

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS POR EL RADIO (*)

Doctora MARIA TERESA F. DE GAUDINO

Profesora extraordinaria de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires

NADA tan discutido en estos últimos años, como el tratamiento de los fibromas uterinos; la cirugía relegó al segundo plano los tratamientos medicamentosos que actualmente reaparecen como tratamientos hormonales, luego la radioterapia y la curiterapia hacen perder terreno a la cirugía, aun cuando los cirujanos no se conforman que la habilidad y la belleza de una histerectomía subtotal, sea substituída o suplantada por las radiaciones de un tubo de Crookes o por un pequeño tubo de radio.

Los radiólogos tienen en mi país centenares de enfermas tratadas con muy buenos resultados, las estadísticas nuestras se asemejan a las mundiales, sobre todo a las francesas, pues el gran campeón del tratamiento de los fibromas por los rayos X fué Bécclère, que ya del año 1913 al 1923 llevaba tratado tres centenares de enfermas y en el Congreso de Obstetricia y Ginecología de Londres, del año 1925, presentó los mil primeros casos, enorme estadística, en detrimento de la cirugía que en esa época era bien poco conservadora.

Bécclère, cuyo tratamiento por los rayos X seguí con entusiasmo, durante mi estancia en París, durante los años 1921 al 1923, trataba los fibromas uterinos utilizando una instalación rudimentaria y haciendo las aplicaciones cortas y repetidas sobre el útero y zona ovárica, determinando en las enfermas la castración temporaria o definitiva.

Los tumores entran en regresión con el tratamiento por los Rayos X y sobre todo, lo mismo que con el radio, las hemorragias desaparecen como por encanto.

Para mi modo de ver, esta forma de actuar de los Rayos X, produciendo la supresión de la función ovárica, es la más seria objeción que se le puede hacer a ese tratamiento, y es la gran ventaja que el radio tiene sobre los rayos X; asunto que será el primordial objeto de mi conferencia.

Este tratamiento tiene partidarios entusiastas y adversarios encarnizados, pero hay que reconocer que en manos hábiles y con el correcto diagnóstico, puede competir con los tratamientos quirúrgicos, no así con el radio, determinando en las enfermas, como he dicho, la castración, siendo el tratamiento por el radio muy superior, por conservar la integridad del ovario con su función hormonal y el equilibrio psíquico en las enfermas tratadas

La cirugía es el tratamiento más usado por cirujanos y ginecólogos y sus técnicas han variado de acuerdo con la evolución del conocimiento de la función ovárica.

Hace veinticinco años, raramente una fibromatosa escapaba a la histerectomía, toda tumoración que sangraba y que correspondía a un útero fibromatoso, era justificante de dicha operación.

Generalmente se usaba la histerectomía subtotal abdominal, la vaginal se reservaba para los fibromas poco voluminosos. La histerectomía subtotal es la operación más usada, su técnica es bien reglada y precisa, cura radicalmente la fibromatosis uterina, suprimiendo el órgano enfermo y si no fuera por las dos complicaciones que a veces se presentan oscureciendo su resultado, la embolia y la flebitis, daría una mínima mortalidad.

La mutilación que la histerectomía implica en mujeres jóvenes, suprimiendo el órgano gestador, hizo nacer los métodos quirúrgicos conservadores, como la miomectomía o la enucleación de los tumores; operaciones más simples que la histerectomía y que permitió la conservación de los ovarios y del útero que toda mujer tiene derecho a exigir del cirujano.

Se sabe, sin embargo, cuán difícil es en cierto tipo de tumores, respetar el

(*) Conferencia pronunciada el día 19 de Noviembre de 1947. Presidencia Prof. Peyri

útero y los anexos y muchas veces se va con la más sana intención de hacer una miomectomía y hay que terminar con la mutilante histerectomía; ya sea por la situación de los tumores, por la cantidad, porque el útero ya tiene una total degeneración fibromatosa o porque sobrevienen hemorragias en el acto operatorio, difíciles de cohibir.

Con el conocimiento de la función hormonal ovarica más perfecta y exacta, surgieron una serie de técnicas quirúrgicas tendientes a la conservación de los ovarios.

