

ESTADOS INICIALES DEL CANCER DE CUELLO UTERINO. ASPECTOS CLINICOS

T. ANTOINE, VIENA

Junto a la terapia del carcinoma uterino desarrollado, los estados iniciales del cáncer de cuello uterino siguen representando un objeto de controversia entre los ginecólogos. Estos vale tanto para el diagnóstico como para la terapia.

Entre las fases iniciales se cuenta la fase internacional IA, que es más o menos idéntica con el microcarcinoma, el carcinoma preinvasor (carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial y, eventualmente, la displasia de mayor grado). Sobre ello hablarán otros. A nosotros nos interesa aquí únicamente los aspectos clínicos, que constituyen algo esencial en todo problema de la medicina. Su importancia es tal porque está en relación estrecha con el fondo de nuestra actividad médica, la terapia, y por ello con la posibilidad y la manera de la curación. ¿Por qué los estados iniciales ocupan un lugar tan preponderante? Primeramente, porque es natural que las posibilidades de curación sean mucho mayores en un carcinoma inicial que en uno ya en estado avanzado. Esto lo sabemos por las estadísticas de curación de los carcinomas ya invasivos. El deseo de mejorar los resultados de curación también fue el estímulo para el enorme trabajo de investigación realizado para el descubrimiento precoz del carcinoma de cuello uterino y que hasta el momento culminaron con los conocidos métodos de la citología, colposcopia y colpomicroscopia. Lo esencial de estos nuevos métodos de examen lo constituyó el hecho de que a partir de entonces se ha podido descubrir el carcinoma antes de que produjera síntomas clínicos (carcinoma preclínico). Los resultados son —como otros lo explicarán hoy todavía por el diagnóstico e igualmente para la terapia— excelentes y sobrepasan el 90%. Esta posibilidad de curación casi segura tenía sólo un aspecto nega-

tivo: la curación debía obtenerse mediante una operación mutilante y compleja o por un igualmente complicado tratamiento de rayos. Por lo tanto, fue lógico pensar si no se podría intentar reducir el tamaño —y con ello el peligro— de la intervención.

En lugar de las operaciones radicales de Schauta, Wertheim o Meigs, se trató de imponer la simple extirpación del útero. Los resultados fueron sorprendentemente buenos. Tan buenos, que se decidió ir un paso más adelante. El fin de toda operación radical debe ser la eliminación total del tumor. Por lo tanto, el corte del bisturí debe ser exterior al tejido carcinomatoso y tampoco debe dejarse metástasis alejadas casi siempre localizados en la vía linfática. Esto no es tan fácil en el caso de un carcinoma invasivo. En el microcarcinoma o en el carcinoma preinvasor la situación es diferente. Ya con la eliminación de sólo un cono de la portio, en la mayoría de los casos la lesión completa queda radicalmente extirpada. De esta manera se llegó a la idea de considerar ya como terapia la conización llevada a cabo con fines diagnósticos. En exámenes en serie o en serie escalonada se puede ver perfectamente si el epitelio patológico o el microtumor fueron totalmente eliminados. Pero, naturalmente no se sabe si ya no existe metástasis en los ganglios linfáticos regionales. En general, la idea que tenemos hoy en día tiende a suponer que un carcinoma preinvasor no puede producir metástasis, ya que no está en ningún contacto con el tejido conjuntivo, sino se encuentra separado del mismo por una membrana basal. Efectivamente, parece ser así. Sin embargo, no es posible decir con certeza si en algunos casos excepcionales igualmente tiene lugar una producción de metástasis. De todos

modos, en algunos casos se suele ver papilas de tejido conjuntivo que se introducen en el epitelio carcinomatoso y que casi no permiten reconocer el tejido conjuntivo. Se ve un asa vascular casi descubierta atravesando el epitelio carcinomatoso y no se puede decir con seguridad si no existen también vasos linfáticos acompañantes. El paso de células malignas por la pared vascular probablemente no sea peligroso, ya que las fuerzas de defensa de la sangre destruyen fácilmente las células. Diferente es la situación en el sistema de vasos linfáticos.

En el carcinoma de cuello uterino vemos casi exclusivamente metástasis linfáticas. En la literatura están descritos algunos casos de metástasis con carcinomas preinvasores. Ciertamente, siempre se debe volver a subrayar que el diagnóstico de un carcinoma preinvasor **únicamente** puede hacerse en un cono y si el preparado fue analizado **in toto** por lo menos en cortes en serie escalonada. Lamentablemente, en algunos casos presentados en dichas publicaciones no se deduce si se dio cumplimiento a este requisito fundamental. De no haberse cumplido, dichos trabajos carecen de valor. Por una biopsia en sacabocado no se puede hacer el diagnóstico de carcinoma preinvasor. Nuestra experiencia de casi 900 casos ha demostrado que, eliminando totalmente el tumor, el peligro de una recidiva es mínimo, de todos modos menor que la mortalidad primaria después de una de las clásicas operaciones radicales. Ello significa que se

puede responsabilizar perfectamente el efectuar sólo una conización como terapia facultativa para el carcinoma preinvasor. Según nuestras experiencias, ya en el microcarcinoma —la invasión de comienzo reciente— es diferente. Aquí se debe tomar en consideración la posibilidad de una recidiva y, por ello, debe hacerse una operación radical. Si en el carcinoma preinvasor la conización presenta las mismas perspectivas de curación que la operación radical, ello significa algo más, enormemente importante: el hecho de que se pueda curar a la paciente con una intervención sencilla y **no mutilante**. Transpuesto a la práctica clínica, esto significa una curación con mantenimiento de la vida sexual, función ovárica sin perturbaciones y la posibilidad de un embarazo, lo que es de gran importancia, dada la edad de predilección del carcinoma preinvasor, situada entre los 30 y los 40 años. La condición para el éxito de tal operación conservadora es la extirpación hasta bien en lo sano.

Para lograrlo nos sirve mejor que nada la tintura de Lugol de Schiller (Jodi puri 1,00, Kal. Jodati 2,00, Aquae fontis ad 100,00), que hace distinguir claramente los límites del tejido carcinomatoso superficial.

Por lo tanto, vemos que los nuevos descubrimientos sobre los estados iniciales del carcinoma de cuello uterino han demostrado su importancia para la clínica. Sólo hay que conocerlos, para poderlos aplicar para el bien de las pacientes.