

ESTADOS INICIALES DEL CANCER DE CUELLO UTERINO.

DR. H. MONACO.
ARGENTINA

TRATAMIENTO DEL CANCER IN SITU Y DEL MICROINVASIVO

Ya ha sido tratado en este Congreso exhaustivamente todo lo referente a diagnóstico de las displasias leves, moderadas y graves y del carcinoma in situ y del micro-invasor, desde el punto de vista citológico e histopatológico.

Poco he oído del valor de la colposcopia como método de detección y localización de esta neoplasia epitelial del exocervix. En nuestro Servicio, del Instituto de Maternidad A. Peralta Ramos, y en la mayoría de los grandes centros ginecológicos de la Argentina, se realiza sistemáticamente el estudio del cuello uterino, mediante la citología y la colposcopia. Esta permite localizar y poder así biopsiar en forma dirigida, zonas de imágenes colposcópicas anómalas (base, mosaico, vascularización anómala, erosio, etc.), detrás de las cuales puede hallarse una displasia grave, un carcinoma in situ o microinvasor.

Con pequeños espéculos especiales se puede aún visualizar la porción inferior del canal cervical y poder así biopsiar zonas sospechosas; más allá solo debemos confiar en la citología.

CONDUCTA TERAPEUTICA

Cuando la citología es positiva y la colposcopia es negativa, se hace necesario la biopsia endocervical y endometrial, colocando el material, naturalmente, en frascos separados.

Con extendidos clase III y colposcopia negativa, después de efectuar tratamiento antiinflamatorio o antiparasitario, se repite el Papanicolaou, y si sigue siendo clase III, se hará una biopsia endocervical y endometrial, o un cono si fuera necesario, Ante una citología repetidamente positiva

y colposcopia y biopsia endocervical y endometrial negativa, debemos recordar que puede existir un cáncer en la trompa, en el ovario o aún en la vagina. No olvidarse del examen sistemático de la vagina, sobre todo cuando el extendido citológico es pavimentoso.

Cuando la biopsia dirigida bajo control colposcópico, informa de un carcinoma in situ, se realizará una conización, que abarque todo el exocervix, incluyendo íntegramente el endocervix, hasta el orificio interno.

Prevía a la conización, se hará la lugolización del exocervix y zonas vecinas. Es necesario marcar la hora 12 en la pieza operatoria, con un punto que no destruya el epitelio y señalar aparte en un gráfico, al patólogo, las zonas que fueron biopsiadas previamente.

Si en el estudio histopatológico se deduce que no hay otra lesión y el margen entre el carcinoma in situ y el borde externo del cono, es suficiente, (5mms., como mínimo) sólo cabe controlar la enferma cada 3 meses los dos primeros años, cada 6 meses hasta el 5to. año y luego una vez por año.

Toda conización debe ser seguida de un raspado de endometrio.

Para evitar complicaciones hemorrágicas, nosotros realizamos 2 puntos de lino penetrantes en los bordes laterales del cuello, ligando así las arterias cérvico-vaginales; puntos que retiramos a los 45 días. No se debe deteriorar el epitelio exo y endocervical con pinzas, no se debe lugolizar, raspando, sino hacerlo con un spray. Jamás usar el electrobisturí.

Si el estudio histopatológico informa de un carcinoma microinvasor, lo tratamos como todo carcinoma invasivo, con rádium o cirugía ampliada y cobaltoterapia.

Algunos ginecólogos realizan la histerectomía total simple en esta circunstancia, pensamos que la conducta es errónea y que debe ser tratado como dijimos más arriba.

Si el cono es insuficiente, es decir, aquel cuyo límite no sobrepasa los 5 mms. de la lesión o cuando existe alteración epitelial en los fondos de saco vaginales, se debe efectuar en estos casos la histerectomía total simple, con resección de la cúpula vaginal, incluyendo toda la zona lugol negativa, en mujeres con hijos mayores de 35 años. Si la mujer fuera más joven, o sin hijos, se hará amputación de cuello y vigilancia periódica.

Si el control citocolposcópico se hace positivo: histerectomía.

Si el control de la paciente resulta imposible: histerectomía.

