

CERVICITIS CRONICA Y SU TRATAMIENTO POR CIRUGIA ELECTRICA (*)

Por los Dres. ARTURO ACHARD y JOSE MAUTONE

CONSIDERACIONES CLINICAS Y ANATOMOPATOLOGICAS

AS de una vez hemos tenido oportunidad de ocuparnos de este tema y en el III Congreso Uruguayo de Ginecología, llevamos una contribución con la experiencia de 540 observaciones de la Clínica del Prof. M. Rodríguez López.

A propósito de este trabajo se entabló de nuevo la discusión, sobre los métodos de tratamiento de esta ginecopatía tan común, y que predispone, sin duda, al carcinoma cervical.

Conocemos la opinión de los entusiastas y detractores de la cirugía eléctrica en el tratamiento de estos procesos.

Frente a estas opiniones encontradas, y a nuestra propia experiencia, favorable al procedimiento, sin considerarlo, naturalmente, libre de objeciones, vamos a fijar nuevamente nuestro punto de vista aportando además la valiosa opinión del patólogo de nuestra clínica —que examina bajo el lente microscópico— los conos extirpados, y así mismo en ciertos casos los cuellos uterinos curados de cervicitis, después de este tratamiento en enfermas en las rinos curados de cervicitis, después de este tratamiento en enfermas en las cuales una operación posterior, debida a otra ginecopatía, obligó a la extirpación total del útero.

Consideramos que así el problema se estudia con mayor amplitud y las directivas terapéuticas que se han elegido son la consecuencia de un cotejo de las opiniones de otros autores y de la nuestra apoyada en una importante casuística tamizada a través del tiempo y del control de la observación clínica y anatomo-patológica.

Tenemos la convicción de la necesidad de tratar estos cuellos enfermos en el sitio de infección crónica —que altamente reflectógenos, son fuente permanente de flujo— que inferioriza las pacientes, y las transforma a menudo en estériles porque sus secreciones impermeabilizan el tránsito normal del espermatozoide.

No tenemos dudas sobre la necesidad de tratar estas lesiones cuando surge en el examen ginecológico la convicción de su cronicidad, pero nos defendemos y prevenimos ante el afán de un excesivo intervencionismo, frente a aparentes lesiones irreductibles que un simple tratamiento de reposo sexual

Trabajo de la Cátedra del Prof. M. RODRIGUEZ LOPEZ

—descongestivos locales— y antisépticos, transforman estos cuellos enfermos evitando caer así en excesos terapéuticos que pueden resultar también perjudiciales en el futuro de las enfermas.

Consideramos, pues, que las secuencias del tratamiento de estas cervicitis deben ser las siguientes:

- 1º Un estudio muy cuidadoso de la paciente y de sus antecedentes ginecológicos, particularmente los sexuales.
- 2º Un tratamiento previo descongestivo y por antibióticos —vacuna antiptiógena— proteínoterapia y antisépticos locales.
- 3º En esta etapa es preciso efectuar una selección de los casos para determinar cuáles son susceptibles de simple tratamiento por **el cauterio frío, o la conización eléctrica**, que puede ser precedida de una extirpación de un cono para biopsia con bisturí común, tal como lo preconizan algunos autores, o en ciertos casos las amputaciones más amplias tipo **Stumdorf o Pouey, las cuales pueden realizarse como lo hacemos habitualmente con evidentes ventajas de simplificación de la técnica utilizando el bisturí eléctrico**, que es a nuestro juicio un valioso colaborador del ginecólogo en algunos aspectos, como el que estamos comentando, de la cirugía ginecológica.

De lo expresado, surge claramente que **si bien nos inclinamos a la conización eléctrica en el tratamiento del cuello uterino asiento de una infección crónica, no somos sistemáticos en su elección sino que por el contrario, aceptamos y utilizamos otros métodos según el caso clínico**, exceptuando eso sí, como ya lo hemos expresado en otros trabajos, la electrocoagulación y el cáustico de Filhos, por considerar que son métodos que predisponen seriamente a las graves y a menudo irreductibles estenosis cervicales.

