

TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO. ESTADIOS INICIALES

DR. JULIO ALFONSO ARANA ARANA.

CANCER "IN SITU" DEL CUELLO UTERINO

Se entiende también con los nombres de carcinoma intraepitelial o carcinoma preinvasivo, y se define como una lesión que compromete todo el espesor del epitelio escamoso columnar del cuello uterino, el que es remplazado por células que microscópicamente no pueden ser distinguidas de las células malignas del carcinoma infiltrante. En todo el epitelio hay una completa falta de la estratificación normal y pérdida de las características celulares propias del epitelio normal. No hay, sin embargo, penetración a través de la membrana basal, la cual es el límite que separa este tipo de cáncer del francamente infiltrante. Hay que recalcar aquí que, sin embargo, las glándulas endocervicales pueden contener células neoplásicas, aún considerándose este estadio como "in situ", debido a que esta propagación se hace por continuidad de ambos epitelios, ecto y endocervicales, y no por infiltración del estroma.

Esta lesión que ha tomado especial interés en esta última década, ha sido conocida desde hace muchos años y así vemos que en la monografía de Friedell, Hertig y Yongge, se dan los datos históricos de que Waldeyer en 1872 reconoce que el cáncer del cuello era de naturaleza epitelial; Sir John Williams en 1886 da una conferencia sobre carcinoma epidermoide y Pronay, en 1908. En 1912, Kermauner llama la atención de que estas lesiones preinvasivas se encuentran en muchas ocasiones cerca a lesiones francamente infiltrantes; luego llega Schiller, en 1926, y es a él a quien corresponde el mérito de dar a esta lesión su carácter de carcinoma preinvasivo.

Esto trae luego una etapa de duda y polémica sobre la naturaleza preinvasiva de esta lesión; hay autores que niegan esta

característica y otros que la defienden. Wespí cree que algunas lesiones desaparecen espontáneamente y algunas biopsias en cuellos gestantes tienden a afirmar esto. Los estudios de Galvin, Jones y Te Linde demuestran por el contrario que la lesión es francamente preinvasiva y que, al cabo de 10 años, la mayoría va a pasar al estadio invasivo. En un estudio consistente en la observación de la lesión a través de los años, sin ningún tratamiento, Kottmaier en Estocolmo encuentra que al cabo de 5 años 25% se ha transformado en cáncer invasivo y a los 10 años el 33%. Hoy, pues, está plenamente probado que es una lesión precancerosa de evolución lenta y que, de no ser tratada a tiempo, evolucionará a su estadio de cáncer infiltrante.

SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS CLINICOS

Como se trata de una lesión preinvasiva y circunscrita al epitelio, no tiene síntomas propios, y de allí que no hay sintomatología específica. Esta entidad se descubre: 1º Haciendo los chequeos rutinarios de Papanicolaou; 2º Por medio de biopsias catalogadas aparentemente como cervicitis; 3º En piezas quirúrgicas de histerectomías totales o en cuello amputado sin sospechar esta entidad. El colpocitoscopia muy popular en algunos países de Europa permite la visualización directa del cuello.

Así como no hay sintomatología propia, tampoco hay signos clínicos típicos. A la consulta ginecológica puede presentarse desde la mujer completamente asintomática para un chequeo rutinario, como la que tiene leucorrea debida a otras causas. Nosotros creemos que por estas razones es imprescindible un chequeo ginecológico con obtención del examen de Papanicolaou en todo examen médico practicado

en la mujer, examen que debe ser repetido por lo menos anualmente.

Hay que llamar la atención al hecho de que, en nuestro medio, el cáncer del cuello del útero ocupa el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer, superando incluso al cáncer de mama, más frecuente en otros países.

CONDUCTA A SEGUIR EN UN CASO DE PAPANICOLAOU SOSPECHOSO O POSITIVO

En nuestro medio, los Papanicolaou son informados como clase I, II, III, IV; las 2 primeras son normales, la clase III es sólo sospechosa y puede deberse a factores tales como vaginitis de diversa etiología o cervicitis. Una vez curadas estas lesiones, si se vuelven a repetir, lo más indicado es (al igual que en todos los casos IV) hacerse una conización en frío, con el fin de obtener material suficiente tanto del ecto como del endocervix. Del cono, se obtiene numerosos cortes histopatológicos para hacer un estudio completo de la invasión al estroma, hecho que reviste suma importancia dado que el tratamiento es fundamentalmente distinto. La conización proporciona también tejido endocervical para su estudio histológico en forma más completa que las biopsias a saca-bocado, que han sido relegadas en estos últimos tiempos sólo a los casos en que hay lesiones macroscópicas sospechosas. Debido a que del 15 al 20% de los cánceres comienzan en el endocervix, pasarán inadvertidos si no se obtuviera muestra histológica de esta parte.

La prueba de Schiller consiste en impregnar el cuello y vagina con una solución yodo-yodurada, la que le da un color uniforme caoba debido a la concentración de glucógeno del epitelio escamoso.

En los casos en que no se tñe el epitelio, o sea una prueba positiva, es de allí que se debe tomar la biopsia. En un número variable se encontrará cáncer en esta zo-

na, pero no necesariamente en todos los casos. Otras lesiones no cancerosas, como leucoplaquias, en las que hay pérdida del epitelio y por ende falta de glucógeno, también darán una prueba positiva.