Si existe patología asociada que requiere tratamiento quirúrgico: histerectomía.

Y puede considerarse la inestabilidad psíquica de la paciente, cancerofobia, etc. para realizar en estos casos, también la histerectomía.

Debe conservarse los ovarios en todos estos casos, si no tienen patología.

El 23 de mayo de 1968, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires a petición de la F.A.S.G.O., nombró una comisión para el estudio y registro del carcinoma Grado O, del cuello de útero. Esta Comisión tenía como Coordinador General, al malogrado profesor Dr. Rodolfo Sammartino.

Los objetos de esta Comisión eran:

- 1.—Asesoramiento en problemas de diagnóstico y tratamiento de la lesión.
- 2.—Unificar los criterios histológicos, diagnóstico y terapéutico.
- 3.—Tender a la adopción de una nomenclatura uniforme de las lesiones epiteliales del cuello uterino.

4.—Intercambiar ideas y opiniones con los señores jefes de servicio, de la especialidad, encargados de Departamento de Patología Cervical y con los patólogos que deben estudiar el material.

5.—Colaborar en el estudio de los casos que los distintos jefes de servicio, presenten a su consideración, reexaminando el material ya existente o estudiando el original remitido.

6.—Registrar toda lesión que el Comité acepte, como inequívoca de grado O.

7.—Resolver los casos dudosos con la más franca y abierta colaboración con el patólogo que estudió originalmente el caso.

8.—El Comité hará conocer periódicamente la labor desarrollada.

9.—Aceptar toda sugestión que permita una más eficaz labor del mismo.

El informe del Comité fue discutido en las Sesiones Ordinarias de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

CARCINOMA IN SITU Y EMBARAZO

Consideramos que debe controlarse la paciente hasta después del nacimiento del niño. Nosotros no realizamos cono durante el embarazo, porque generalmente es insuficiente, es hemorrágico y en un buen porcentaje de casos, más de un 15%, provoca el aborto.

Preferimos, con diagnóstico de carcinoma in situ, extraer el niño por operación cesárea, pues todavía ignoramos si en el canal no existe un carcinoma micro-invasor, y las lesiones que puede ocasionar en el cuello un parto, si existiera un carcinoma invasor, podríamos provocar una diseminación.

A los 60 días del nacimiento del niño, se hará un nuevo análisis del caso, citología, colposcopia y biopsia y si la lesión persiste, actuar ya como en todo carcinoma in situ, fuera del embarazo.

Las recidivas deberán ser tratadas por histerectomía y resección de un manguito vaginal.

A continuación daré lectura a las conclusiones que arribó el Comité de la F.A.S.G.O.

- 1.—El EANI se considera como tal solamente cuando lo certifica el estudio seriado del cuello, obtenido quirúrgicamente (cono, amputación coniforme, histerectomía).
- 2.—Cuando el cono es "suficiente" constituye toda la terapéutica del EANI.
- 3.—Esto obliga al seguimiento citológico sistemático.
- 4.—Si el cono es "insuficiente", debe ser seguido de histerectomía total simple, con manguito vaginal.
- 5.—Si existe formal contraindicación quirúrgica para la histerectomía, se aplicará radium.
- 6.—Si el control periódico es imposible, se hará histerectomía total.
- 7.—Si existe patología asociada quirúrgica, se aplicará el mismo criterio.
- 8.—Durante el embarazo se efectuará, de preferencia, biopsias dirigidas. La conización es un procedimiento que, en lo posible, debe ser evitado durante el embarazo.
- 9.—En el postparto se debe repetir la citología y la colposcopia. Si hay positividad, se efectuará conización y se tratará como se ha expuesto más arriba.
- 10.—En los casos de sospecha de invasión, el cono es suficiente terapéutica. Por lo contrario, cuando la histología muestra comienzos de invasión, se aconseja efectuar histerectomía total simple pudiendo conservarse un ovario en las jóvenes.
- 11.—En el microcarcinoma, la tendencia actual es bastante conservadora: histerectomía total simple con amplio manguito vaginal. Eventualmente se efectuará operación de Wertheim o Shauta, sin linfadenectomía. Es éste un capítulo en permanente revisión.