre 35 y 70 días y cuatro de ellas presentaron una sintomatología mínima, pequeñas pérdidas rojas, postcoitales, flujos serosangrientos, saniosos y a una de ellas se le encontró una pequeño exulceración sangrante que seguramente, completada la identificación, en forma intencionada con estos datos hubiesen conducido al diagnóstico oportuno.

Durante muchos años y nosotros en la primera década de nuestro trabajo, así lo aseguramos, se pensó que el estado gravídico necesariamente aceleraba el crecimiento del tumor en virtud de las modificaciones hormonales, circulatorias y mecánicas presentes, pero investigaciones posteriores parecen demostrar que el embarazo no tiene ninguna influencia sobre el desarrollo del tumor, así se infiere de la lectura de los trabajos de Zuckerman, DeMoraes, Brestini, Werthein Mayer, G. García, etc.

Este pensamiento primario nuestro fué modificado por las opiniones establecidas por los autores citados y la revalorización de la evolución clínica

de nuestra serie de enfermas. Cuatro de ellas fueron operadas hacia el final de su embarazo y una en el cuarto mes del mismo. El tratamiento quirúrgico fué planteado en las cuatro primeras por el carácter hemorragíparo del proceso y lo avanzado de la gestación, la extensión de la invasión tumoral no pudo ser establecida con precisión por los hechos físicos y fisiológicos que el embarazo presenta y no se la considera en el texto de las historias clínicas como elemento de primera categoría. La quinta enferma portadora de un embarazo de cuatro meses fué operada en vista de una gran extensión del proceso neoplásico, vejiga y parametrios invadidos y del carácter también hemorragíparo del tumor.

A las primeras se les practicó cesárea seguida de histerectomía subtotal, procedimiento que actualmente hemos abandonado, y a la quinta, pancisto-histerectomía amplia con abocamiento de uréteros a la pared abdominal.

Cinco enfermas por encontrarse cerca de la época de la viabilidad fetal (quinto a sexto mes), por no tener grandes pérdidas rojas, ni pequeñas repetidas y encontrarse en los estadíos I o II, pensamos que bajo una vigilancia estrecha era prudente esperar hasta conseguir la absoluta viabilidad del producto y las operamos practicándoles panhisterectomías previa cesárea dos o tres meses después de que ingresaron a la Maternidad del Hospital General, encontrando que el tumor permaneció sensiblemente en las condiciones en que fué identificado al ingresar la enferma al hospital.

Por otro lado, Germán García relata la evolución sin incidentes serios de tres enfermas cuyo cáncer fué diagnosticado entre los meses tercero y cuarto de la gestación y a los cuales les fué permitida la evolución del embarazo hasta el noveno mes sin presentar modificaciones ostensibles en la extensión del tumor.

Estos hechos nos hacen pensar no obstante las copiosas opiniones en contra, que, cuando el proceso neoplásico sufre una aceleración en su desarrollo durante el embarazo depende de su categoría tisular (indiferenciada) y no de la nueva situación biológica que origina el embarazo.

Esta nueva situación biológica que está caracterizada por la hiperemia de la zona genital, la neoformación de vasos linfáticos, la mayor cantidad de glicógeno celular, la mayor actividad de la antehipófisis y el estrogenismo, es considerada por gran número de autores como favorable para la expansión del cáncer cérvico-uterino en el embarazo; no negamos esta posibilidad, pero los elementos recogidos por nosotros y apoyados en la experiencia de los autores que se citan nos obligan a pensar lo que aseguramos en líneas anteriores.

El embarazo en nuestro concepto es modificado en su marcha por el cáncer cérvico-uterino. Esta modificación se manifiesta por la interrupción intempestiva del embarazo ya sea en forma de aborto o parto prematuro, con feto muerto o vivo.

El aborto es excepcional, no así el parto prematuro que según De Moraes, Rodríguez y De Resende se presenta en el 40% de las veces. Nosotros lo anotamos en una de nuestras enfermas; está condicionado muy frecuentemente por la toxicosis que el proceso tumoral engendra, las infecciones asociadas, en forma muy rara por la invasión del segmento y cuerpo uterino, y por la hemorragia entre las causas más frecuentes.

La muerte del feto es relativamente frecuente seguramente originada en forma indirecta por la toxicosis materna o el estado nutricional precario de la madre. Como causa directa se señala en forma verdaderamente excepcional la invasión de la placenta por el tumor, mas no hemos podido recoger en la literatura consultada un caso feaciente de esta circunstancia.

II. *El diagnóstico del cáncer cérvico-uterino* que se desarrolla dentro de la gravidez presenta en términos generales los mismos problemas que ofrece fuera de este estado.

