

LESIONES PRE-MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO

Dr. CARLOS J. CASTELLANO

La displasia, el carcinoma in situ y el carcinoma microinvasivo del cervix están tomando gran importancia en el problema del cáncer cervical. Indudablemente, la creciente frecuencia con la cual estos diagnósticos son efectuados está directamente relacionada con la mayor difusión de la Colpocitología de Papanicolaou. Lógicamente, los centros donde más usan este método de diagnóstico tendrán más casos diagnosticados de displasias y lesiones malignas incipientes y una significativa disminución de los casos avanzados. El médico actual debe conocer la importancia del despistaje citológico y también cómo llevarlo a cabo, como asimismo, el significado de los informes citológicos con el objeto de conocer qué pacientes requieren mayor investigación. Finalmente, él debe aprender en qué consiste la investigación de un caso sospechoso y llevarlo a cabo si está calificado o referirla a otro que esté entrenado en este campo.

La mayoría de personas con displasia o carcinoma in situ del cervix no tiene síntomas o hallazgos anormales en el cervix. Como la displasia es considerada como la fase inicial de un espectro de cambios epiteliales anormales que eventualmente culminan en enfermedad maligna, es imperativo descubrir estas lesiones precozmente con el objeto de que estas pacientes de alto riesgo puedan ser seguidas cuidadosamente.

El procedimiento de despistaje más valioso es la evaluación citológica del cervix. Toda mujer adulta deberá tener frotis cervical cada año hasta los 35 años y luego cada 6 meses. Al mismo tiempo que se toma la muestra, un cuidadoso examen pélvico y con espéculo debe ser efectuado.

Los resultados del estudio citológico deben ser informados por clasificación numérica y una descripción, la cual es ventajosa. Aunque las clases I y II indican

condiciones benignas, un buen número de displasias leves están clasificadas como células II y, a no ser que el citopatólogo lo especifique, estos casos pueden pasar desapercibidos. Esto justifica la necesidad de una descripción de la lesión; cuando hay sospecha de displasia, una toma de tejido es necesaria. El frotis que contiene células sospechosas y clasificadas como clase III, indica alguna anormalidad epitelial que puede ser o no de origen inflamatorio; si hay persistencia de este tipo de células después de tratamiento antiinflamatorio, una muestra de tejido es aconsejable. Un informe de clase IV o V demanda una toma inmediata de tejido, porque es raro que no haya malignidad en presencia de células de estas clases.

El procedimiento a seguir cuando una toma de muestra tisular es necesaria, depende de las circunstancias, y el examinador deberá conocer cuándo tomar una biopsia o cuándo hacer una conización.

Un principio básico en la evaluación pretratamiento de cualquier proceso maligno es: "conocer la extensión de la enfermedad con la mayor certidumbre posible antes que el tratamiento sea considerado". Este axioma se aplica en todos los casos de malignidad pélvica, pero es crítico en carcinoma cervical.

Esta apreciación ha sido enteramente dirigida a la necesidad de hacer una evaluación lo más exacta posible de la extensión de una lesión local. Esto constituye el paso número uno y no se hará ningún tratamiento hasta que este paso no esté cumplido. Sólo después del paso número uno, el clínico sabrá si tratará una displasia, un carcinoma in situ o un carcinoma invasivo. Recién ahora, conociendo la naturaleza de la lesión local, él está preparado para proseguir con los otros estudios indicados pretratamiento.

Cuando el diagnóstico de displasia ha sido

adecuadamente establecido, puede decirse con seguridad que el temor de hallazgos inesperados de carcinoma ha sido eliminado; por tanto, no es necesario llevar a cabo estudios diagnósticos para buscar evidencia de enfermedad metastásica.

Antes de entrar al manejo de las pacientes con displasia, es necesario tener un entrenamiento básico de su concepto actual. Un buen número de trabajos enfáticamente sugieren que la displasia del cervix es un estado transitorio en la carcinogénesis de este órgano. Todos estos trabajos han demostrado que los pacientes con displasia siguen uno de tres caminos. La lesión puede regresionar a lo normal, aunque Stern ha demostrado que tiende a retornar. Un segundo posible camino es la persistencia de la lesión. Finalmente, un número significativo progresa a carcinoma in situ e invasivo. Hall y Walton presentan un estudio de 206 casos que fueron seguidos de 1 a 14 años. Los resultados son mostrados en los cuadros 1 y 2. Los casos fueron diferenciados morfológicamente en leve, moderado y marcado grado de displasia dependiendo de la proporción del grosor del epitelio comprometido por la displasia. Los casos con un grado leve de displasia regresionaron en el