ZWEIFEL fué el primero que en el año 1909 preconizó la histerectomía con la conservación de los ovarios y desde esa época, en estos 37 años, han surgido una serie de técnicas que todos los cirujanos conocen y generalmente practican; unas tendientes a la conservación de los pedículos ováricos, otras a la conservación de gran parte del músculo uterino y de mucosa, histerectomías fúndicas que permiten a algunas enfermas, seguir menstruando, aun que sea en pequeña cantidad y asegurando la mejor irrigación ovárica, para asegurar también el equilibrio psíquico y funcional de la mujer.

En estas técnicas, como en la miomectomía y en la enucleación, sus resultados varían con la situación y extensión de los tumores, quedando muchas veces en la mente del cirujano la intención de la cirugía conservadora, terminando las intervenciones con la elegante y bien reglada histerectomía subtotal.

Es natural que el cirujano prefiera la histerectomía subtotal como tratamiento de la fibromatosis uterina, es, como he dicho, una operación fácil y corriente, que no expone a las enfermas a recidivas, que no expone a las degeneraciones malignas, que no expone al cirujano a las críticas por la operación practicada y en último término, a la histerectomizada la pierde de vista el operador y el ginecólogo, para los cuales está completamente curada; pero desgraciadamente, pasa después a la esfera del cínico y del especialista de enfermedades nerviosas, siendo para éstos, durante muchos años, una verdadera pesadilla.

Estas operaciones no son justificables ni en mujeres jóvenes ni aun en mujeres de cuarenta años que, para la mayoría de los médicos, entran en la vejez o se acercan a la menopausa. El haber fijado arbitrariamente los cuarenta años como el comienzo de la vejez en las mujeres, no es justificable y creo se debe cambiar de opinión, pues hay mujeres de esta edad cuya vida genital está en su apogeo, sobre todo en la época actual, en que las condiciones de vida obligan a las mujeres a casarse tardíamente y en esta situación tienen derecho a que se respeten sus órganos genitales internos, en la misma medida y con las mismas consideraciones que se acostumbra hacerlo con los genitales del hombre.

Compárese cuánto se trepida antes de castrar a un hombre, aun cuando haya pasado los cincuenta años y con cuanta facilidad, en cambio, y sin ningún reparo se castra a una mujer en plena juventud.

Las mujeres tienen derecho a exigir que se respete la integridad de su aparato genital, sobre todo en afecciones tan benignas como la fibromatosis uterina y más aún existiendo otros tratamientos, como la curiterapia que da resultados positivos y duraderos.

Considero que el radio actúa mejor que la cirugía en el tratamiento de los fibromas uterinos; los hace desaparecer en pocos meses, con la ventaja de conservar el órgano gestador y la función ovárica que tanta importancia tiene en la vida psíquica de la mujer.

Sólo son justificables las operaciones conservadoras y las que pueden competir con el radio son: las miomectomías, las enucleaciones y la extirpación de tumores pediculados en mujeres jóvenes, que están en condiciones de gestar.

Sólo esta cirugía conservadora se justifica cuando los tumores dan síntomas hemorrágicos, tienen tendencia a aumentar de volumen o producen la esterilidad.

Cuando los fibromas son pequeños y no dan sintomatología hemorrágica no son justificables de ningún tratamiento, ni quirúrgico ni radioterápico ni curiterápico.

El mejor tratamiento de la fibromatosis uterina en mujeres jóvenes es el embarazo. El embarazo cura los fibromas uterinos, éstos entran en regresión después de la gestación y desaparecen en los meses subsiguientes.

Por eso no es justificable la histerectomía o la operación de Porro en el mo-

mento del parto, aun cuando se haya tenido que recurrir a la operación cesárea, por tratarse de fibromas previos, que impidan el parto por las vías naturales.

Cuidense muy bien los cirujanos de hacer cirugía conservadora en un útero gestante, la mayoría de las veces una simple miomectomía da la más grave y brutal hemorragia, obligando a hacer una operación mutiladora que deja a una mujer estéril y en pleno desequilibrio psíquico.

Que la gestación sea el mejor tratamiento en la fibromatosis uterina, se explica sabiendo que la mayoría de las fibromatosas, son mujeres que no han tenido hijos y si los han tenido en los primeros años de su vida sexual, los han evitado posteriormente con los métodos anticoncepcionales.