Decimos en términos generales que si bien es cierto que con los medios de que disponemos en la actualidad, para elaboración del diagnóstico nos es relativamente fácil llegar a una conclusión definitiva, no lo es tanto cuando se trata de determinar la extensión de la invasión neoplásica, sobre todo en una época avanzada del embarazo en la que los cambios fisiológicos que éste imprime en la esfera genital, la presencia de la presentación en la pelvis, son obstáculos suficientemente importantes para delimitar la invasión del tumor.

La oportunidad del diagnóstico, es indudablemente otro aspecto importante que frecuentemente se ve quebrantado por circunstancias que pudiéramos llamar educativas y que competen tanto al médico como a la enferma.

El médico general con frecuencia comete errores de este tipo porque como dice C. Zuckerman no tiene la "idea cáncer" y no amplía por eso las exploraciones rutinarias de sus enfermas embarazadas, esencialmente reprobable en aquéllas que se encuentran en la "edad del cáncer", y que presentan una pobre sintomatología o son asintomáticas como ocurre algunas veces en los estadios 0 y I. A esto podemos agregar el pudor mal entendido, el miedo a la verdad que tienen algunas pacientes.

Es pues importante que la labor educativa tanto del médico como de la enferma, sea ampliada y divulgada en forma sólida y clara.

Al primero, al médico general conviene orientarlo hacia este sendero, infundirle la "idea cáncer", señalándole que es de su responsabilidad descubrir con oportunidad la lesión y enviar a centros especializados a estas enfermas.

El examen clínico intencionado a este respecto debe ser realizado, la valorización correcta de los escurrimientos vaginales, la identificación por medio del tacto y de la visualización de las lesiones con el espejo vaginal, del raspado y la biopsia, son elementos que están al alcance de todo médico general.

A la segunda, por cualquier medio publicitario: la conveniencia de asistir a las consultas prenatales o ginecológicas en forma periódica con o sin sintomatología aparente.

Lejos estamos ya de la época en que el diagnóstico se basaba en la presencia de escurrimientos vaginales, seropurulentos o serohemáticos de mal olor, en las medianas o grandes hemorragias o en las lesiones florecientes del cáncer. Poseemos ahora a partir de Hinselman y Schiller medios más completos y eficaces para el diagnóstico temprano del cáncer cuyo valor individual es grande pero se acrecienta cuando se usan asociados.

Hinselman en 1924 señaló al crear la colposcopía la importancia del aspecto del cuello, creando las llamadas "imágenes colposcópicas" las "matrices", que si bien es cierto son ilustrativas se les considera de difícil clasificación y no específicas, porque lesiones de tipo inflamatorio o infeccioso presentan imágenes similares tanto macro como microscópicas, pero aunque no ha respondido el método a la idea primordial de su autor posee un valor definido como orientación para sistematizar las exploraciones y la aplicación de otros métodos.

El método Schiller adolece de mayores desventajas, no sólo da imágenes similares o iguales en procesos no neoplásicos sino que se piensa que aún cuellos sanos con modificaciones que la gestación imprime pueden presentar tal tipo de imágenes. En la actualidad lo hemos abandonado por completo pero es de recordarse al médico general para señalar el sitio apropiado para la biopsia.

Finalmente los métodos de Papanicolau y Traut Agre y la biopsia única o repetida orientan en forma definitiva hacia la solución al problema diagnóstico.

Nuestras experiencias en el diagnóstico con la colpocitología nos permiten afirmar que es un método impagable que ofrece innúmeras ventajas no obstante que otras personas piensen que la lectura de los extendidos és de difícil interpretación y en ocasiones falaz.

Lo único que exigimos a este respecto es que las mencionadas lecturas sean hechas por un técnico capaz que tenga costumbre y entrenamiento suficientes que le impidan cometer errores de interpretación. Esta posibilidad remota, bajo esta exigencia se verá eliminada totalmente cuando se asocie a la biopsia cuyo valor es indiscutible.

III. *Idea directriz de tratamiento.* Las ideas terapéuticas de la asociación cáncer cérvico-uterino y embarazo han estado sujetas y están en la actualidad a multitud de críticas, revisiones y modificaciones engendradas por la evolución de los medios terapéuticos de que se ha dispuesto y el descubrimiento de nuevos.