TERAPEUTICA

Siendo ésta una lesión cuya historia natural es lenta, el tratamiento está supeditado a la edad de la paciente y sobre todo a su fecundidad. En casos de mujeres jóvenes que todavía no hayan completado su familia, es justificable después de la conización, siempre y cuando no haya signos de invasión, seguir a la paciente periódicamente y tratar que complete su familia. En los casos en que la paciente ya tenga el número suficiente de hijos, es recomendable una histerectomía total ampliada, con vaginectomía parcial (comprometiendo 2 cms. de la cúpula vaginal). También en los 10 últimos años se ha preconizado la histerectomía vaginal, en las mujeres que a su vez presentan cistoceles o rectoceles, pudiéndose extirpar también la parte superior de la vagina por esta vía. Los anexos son respetados debido a que éstos no son comprometidos.

CARCINOMA IN SITU CON MICROINVASION

Se denomina carcinoma in situ con microinvasión o carcinoma microinvasivo aquel que tiene todas las características del carcinoma intraepitelial, pero en el cual hay extensión al estroma; es decir, pasa la membrana basal. Es de tener en cuenta que la invasión estromal no debe pasar de 5 mm. de profundidad desde la membrana basal. En general se acepta que el pronóstico es bastante similar a los casos de Ca. in situ. El diagnóstico es microscópico y la extensión de la invasión debe hacerse a mediano aumento y examinando varios cortes de la conización previamente realizada. Es característico encon-

trar infiltración de leucocitos y células plasmáticas rodeando la zona de microinvasión. Este cáncer microinvasivo todavía se clasifica como clínicamente estadio Ia.

TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICAL MICROINVASIVO

El tratamiento del carcinoma microinvasivo del cuello uterino consiste en una histerectomía total ampliada al 1/3 superior de vagina y en lo posible resección de parte interna de ambos parametrios. No se considera necesario realizar una resección total de parametrios con linfadenectomía tipo Meiggs, pues esto es demasiada cirugía para este estadio. Tampoco es necesario realizar rutinariamente salpingooforectomías en estas pacientes, sobre todo en aquellas menores de 40 años. Sólo en casos asociados a prolapso genital y en los cuales la resección parametrial parcial se pueda realizar sin dificultad aconsejamos la vía vaginal (histerectomía vaginal total más resección 1/3 superior de vagina más resección 1/3 interno de parametrios) a continuación presentamos un cuadro de los casos tratados en el Hospital General Base Cayetano Heredia, durante los 2 últimos años:

Cáncer In Situ del Cuello

No. de casos: 19 casos

Edad : 27 — 61, con un promedio de 44

Paridad : 1 — 14

Tratamiento: Histerectomía abdominal total ampliada a 1/3 superior de vagina. = 14

Histerectomía vaginal más resección 1/3 superior de vagina. = 4

Conización Sola = 1

CARCINOMA MICROINVASIVO

No. de casos: 8 casos

Edad : 29 a 52, con un promedio de 40

Paridad : 0 — 10

Tratamiento: — Histerectomía abdominal total ampliada a 1/3 superior vagina más resección mitad interna parametrios = 5

— Histerectomía vaginal total más resección 1/3 superior vagina más resección 1/2 interna parametrios = 3.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CARTER B.: Clinical problems in stage 0 carcinoma of the cervix. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*. 71:634, 1956.
- 2.—EICHNER E.: Multiple Ca in situ. *Obst. and Gynec.* 8.: 508, 1955.
- 3.—FOOTE F. W.: Anatomical Distribution of epidermoid CA of the uterus (intraepitelial) *Cancer*, 1: 431, 1948.
- 4.—GAGNON F.: Etiology and prevention of cancer of cervix of the uterus. *Gynec.* 60: 516, 1950.
- 5.—GALVIN G. A., JONES H. W. and TELINDE R. W.: Basal cell hyperactivity in cervical biopsies. *Am. Journal. Obst. and Gynec.* 70: 808, 1955.
- 6.—GUSBERG S. B.: Coning biopsy in detection of early cancer of the cervix. *Am. J. Obst. and Gynec.* 61: 276, 1951.
- 7.—HERTIG A. T.: What is cancer in situ of the cervix. *Am. Journal Obst. and Gynec.* 64: 807, 1952.
- 8.—MC. KAY D. G., HERTIG A. T. and YOUNGE P. A.: Carcinoma in situ. *J. Internat College Surgeons*, 21: 212, 1954.
- 9.—MORTON D. G., ZELDIS L. J. and MONK A.: Carcinoma in situ of the cervix.
- 10.—PUND E. R.: Pre-invasive carcinoma of the cervix uteri. *Jama*, 131: 96, 1946.
- 11.—SCHILLER W.: Early diagnosis of Ca. of the cervix surg. *Gynec. and Obst. and Gynec.* 56, 1933.
- 12.—SCHILLER W. et al.: Small pre-invasive cervix carcinoma. *Am. J. Obst. and Gynec.* 65, 1953.
- 13.—TELINDE R. W., GALVIN and JONES H. W.: Therapy of carcinoma in situ. *Am. Journal Obstetrics and Gynecology*, 74, 792, 1957.