62.2%, mientras que el 13.4% progresaron. Por otro lado, los casos con marcada displasia, regresionaron sólo en el 19.1%, mientras que el 33.3% progresaron. Progresión en estos casos puede indicar su transformación en carcinoma in situ. 7 casos de los 24 que originalmente fueron displasia marcada, eventualmente desarrollaron carcinoma in situ; en otras palabras, 29.1% o sea, 3 de cada 10 pacientes con displasia marcada, cuando son seguidos, finalmente desarrollan carcinoma in situ. También es importante en esta discusión el hecho de que estos pacientes son notoriamente menores que los pacientes con carcinoma in situ o carcinoma inva-

INCIDENCIA DE CARCINOMA IN SITU SEGUN EL GRADO DE DISPLASIA

CUADRO No. 2 (*)

Grado de Displasia	Casos de Carcinoma In Situ	
	No.	%
Leve	6	6.2
Moderada	11	12.9
Marcada	7	29.1

(*) Hall y Walton

SIGNIFICADO BIOLÓGICO EN RELACION A LA SEVERIDAD DE LA DISPLASIA

CUADRO No. 1 (*)

Grado de Displasia	FUTURO		
	Regresionó	Persistió	Progresó
	(%)	(%)	(%)
Leve	62.2	24.4	13.4
Moderada	32.9	48.7	18.4
Marcada	19.1	47.6	33.3

(*) Hall y Walton

sivo. Este grupo de 206 pacientes tuvieron una edad media de 25.6 años. Esto está de acuerdo con el concepto de displasia, como un precursor del carcinoma cervical y sugieren que los factores carcinogénéticos requieren un lapso largo para producir el cambio a carcinoma. Un mayor refuerzo para este concepto lo da el hallazgo de Stern, de que la mayoría de nuevos casos de cáncer se originan en una población de mujeres con displasia. En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima también hemos tenido esta misma

experiencia en un grupo de pacientes perdidos de vista con el diagnóstico de displasia. Además, las pacientes con displasia tienen los mismos factores predisponentes que para el carcinoma de cervix, tan claramente demostrados; son las mujeres de bajo estado socio-económico y mujeres que fueron muy jóvenes cuando tuvieron el primer coito. Finalmente, en refuerzo del concepto de que la displasia es un precursor del cáncer cervical está el hallazgo de Shingleton y asociados, quienes no encuentran ninguna diferencia morfológica entre la displasia y el cáncer preinvasivo con el microscopio electrónico.

La evidencia abrumadora en soporte de que la displasia es un precursor del carcinoma del cervix, ha conducido a una base racional para el tratamiento. Desde que la displasia es un precursor del cáncer cervical no hay ninguna urgencia para realizar el tratamiento definitivo. Si el paciente es joven y desea preservar su función reproductiva, no se recomienda ningún tratamiento. El problema deberá ser explicado detalladamente a la paciente. Ella será instruída de la necesidad de practicar exámenes periódicos con citodiagnóstico. En casos en los que se encuentra displasia marcada en el cono cervical, el tratamiento definitivo debe ser considerado, dependiendo éste de si la paciente desea o no tener más hijos. Si ella desea conservar su función reproductiva, puede ser seguida con seguridad por largo tiempo, siempre y cuando cumpla con sus controles clínico-citológicos periódicamente. Si la paciente no desea tener más criaturas, parece mejor aconsejarle histerectomía total.

Cualquiera que haya sido el tratamiento recibido por pacientes con displasia, de cualquier grado, deben ser seguidos en la misma forma que las pacientes tratadas por carcinoma in situ.

En los últimos años han aparecido trabajos que describen el uso de la cauterización y de la criocirugía como medios de tratamiento de la displasia. Tales trabajos parecen tener gran importancia para el futuro, pero, actualmente ellos representan trabajos preliminares de investigación clínica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Nelson, James H.: Detection, diagnostic evaluation, and treatment of Dysplasia and early carcinoma of the cervix. *Ca - A cancer Journal for clinicians*. 20: 150, 1970.
- 2.—Hall, J.E. and Walton, L.: Dysplasia of the cervix. A prospective study of 206 cases. *Am. Jo. Obst. Gynec.* 100:662, 1968.
- 3.—Stern, E. and Neely, P.M.: Carcinoma and Dysplasia of the cervix: a comparison of rates for new and returning populations. *Acta Cytol. (Balt.)* 7: 357, 1963.
- 4.—Stern, E.: Epidemiology of Dysplasia. *Obst. Gynec. Survey* 24: 711, 1969.
- 5.—Shingleton, H.M.: Human cervical intraepithelial neoplasia: fine structure of dysplasia and carcinoma in situ. *Cancer Res.* 28: 695, 1968.
- 6.—Richart, R.M. and Sciarra, J.J.: Treatment of cervical dysplasia by outpatient electrocauterization. *Am. Jo. Obst. Gynec.* 101: 200, 1968.
- 7.—Criap, W.E., et al: Application of cryosurgery to gynecologic malignancy, *Obst. Gynec.* 30: 668, 1967.