Podemos elaborar, a partir del descubrimiento del radio y de los rayos X, así como del perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos y anestésicos, tres grupos: unos que se declaran partidarios de los medios físicos, otros de los quirúrgicos y los terceros, los eclécticos, que de acuerdo con los caracteres de la neoplasia tanto evolutivos como histológicos prefieren uno u otro medio. Sin embargo, en la actualidad los dos primeros grupos tienden a fundirse en el tercero bajo la idea de que el tratamiento de la entidad que nos ocupa debe estar basado en los siguientes postulados:

1. La operabilidad del tumor,
2. La viabilidad fetal.

Posteriormente el análisis de las "conductas terapéuticas propuestas por los autores o centros de más prestigio (Straus, Couvelaire, Peralta Ramos, de Resende y cols., Manuel Luis Pérez, Zuckerman, Centro Anticanceroso del Instituto del Cáncer de París, Chicago Linying Hospital y de opiniones escogidas de la Mesa Redonda sobre el Cáncer y Embarazo celebrada en septiembre de este año por la Soc. Mex. de Estudios Oncológicos así como de los elementos de juicio derivados de las diferentes opiniones sobre la interrelación cáncer y embarazo, de los estudios experimentales, histopatológicos y finalmente la evolución de nuestras enfermas pensamos que la idea directriz de tratamiento que está más de acuerdo con los lineamientos terapéuticos de que disponemos y de nuestro medio ambiente es la que a continuación señalamos.

a) Cáncer cérvico uterino en estadio "O" coincidente con embarazo y producto no viable, previable y viable.

No disponemos de un solo caso con estas características por lo tanto carecemos de experiencia personal, pero de acuerdo con lo asentado por los autores que se citan, pensamos que en la época de inviabilidad fetal

cabe la posibilidad de la espera, bajo una vigilancia estrecha, para alcanzar la época de la viabilidad fetal o en el mejor de los casos el término del embarazo.

La actitud intervencionista radical, nos parece exagerada por la posibilidad de la cura espontánea o la detención de la evolución del tumor en más, señalada por varios autores y la cura por medios físicos inadecuada por la circunstancia de que mata al feto y el aborto posterior que se verificará en un lapso breve que sigue a la muerte fetal, puede por el traumatismo cervical que determina mínimo si se quiere, difundir un proceso localizado en vías de curación.

En la época de previabilidad del feto el problema es menos penoso, creemos que la espera de unas cuantas semanas no engendra riesgos mayores y que en cuanto se alcance la absoluta viabilidad del producto estamos plenamente autorizados para realizar una cesárea seguida de la cura por medios físicos de la neoplasia. Igual conducta proponemos cuando el feto ha alcanzado la viabilidad o está cerca del término del embarazo y no aconsejamos el parto por vía vaginal por la posibilidad ya señalada de la difusión del tumor a través de las laceraciones cervicales que el producto provoca al pasar a través de él.

b) Cáncer cérvico uterino en estadío I coincidente con embarazo y producto no viable, previable y viable.

En el primer caso, producto no viable, creemos que la naturaleza histológica del tumor debe normar la conducta terapéutica, el carácter invasor del tumor sería una justificación absoluta de la panhisterectomía seguida de radio roentgenterapia, no obstante pensamos que cuando el tumor tenga características poco invasoras y ante la posibilidad también señalada con vehemencia en las últimas épocas de la poca o nula influencia que el embarazo ejerce sobre el cáncer y el carácter no hemorragípero del proceso, podrían aconsejar una espera prudente para poder descubrir la estabilización o no del proceso y resolver entonces el problema bajo otro punto de vista. Este criterio se justifica por el estudio de 4 de nuestras enfermas que fueron operadas hacia el final del embarazo y en las que la clasificación del estadío de su proceso neoplásico se realizó en el primer tercio del embarazo como I y no sufrió por el relato de las mismas enfermas y los hallazgos finales modificación ostensible.

Por otro lado el relato de los 3 casos hecho por G. García que señalamos anteriormente y por la experiencia de otros autores, justifica esta manera de pensar.

En la época de previabilidad del feto la conducta expectante como la que se propone en el inciso *a)* es en nuestro concepto la más adecuada y una vez evacuado el útero mediante cesárea, estamos en situación de elegir de acuerdo con la naturaleza histológica del tumor y sus caracteres sintomáticos y signológicos la panhisterectomía seguida de roengen o radio terapia o estas dos últimas exclusivamente.

Cuando el feto ha alcanzado la viabilidad absoluta o está cercano al final del embarazo la posibilidad única que se les ofrece es la cesárea con panhisterectomía seguida roentgen o radio terapia o la aplicación de los medios físicos dentro de los lineamientos señalados en el párrafo anterior.

c) Cáncer cervico uterino en estadio II coincidente con embarazo y producto no viable, previable y viable.