La función del útero es la gestación, si a esto no se le da la oportunidad de anidar un huevo fecundo, anida un fibroma.

En nuestra estadística personal que tengo el placer de presentarles, hay 570 casos de fibromas tratados por el radio, de los cuales 257 son estériles, 310 han tenido de 1 a 3 hijos en la juventud y luego usan los métodos anticoncepcionales o dejan de tener relaciones sexuales; hay sólo 3 grandes múltiparas con más de 6 hijos.

Así también se explicaría el nuevo concepto de la etiología de los fibromas uterinos y que su origen sea debido a trastornos hormonales. En las mujeres estériles la gran cantidad de foliculina circulante con la maduración del óvulo en cada menstruación y la falta de progesterona y su acción sobre la hipófisis como consecuencia de la no formación de los núcleos fibromatosos.

L. pschütz publicó en Santiago de Chile, durante los años 1938 y 1939, las experiencias realizadas en cobayos, a los cuales se les sometía al tratamiento experimental de tres inyecciones semanales de benzoato de estradiol, que fueron capaces de determinar al cabo de cuatro meses, la formación de múltiples nódulos fibromatosos periuterinos.

Las mismas experiencias han sido hechas por CAUCHOIS en París, con tratamientos más prolongados obtuvo nódulos fibromatosos en todo el peritoneo.

Considero que el radio actúa mejor que la cirugía en el tratamiento de las fibromatosas uterinas, pues desde el año 1924 hasta el 1947 he tratado 570 casos, sin tener que recurrir a ningún otro tratamiento, constatando la inmediata cesación de las hemorragias y la desaparición de los tumores al cabo de 6 a 8 meses.

FUAVEAU DE COURMELLES fué el primero que señaló la acción hemostática del radio y fué utilizada por primera vez por ABBÉ, en el año 1905, el cual colocó el radio en la cavidad uterina de una fibromatosa con metrorragias copiosas, notando de inmediato la cesación de este síntoma y posteriormente la regresión del tumor. Este caso fué seguido hasta 8 años después y demostró que la neoformación había quedado reducida a restos insignificantes.

LOUDIN y VERCHERE, casi al mismo tiempo, presentaron a la Academia de Ciencias de París, los dos primeros casos tratados con aplicaciones de radio en la cavidad uterina; emplearon 27 miligramos de bromuro de radio, colocados en un tubo y sostenidos por un dispositivo especial, dejándolo tan sólo 10 a 15 minutos en contacto de la mucosa uterina.

Los resultados fueron tan alentadores que no tardó su empleo en difundirse en el mundo entero, pues su acción sobre las hemorragias era tan rápida y segura que en muchos casos cesaban de inmediato con esta simple aplicación.

En un principio el radio, como los rayos X, vivió de las contraindicaciones de la cirugía y así, se utilizaba en cardíacas, diabéticas, albuminúricas, etc., etc., en una palabra en las fibromatosas en que su estado general no les permitía soportar los riesgos de una intervención quirúrgica.

Poco a poco sus indicaciones se fueron extendiendo en tal forma, que sólo un tercio de los casos resultaba no susceptible del tratamiento por el radio y éste comprendía, en su mayoría, a mujeres jóvenes en las cuales la miomectomía dejaba con más seguridad al órgano gestador en condiciones de llenar su función.

Esta misma contraindicación de la curiterapia ya no existe, pues la literatura médica cita numerosos casos de embarazos después del tratamiento por el radio. Se citan también casos de embarazos en mujeres que han permanecido amenorreicas. En nuestra estadística tenemos 4 embarazos en mujeres jóvenes que han sido tratadas por el radio.

La contraindicación para el tratamiento de los fibromas voluminosos por el radio ya no existe; pues nosotros hemos tratado enormes tumores con excelente

resultado y en nuestra estadística hay más de *un centenar* de fibromas del tamaño de un embarazo de sexto mes, es decir, que cuyo tamaño llega o sobrepasa el ombligo.

Lo mismo puede decirse de las contraindicaciones referentes a los distintos tipos de tumores y así en nuestra estadística hay tumores submucosos intersticiales y subserosos, de todas dimensiones en mujeres de diferentes edades, tratadas con éxito completo por la aplicación intrauterina del radio.

