

EDITORIAL

Durante muchos años, la máxima radicalidad quirúrgica posible era prácticamente la norma de un excelente tratamiento del cáncer genital femenino, con independencia de otros factores, entre ellos la edad de la paciente y sus eventuales expectativas generativas. Una antigua afirmación señalaba que lo correcto era la extirpación de la neoplasia, del órgano afectado y de sus vías y zonas de extensión tan lejos como ello fuera posible.

La mejora de las técnicas quirúrgicas, de los medios de exploración, de los tratamientos complementarios y, sobre todo, la valoración de los resultados a medio y largo plazo, fueron modificando poco a poco estas ideas y, en la actualidad, el paradigma del gran cambio experimentado en este sentido lo constituye la cirugía del cáncer de mama.

Por ello, no es de extrañar que, de un tiempo a esta parte, haya surgido la preocupación por la posibilidad de respetar las posibilidades generativas en mujeres jóvenes afectadas de cáncer genital, en especial cáncer de endometrio, cáncer de cérvix y carcinoma de ovario.

Una reciente publicación de Farthing en *British Journal Obstetrics and Gynaecology* (vol. 113, n.º 2, 2006) lleva a cabo una amplia revisión de la literatura médica en relación con esta cuestión. El interés del tema nos ha decidido a reunir aquí algunas de las más importantes conclusiones de este trabajo, para quienes no tengan acceso a él.

En referencia al carcinoma de endometrio, quizá lo más importante sea la adecuada distinción entre hiperplasia atípica compleja y carcinoma endometrial, ya que de ello puede depender, según algunos autores, realizar un tratamiento quirúrgico o aplicar el tratamiento con progestágenos en pacientes que todavía desean tener hijos; también son de interés las nuevas investigaciones que intentan hallar marcadores que identifiquen de forma fidedigna cuáles son las pacientes que responderán de forma completa al tratamiento hormonal.

Por lo que atañe al cáncer de cérvix, el debate se centra en el uso de un tratamiento más conservador en pacientes jóvenes con cáncer en estadios Ia1, Ia2 y Ib1. Algunos autores han propuesto para estos casos la traquelectomía vaginal radical con linfadenectomía por vía laparoscópica, combinadas con cerclaje permanente del istmo uterino.

Por último, se ha empezado también a recomendar el tratamiento quirúrgico más conservador en pacientes jóvenes afectadas de cáncer de ovario en estadio I, según la idea de que en la actualidad la quimioterapia es probablemente más importante que la radicalidad de la cirugía en estos casos.

Sea como fuere, creemos que aún es pronto, por la carencia de series amplias, para juzgar la bondad de estos nuevos planteamientos, pero habrá que estar atentos a futuras publicaciones al respecto, ya que podrían marcar pautas de tratamiento muy distintas de las que todavía se deben aplicar hoy día.