La dificultad para establecer la extensión del tumor por las alteraciones tisulares que el embarazo engendra así como la presencia de la presentación en la pelvis en la segunda mitad del embarazo hacen que este estadío sea difícilmente diferenciable del III y aun del IV no obstante que la exploración vesical y rectal nos den datos negativos.

Los hallazgos operatorios en 3 de nuestras enfermas a pesar de que las exploraciones de vejiga y recto no revelaron invasión alguna y que la exploración de los parametrios mostraron no alcanzar la pared pelviana son argumentos que corroboran nuestra manera de pensar y por esta razón si pensamos en la etapa de la inviabilidad del producto, la actitud intervencionista de radio y roentgenterapia será la única aconsejable con un compás de espera en la etapa previable y por último en la viable la cesárea seguida de histerectomía con radio y roentgenterapia complementarias.

No aconsejamos en forma alguna la cesárea seguida de histerectomía subtotal por restarle campo al fisioterapeuta y por la posible difusión por vía hemática del tumor.

d) Cáncer cérvico uterino III coincidente con embarazo y producto no viable, previable y viable.

La operabilidad del cáncer, asegura H. Zalce, está supeditada en muchas ocasiones a la habilidad del cirujano, pero si bien es cierta esta aseveración, pensamos que la gran cirugía de cáncer que en algunos centros hospitalarios norteamericanos se está practicando y que en nuestro medio aconsejan García Noriega y J. C. Graham no se justifica por los resultados finales de ésta ya que los obtenidos con una cirugía menos agresiva son similares y no exponen a la enferma a complicaciones ni secuelas más

penosas, quiero decir con ésto que la actitud intervencionista no debe ser llevada a los extremos si no que debe realizarse una cirugía más conservadora y más funcional en las 3 épocas que consideramos para el feto, la panhisterectomía, la cesárea seguida de histerectomía total, con radio o roentgenterapia complementaria es la conducta que proponemos.

e) Cáncer cérvico uterino estadío IV coincidente con embarazo y producto no viable, previable y viable.

En este último estadío el criterio quirúrgico priva en nuestro concepto sobre cualquier otro medio terapéutico cualesquiera que sea la edad del embarazo y la amplitud de la resección de la esfera genital estará supeditada a las dificultades que la invasión tumoral engendre, pudiendo practicarse entonces desde la panhisterectomía hasta la pancisto-rectohisterectomía en casos de elección esta última seguida de radio o de roentgenterapia.

Finalmente recomendamos, como se ha podido apreciar en el texto, que la radio y roentgenterapia se usen con útero y pelvis vacía, nunca en primer término por la muerte del feto o lesiones que a éste frecuentemente provocan.

REFERENCIAS

1. *Twmbly y Rieva Rosch.* Nuevo método para la aplicación de Radium en vagina. Cáncer U. S. A. septiembre y octubre de 1955.
2. *Firpo J. R.* Cervicitis y estados pseudomalignos durante el embarazo. Obst. y Gin. Lat. Am. Julio de 1955. Año XIII.
3. *Ricci, James* A.S.M.D. One Hundred Years of Ginecology. Blackiston 1945.
4. *De Lee-Greenhill.* Principle and Practice of Obstetrics Ninth Edition. Saunders. 1947.
5. Zeitschrift Fur geburshilfe und gynacologie. 136:3, 1952 (Stuttgart).
6. *Díaz Infante A., Castelazo Ayala L., García Noriega J., Espriella Miranda D., Noriega Limón J.* Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Ponencias oficiales. México 1949.
7. *Corscaden J. A.* Ph. B.M.D. Ginecologic Cancer. 1951.
8. *Zuckerman C.* Cáncer del cuello uterino y embarazo. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. Valencia. Julio, Agosto, 1955.
9. *Finkler R.S.* U.S.A. Los esteroides sexuales y el cancer. Resúmenes de Publicaciones Médicas. Squibb, 1955. Nº 1.
10. *Noriega Limón J.* Carcinoma cérvico uterino y embarazo. Reporte sobre trece casos. Ginecología y Obstetricia de México. Enero-Febrero. 1952.
11. *Noriega Limón J.* Comunicación personal.
12. *De Moraes A., Rodríguez F. V., De Rezende J.* De Río de Janeiro Brazil. Cáncer del Aparato Genital y Gravidez. Trad. de los Dres. Fernando Jiménez Calderón y Juan Mata Román. Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Ponencia oficial. México, 1949.
13. *Druckrey H.* Posibilidades y límites de la Terapia del Cáncer desde el punto de vista de la investigación experimental. Conferencia el 10-6-1954 en Düsseldorf.
14. *Hayden, Glen E.* Garcinoma of the Cervix Associated with pregnancy American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 71 Nº 4. Abr.
15. *Campos Jorge, Saihet Samuel.* Histologic Changes in the uterine Cervix