Nosotros creemos que la sola técnica eficaz para el tratamiento de los fibromas, consiste en la introducción del tubo en la cavidad uterina; los resultados de esta aplicación en el endometrio es más segura y más rápida; teniendo la ventaja de que este tipo de radiación actúa muy escasamente sobre los ovarios.

En esta forma de aplicación la acción del radio sobre los vasos sanguíneos, los tejidos neoformados y sobre el músculo uterino han sido bien estudiados, pero la acción sobre los ovarios es una cosa muy discutida.

En mi concepto, la acción sobre los ovarios es casi nula, pues en las enfermas jóvenes, los fenómenos característicos de la castración no se han manifestado y si bien la amenorrea puede ser temporaria o definitiva, como consecuencia de la acción sobre la mucosa uterina, los fenómenos reflejos y el equilibrio psíquico de nuestras enfermas no se han alterado. Además, en nuestra estadística hay 4 embarazos de mujeres del primero y segundo grupo, es decir, entre los 20 y 40 años.

Para estudiar la cuestión de la influencia del radio sobre la función ovárica, hemos empleado el método de PAPANICOLAU. Sobre 30 casos de mujeres jóvenes entre 20 y 40 años, que quedaron en amenorrea después del tratamiento, hemos encontrado en 25 casos los elementos correspondientes a la ovulación en los frotos de la mucosa vaginal.

Técnica

Hemos utilizado siempre un tubo que contiene 108 miligramos de bromuro de radio, que corresponden a 70 miligramos de radio-elemento, en forma de sulfato de radio. La sustancia se encuentra introducida en un tubo de vidrio, recubierto de una camisa de cuatro décimas de milímetro de platino, y el filtraje empleado es de medio milímetro de estaño puro; este tubo está recubierto exteriormente por una envoltura de goma de un milímetro de espesor. El largo total es de ocho centímetros; en uno de los extremos hay un pequeño orificio para la colocación de un hilo de seda. El tubo preparado en esta forma no debe permanecer en el útero más de 30 horas, por más voluminoso que sea el tumor, pues no debe producir el esfacelo de la mucosa. En tres casos en que dejamos el tubo 48 horas, deseando producir una acción más activa en presencia de tumores voluminosos, tuvimos graves inconvenientes. En uno, se produjo el esfacelo de la mucosa y su eliminación en grandes colgajos, la enferma, que era una gonocócica latente, hizo un absceso pelviano y una doble bartolinitis, lo que no impidió la desaparición del fibroma. En los otros dos casos, se produjo una febitis del miembro inferior derecho; estos tres casos son los únicos en los cuales hemos tenido accidentes, debidos, como lo hemos dicho, a la permanencia del tubo más del tiempo necesario para el determinado filtraje.

La colocación del tubo de radio es una operación que deberá ser practicada en un medio quirúrgico, hay que pensar que todas las maniobras intrauterinas y las que se practiquen sobre el cuello, deberán hacerse siguiendo las reglas más estrictas de la asepsia, de la misma manera que cualquier otra operación quirúrgica por vía vaginal.

Cuidados preoperatorios.

Las enfermas deben ser preparadas como para una operación por vía vaginal, y si existieran lesiones inflamatorias del cuello de la vulva, de la vagina, o cistitis crónicas, es necesario curar estas lesiones antes de aplicar el tubo de radio.

Anestesia general.

Salvo contraindicaciones especiales, es preferible la anestesia general, para poder hacer sin mayores sufrimientos un curetaje suave, a fin de sacar mucosa uterina

con el objeto de practicar una biopsia y eliminar las posibilidades de una degeneración maligna.

Aplicación del tubo de radio.

Dilatado el cuello con bujías de «Hegar», que generalmente basta llegar a la número 12, y practicado el raspado para la biopsia, se introduce el tubo en la cavidad uterina bien a fondo, haciéndolo deslizar con vaselina. El tubo no debe dejarse a mitad de camino, pues las contracciones del útero pueden expulsarlo hacia la vagina, lo que daría serios inconvenientes, porque el filtraje es suficiente para estar en contacto con las paredes vaginales. Se coloca luego un gran taponamiento vaginal de gasa embebida en aceite gomenolado al 5 por 100; este tapón evita la salida del tubo. El tubo de radio debe ser previamente esterilizado en alcohol yodado o en una solución de mertiolato, durante 10 a 15 minutos. El tubo de radio no debe ser hervido, pues las radiaciones se detienen durante un cierto tiempo, tardando a veces hasta un mes para adquirir su poder radiante.