during pregnancy and the Diagnosis of carcinoma "in situ" Surgery, Ginecology and Obstetrics. Vols. 102. Nº 4. Abril, 1956. Chicago, Ill.
16. *Costero T. I.* Tratado de Anatomía Patológica. Vol. Segundo, 1946.
17. *Hyemen, J.* Thoughts on forty years of radiation treatment of Carcinoma of the uterine cervix. Obstetrical & Gynecological Survey. Vol. II. Febrero, 1956. Nº 1.
18. *Huey, T. W. Jr., Lee Largo, H. Jr.* Kimmelstiel,. P. "Pre-invasive carcinoma of the cervix". Correlations of findings in biopsy and histerectomy findings. Obstetrical and Gynecological Survey. Diciembre, 1955. Vol. X. Nº 10.
19. *Morton, D. G., Zedis, L. C., Monk, A.* "Carcinoma "in-situ" of the uterine cervix". Obstetrical and Gynecological Survey. Diciembre, 1955. Vol. X. Nº 6.
20. *Beechman, C. T.* "Quadrant cervical Biopsy". Obstetrical and Ginecologycal Survey. Diciembre, 1955. Vol. X. Nº 6.
21. *Hahn, G. A.* "Carcinoma «in-situ»: error of interpretation". Obstetrical and Gynecological Survey. Diciembre, 1955. Vol. X. Nº 6.
22. *Hoffman, J., M. D. Farrel, M. David, M. D., Hahn, G. A., M. D.* "Cervical Carcinoma «in-situ»". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Agosto, 1953. Vol. LXVI. Nº 6.
23. *Slate, T. A. M. D., Martin, P. L. M. D., Merrit, J. W. B. S.* Citological Detection of uterine cáncer in Private obstetrical and Gynecological practice. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Octubre, 1953. Vol. LXVI. Nº 14.
24. *Wied G. L. M. D.* The potencialities of the smear technique for the difetiation of nono invasive and invasive cervical carcinoma. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mayo, 1956. Vol. 7-5.
25. *Prystowsky H. M. D., Brack C. B. M. D.* Carcinoma of the cervix in pregnacy Obstetrics and Gynecology. Mayo 1956. Vol. 17-5.
26. *Antoine T.*, Viena Austria. Early diagnosis of cancer of the cervix Obstetrical and Gynecologycal Survey. Abril, 1956. Vol. II. Nº 2.
27. *Hale Curtis A. M. D., Hauffman W. M. D.* Ginecologia. 1953.
28. *Davis C. H. M. D.* Early Diagnosis of uterine cancer.
29. *Wharton L. R. Ph. B. M. D.* "Ginecology".
30. *Novak E. M. D. F. A. C. S.* Texbook of gynecology.
31. *Dahalin David C. M. D., Randall L. M. M. D., Soule E. H. M. D. and Dockerty M. B. M. D.* Smears in the detection of preclinical carcinoma of the uterine cervix: Further studies with emphasis on the significance of negative "repeats". Surgical Gynecology and Obstetrics. April, 1955. Vol. 100. Nº 4.
32. *Funck-Brentano P.* Prophilaxis of cervical cancer; its diagnosis in its non invasive state. Surgical Gynecology and Obstetrics International Abstracts. April, 1955. Vol. 100. Nº 4.
33. *Hecht E. L. M. D., F. A. C. S.* The endometrial aspiration smear: Research status and its clinical value. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 71. April. 1956. Nº 4.
34. *Zuckerman C.* Cáncer del cuello Uterino. Revista Mexicana de Cirugía Ginecología y Cáncer. Abril de 1946. Año XIV. Nº 4.
35. *Arzac J. P.* Valor de la Citología de Descamación Vaginal en el Diagnóstico de la fisiología Ovárica y del Cáncer uterino. Ginecología y obstetricia de México. Enero-Marzo de 1946. Nº 1.
36. *Manlio Gori R.* Importancia de la colposcopía y de la prueba de Schiller en el estudio de las lesiones del ectocervix. Obstetricia y Ginecología Latino Americanas. Octubre de 1951. Año IX. Nº 10. Vol IX.
37. *Papanicolau C. N.* "Atlas of exfoliative Cytology."
38. *Peckman B. Ph. D. M. D., Greene R. R. M. S. M. D., Chung J. T. M. S. M. D., Bayly M. A. M. D. and Benaron H. B. W. M. D.* "The relations of pregnacy to abnormalities of the cervical ephithelium". Surgery Gynecology and Obstetrics. October, 1954. Vol. 99. Nº 4.
39. *Thomas P. E.* Clasificación Clínica y Anatomopatológica del cáncer cérvico uterino y del cuerpo. Ginecologia y obstetricia de México. Vol. IV. 1949.

GACETA MEDICA DE MEXICO
Tomo LXXXVII Nº 2
Febrero de 1957

DR. GUILLERMO ALFARO DE LA VEGA

Hizo sus estudios profesionales en la Escuela Nacional de Medicina, donde sustentó su examen recepcional el 4 de octubre de 1934. Ha sido sucesivamente, practicante de los Hospitales General y Morelos, Oficial Médico Sanitario en Ciudad Anáhuac, N. L. y Casa de Maternidad de las Lomas de Chapultepec; Médico Adjunto por oposición, en la Maternidad del Hospital General, y Médico Jefe de Servicio en la misma, cargo que desempeña hasta la fecha; Presidente de la Comisión de Terapéutica y Miembro del Consejo Técnico Administrativo del referido Hospital General. Sucesivamente, en el terreno de la docencia, ha sido: Ayudante de la cátedra de Fisiología Patológica, de Clínica Quirúrgica de la Clínica de Obstetricia; Profesor de Teoría de Clínica y de Cursos Intensivos de Obstetricia para graduados. Es miembro de diversas Sociedades y Academias, ocupando lugares en la rama de Ginecología y Obstetricia, y ha publicado 22 trabajos referentes a esa misma rama.

Ingresó a la Academia el día 31 de octubre de 1956, pasando a ocupar un sitial en la Sección de Ginecología y Obstetricia.

GACETA MEDICA DE MEXICO
Tomo LXXXVII, Nº 2
Febrero de 1957

Comentario al trabajo de ingreso que presenta el Sr. Dr. Dn. Guillermo Alfaro de la Vega, a la Academia Nacional de Medicina, sobre

CANCER CERVICO-UTERINO Y EMBARAZO *

Dr. Manuel Mateos Fournier

Me siento profundamente satisfecho de comentar el trabajo de ingreso del Sr. Dr. Dn. Guillermo Alfaro de la Vega que en esta ocasión recibe el honor de un sitial en la Sección de Ginecología y Obstetricia de nuestra Ilustre Corporación, atendiendo a sus méritos por su laboriosidad y talento. Le deseo mis parabienes y le doy la más cordial bienvenida.

FRECUENCIA

El tema que aborda es de extraordinaria importancia a pesar de que la asociación cáncer cérvico-uterino y embarazo es felizmente rara. A través de muchos años de trabajo, se pueden reunir unos cuantos casos y así vemos como en una Institución de gran movimiento de enfermas, como es el Hospital General, donde el ponente ha laborado por 20 años, sólo ha podido recoger 11 casos. Así es en cualquier parte del mundo y para opinar sobre este importante tema no puede nadie basarse en la propia experiencia que no es suficiente nunca para formar estadísticas amplias de donde sacar conclusiones precisas. Se necesita recopilar las ideas y los casos, de personas e instituciones.

La frecuencia de esta asociación según diferentes comunicaciones y autores varía desde un cáncer por 2,000 embarazos hasta uno por 20,000.

* Leído el 31 de octubre de 1956.

Es evidente, que la mayor frecuencia del cáncer uterino se presenta en las mujeres que pasan de los 40 años y es ésta la causa indudable por la cual es más rara en la mujer embarazada, pues en esta edad, las facultades procreativas van disminuyendo. Por otra parte, la razón nos indica que la mujer con cáncer uterino se embaraza más difícilmente, ya por las dificultades mecánicas a la fecundación que origina el tumor, ya por la acción espermaticida de los exudados y secreciones alteradas por las infecciones secundarias de los órganos genitales.

ÉPOCA DE APARICIÓN

El Dr. Alfaro de la Vega, considera que el cáncer siempre precede al embarazo basando tal afirmación en las observaciones de algunos autores. Lo cierto que las ideas y opiniones son contradictorias, ya que como dijimos antes, las dificultades para que el embarazo tenga lugar, son mayores, mientras más avanzado está el mal y sólo en el grado "0" y "I" esta posibilidad no tiene discusión. Es digno de tomarse en consideración que se trata en la casi totalidad de los casos referidos en todas las comunicaciones, de grandes multíparas con cuellos lastimados en los partos anteriores, con ulceraciones, desgarros e inflamaciones crónicas, como sucede también fuera del embarazo. De donde resulta la conducta profilática especial de vigilancia y tratamiento de estas lesiones como está claramente establecido desde hace mucho tiempo.