La dosificación de las aplicaciones se hace por variación de la permanencia del tubo en la cavidad uterina; en mujeres jóvenes se tiene de 13 a 24 horas; en las más afeadas, de 24 a 30 horas. En ningún caso el tubo permanecerá más de 30 horas.

Después de haber retirado el tubo de radio, la enferma debe quedar en reposo durante 6 a 8 días y se le debe advertir que puede tener una hemorragia entre los 22 y 26 días; hemorragia que es debida a la eliminación de la escara. Las aplicaciones son siempre seguidas de pérdidas sanguinolentas duran 30 o 40 días. En caso de metrorragias, éstas desaparecen inmediatamente. La reducción del tumor se constata desde los primeros meses y la desaparición entre los 6 y 8 meses. Generalmente una sola aplicación es suficiente; si después de 8 meses o un año se encuentra que el tumor no ha desaparecido completamente, se puede hacer una segunda aplicación, que en este caso no debe pasar de 24 horas. Después de la desaparición del tumor, se constata que el útero adquiere su consistencia normal, contrariamente a lo que sucede en los tumores cancerosos tratados por el radio.

Si el resultado del examen histológico muestra la presencia de una degeneración maligna, se puede completar la aplicación de radio después de 3 o 4 meses, según el procedimiento de REGAUD. La amenorrea puede ser temporaria o definitiva, según la edad de la enferma y la duración de la aplicación, y es muy interesante señalar la falta de trastornos simpáticos en las enfermas tratadas con radio, las que conservan el equilibrio psíquico y no entran prematuramente en la vejez.

El que ha podido seguir de cerca a una castrada habrá podido observar los cambios tan profundos que se producen en la personalidad física y psíquica en gran número de mujeres en que suprimida rápida y brutalmente la función ovárica, llegan a verdaderos estados de psicosis, y si han sido mujeres activas e inteligentes, se transforman en incapaces desde el punto de vista psíquico. Esta es, vuelvo a repetir, la superioridad que el radio tiene sobre los rayos X y la cirugía.

La aplicación de radio en la fibromatosis uterina, es una operación inócua, que no puede compararse a una laparatomía y no tenemos derecho de hacer correr los riesgos de una operación, o sufrir una mutilación, existiendo un procedimiento tan simple como una aplicación de radio, que da el *cien por ciento* de curaciones y cuya mortalidad es de *cero por ciento*.

Tenemos el deber de hacer conocer a nuestras pacientes atacadas de fibromatosis uterina, que en lugar de las operaciones quirúrgicas y antes que estas, disponemos de un procedimiento más simple, tan rápido y tan seguro como la mejor extirpación quirúrgica de los tumores. Además, ensayar un tratamiento que respete la integridad del órgano afectado, es algo muy acertado y si por casualidad fracasara, siempre se estaría a tiempo para practicar el tratamiento quirúrgico, que en ninguno de nuestros casos ha sido necesario.

Estadística 1924 a 1947

1 ^{er} grupo 20 a 30 años . 10 casos	} 4 embarazos		
2.º grupo 30 a 40 años . 54 casos			
3 ^{er} grupo 40 a 50 años 384 casos			
4.º grupo 50 a 60 años 115 casos			
5.º grupo 60 a 70 años . 7 casos		Estériles	257
Total 270 casos		Fecundas con 2 a 3 hijos	310
		Fecundas con más de 6 hijos	3
		Total	570

TAMAÑO

Pequeños (que pasan el pubis)	115
Medianos (entre pubis y ombligo)	355
Grandes (que pasan el ombligo)	100
Total	570

SITUACION CON RESPECTO AL ÚTERO

Cuello	1
Itzmo	2
Cuerpo	567
Total	570

TUMORES QUE ENGLOBALAN EL ÚTERO

Regulares	30
Irregulares con uno o varios nódulos .	535
Polipos intrauterinos en úteros fibromatosos	5
Total	570

CONSISTENCIA

Blandos	20
Duros	550
Total	570

TUMORES DEGENERADOS
6 casos