ACCIÓN DEL EMBARAZO SOBRE EL CÁNCER GENITAL

Igualmente contraadictorias son las opiniones que conciernen a la acción que el embarazo tiene sobre el cáncer genital. Por un lado, relata los tres casos del Dr. Germán García que con un cáncer diagnosticado entre los meses tercero y cuarto, el embarazo llegó al término sin modificaciones ostensibles en las tres enfermas. Cabe hacer la pregunta de ¿por qué se dejó un cáncer diagnosticado, 4 ó 5 meses sin tratamiento? Si fué por respetar la vida fetal, ¿por qué se dejó seguir adelante el embarazo después de la viabilidad del producto?, ¿o es que él opina que hay cánceres que se deben dejar en observación sin tratamiento?

Por otro lado el Dr. Noriega Limón cancerólogo de basta experiencia, opina en forma diferente y así fué como en la reciente Mesa Redonda sobre este tema, organizada por la Sociedad Mexicana de Estudios On-

cológicos, dijo al respecto, que en algunas ocasiones el cáncer en el embarazo puede permanecer estacionado en su evolución, pero que en realidad lo común es que se agrave.

A las causas enumeradas por el Dr. Alfaro de la Vega que pueden favorecer la aceleración del proceso durante la gestación, como es la hiperemia, el hiperestrogenismo, el aumento de glicógeno celular, la neoformación de vasos linfáticos, etc., está una condición indudable y especial que caracteriza el embarazo como son las propiedades especiales proliferativas que tienen los tejidos cuyos elementos se hipertrofian y se hiperplasian para subvenir a las necesidades del embarazo y como fenómenos de preparación para el parto. El cáncer cuya característica especial, estriba en el crecimiento anárquico y atípico de los elementos celulares, es lógico suponer que es más fácil que se instale, en tejidos ya facultados para las proliferaciones y que ya se están sucediendo como fenómeno fisiológico.

ACCIÓN DEL CÁNCER SOBRE EL EMBARAZO

Sobre la acción que el cáncer tiene sobre el embarazo el Dr. Alfaro dice que el aborto es excepcional, con lo cual no estamos de acuerdo, claro está, hablando de un proceso en evolución. Creemos que, por el contrario, es frecuente, aún tratándose del tipo cervical, porque si está evolucionando, hay una tendencia invasora al itsmo y zonas vecinas, lo que dificulta la distención y crecimiento del útero. Por la irritación del plexo simpático cervical que preside la motilidad del útero y por las infecciones secundarias que dan endometritis deciduales, más las causas generales como la anemia y desnutrición, que comprometen la vitalidad del huevo. En el cáncer corporal el aborto es la regla por la tumefacción de las deciduas y otras causas mecánicas fáciles de imaginar.

DIAGNÓSTICO

En lo que concierne al diagnóstico, el Dr. Alfaro apunta hechos de gran interés, como es la necesidad de mejorar las costumbres y las ideas de las enfermas, haciendo la debida divulgación de las exploraciones necesarias para despistar el cáncer aún durante el embarazo y precisamente en las mujeres que por su edad o condición física especial, pueden estar más predispuestas a esta terrible enfermedad. Cierto es que estos procedimientos de exploración especiales, son simples e inocuos, a pesar de lo cual, no se hacen rutinariamente, no digo en el medio hospitalario, ni tampoco con las enfermas privadas, como son el estudio citológico por el

método de Papanicolau, la prueba de Schiller, la colposcopía y la biopsia, aunque se tengan los equipos y aparatos necesarios. Las enfermas mismas temen grandemente cualquier maniobra o exploración instrumental por la vagina durante el embarazo y si alguna mujer aborta por cualquier otra razón, será culpado el médico, por lo que éste casi siempre prescinde de toda exploración que no sea extrictamente necesaria, más aún si la mujer que aborta es mujer que curó de prolongada esterilidad y con pocas probabilidades de otros embarazos. El acontecimiento se transforma entonces en una verdadera tragedia y el médico será severamente calificado.

Claro está que cuando se trata de un caso avanzado como un epitelioblastoma vegetante o un carcinoma con ulceración crateriforme y zonas de infiltración, un simple tacto es insuficiente para diagnosticarlo y ya los síntomas que acusa la enferma, casi siempre relacionados con los escurrimientos mocopurulentos o sanguinolentos o pútridos, han orientado al médico sobre la posibilidad de su existencia. Todos los procedimientos exploratorios se ejecutarán entonces y sería punible omitir cualquiera, porque el tratamiento se impone y no admite esperas.

TRATAMIENTO

Al tratamiento se refiere el último punto que trata el Dr. Alfaro de la Vega en su interesante trabajo y sobre lo que me permiteré dar mi opinión.

Grado 0:

El grado 0 o sea el cáncer "in situ" prácticamente no ha sido posible diagnosticarlo hasta la fecha durante el embarazo, en la generalidad de los casos, por lo dicho antes referente a la exploración especial necesaria, que habitualmente no se ha hecho. Múltiples comunicaciones hablan del estacionamiento del mal o regresión del mismo en algunas pacientes con la enfermedad en este grado. Consideramos que en caso de que fuera diagnosticado en esta fase, la vigilancia estrecha y la espera, sea la conducta razonable, estando de acuerdo en que no se permita el parto natural, sino que se haga cesárea después de la viabilidad o al término, para evitar la difusión del mal por las laceraciones cervicales que se pueden originar en el parto por las vías naturales.

Grado I:

En el grado I o sea cuando el cáncer se encuentra solamente localizado en el cuello, el Dr. Alfaro apunta como norma terapéutica, la naturaleza

histológica del tumor, aconsejando espera prudente, mientras la acción invasora del tumor no sea violenta. Estoy en absoluto desacuerdo con esta idea, pues el cáncer es un proceso maligno, que como tal, hay que atacarlo desde que es diagnostica y a como dé lugar o como se pueda: por cirugía, por roentgenterapia o por radiumterapia o por los tres medios combinados y solamente en caso de que se descubra el mal poco antes de la viabilidad del feto, será justificable una estricta y limitada espera. El mal hay que erradicarlo precozmente, que mientras más lo sea, mayor posibilidad de curación o supervivencia tendrá la enferma, a quien hay que darle la prioridad absoluta sobre la vida fetal.

Grado II:

En los grados II cuando el cáncer pasa del cuello e invade el cuerpo, cuando se extiende a los fondos de saco vaginales e invade los parametrios, el tratamiento que aconseja el Dr. Alfaro en la época previable es la del radium y la roentgenterapia en plan de espera. Consideramos que no es justificable el procedimiento, porque la actinoterapia en esta época mata comúnmente al feto como lo he podido averiguar en diferentes comunicaciones de especialistas extranjeros, a pesar de un caso referido en la Mesa Redonda a que hemos hecho mención, de inalterabilidad completa del producto. Cuando se trata de embarazos más tiernos, el peligro es aún mayor, pues cuando el producto no fallece, pueden nacer monstruoso, lo que es peor que la muerte y precisamente esto puede acontecer cuando el radiumterapeuta, en un afán de no matar al feto, aplica miedosamente las radiaciones que deben ser masivas, aunque sean letales para el producto.

Grados III y IV:

En el grado III, es decir cuando ha llegado la infiltración a la pared pélvica y en el grado IV cuando invade además la vejiga y el recto y se extiende más allá de la pelvis, en la época previable, la espera será justa pues las posibilidades de superviviencia de la madre y su curación son mínimas, por cualquier procedimiento que se siga. Aquí creo que se debe aplicar el concepto antiguo que precedió al descubrimiento del radium y de los rayos X, cuando también la cirugía no había explorado audazmente los terrenos que ahora pisa, época en la cual, se declaraba total y definitivamente incurable el mal, privando cruelmente sólo el interés por la vida fetal.

Yo creo que sólo la cesárea seguida de histerectomía subtotal y las aplicaciones de radium en múltiples focos de emanación y tratamiento roentgenterápico por el abdomen, en grado que soporte la paciente, debe ser lo más conveniente. Las exenteraciones pélvicas que en nuestro medio practican brillantemente los Dres. José García Noriega y Julio César Graham, me parecen monstruosas y dan índice alto de mortalidad inmediata. Las pocas mujeres que se salvan, obtienen beneficios miserables de supervivencia que soportan irremediablemente, con torturantes abocamientos incontinentes de materias fecales y orina, más insoportables y terribles mientras más pobre es la enferma. Por eso creo, que en estos grados, lo único que hay que hacer, es salvar a los niños cuando esto sea posible y por cesárea abdominal, sin intentar grandes y crueles operaciones por demás inútiles. Es más justo y humano sedarlas cuanto sea posible, si acaso radiarlas y algunas veces hacerles cirugía del dolor y como meta final, mientras no haya otro método de curación, dejarlas morir en paz.

Vuelvo a felicitar calurosamente al Dr. Alfaro de la Vega, deseando que sus trabajos e investigaciones sean una luz en nuestra especialidad y motivo de orgullo de esta Honorable Academia.