Un análisis detenido de la importante casuística del Servicio y de nuestra propia experiencia con un número importante de casos tratados, en total 580 observaciones, nos ha demostrado el valor de esta técnica que escapa, cuando es bien realizada, a muchas de las objeciones que pueden hacerse a los antiguos métodos de tratamiento de las cervicitis crónicas.

Hacemos especial referencia a nuestro trabajo de reciente publicación donde constan los detalles técnicos de la misma, pero insistimos aquí, que como modo de evitar una importante complicación que puede producirse cuando la técnica utilizada es incorrecta, **es indispensable tener presente, al efectuar la extirpación del cono cervical de respetar indemne el orificio interno del cuello uterino**, el cual, cuando es alcanzado por el ansa eléctrica, determina en la mayoría de los casos una estenosis secundaria del conducto cervical, muy difícil de corregir que determina disalgotomenorrea, trastornos menstruales y esterilidad secundaria.

Dicho lo que antecede vamos a hacer el comentario que el estudio de estos cuellos conizados nos ha ido revelando a la luz del examen detenido de los mismos en cortes histológicos seriados —a través del cual han aparecido junto a las lesiones inflamatorias banales, el pre-neoplasma del cuello, y en dos casos el neoplasma incipiente— que pudo ser tratado con curación total de las enfermas.

ANATOMIA PATOLOGICA DEL CUELLO CONIZADO

¿Por qué cura la conización la cervicitis crónica?

Si nosotros recordamos brevemente la histología del cuello uterino, vemos que su sector epitelial cilíndrico endocervical de revestimiento, llega por arriba hacia la zona ístmica, por la cual se continúa sin límite neto de transición, y hacia abajo, a la altura del exocérvix, se encuentra con el epitelio malpighiano. Este encuentro es brusco, sin transiciones moderadas, y en el cual el epitelio cilíndrico y el malpighiano se encuentran en una zona llamada de transición, afectada de distintos e importantes procesos patológicos, como en seguida veremos. Además, estos elementos celulares se invaginan en el corion, originando las glándulas racimosas del cuello uterino.

El epitelio malpighiano, de aparición brusca en la zona de transición con el epitelio malpighiano vaginal. Un corion denso, en condiciones normales, con abundantes vasos sanguíneos arteriales y venosos, y una importante red linfática, complementan esta estructura, que se pierde sin línea demarcatoria neta, en medio de los haces musculares del cuello uterino.

En el proceso inflamatorio crónico, inespecífico, común de las cervicitis que tratamos, este epitelio, especialmente en su sector endocervical, sufre los siguientes procesos:

- a) Se alarga.
- b) Se profundiza.
- c) Se superficializa.

a) **Se alarga.**— La hiperplasia e hipertrofia inflamatoria, con su multiplicación celular, aumenta la superficie que recubre. Con tal motivo, hacia arriba, desplaza moderadamente la zona ístmica, pero es, sobre todo hacia abajo, donde la zona de transición es empujada y desplazada mucho más allá del orificio cervical externo.

En esta forma, el cuello uterino está muchas veces en un diámetro de $\frac{1}{2}$ cm. o más, recubierto por un epitelio cilíndrico de tipo endocervical, que ha sustituido al malpighiano que normalmente debiera tapizar esa zona.

Las causas por la cuales este alargamiento se produce, son:

Los procesos inflamatorios sobrecargados; al ectropion; la eversión; los traumatismos del parto, o por maniobras; pólipos; gravidez; etc., es decir, se

observa en general un factor predisponente, **sobre el cual se injerta otro factor agravante, el inflamatorio**, que le da al cuadro el aspecto habitual con que el clínico observa este proceso.

b) **Se profundiza.**— Las glándulas de tipo racimosas, en la hiperplasia inflamatoria, se alargan también, adoptando trayectos sinuosos, irregulares, pero dentro de los caracteres simples. En otras oportunidades, este crecimiento proliferativo es más intenso, adoptando formas de tipo adenomatosas, pseudo tumorales. En estos casos, el epitelio cilíndrico mucoso, presenta una activa hipersecreción, que rellena el lumen glandular, volcándose su contenido hacia el canal.

Estas proliferaciones son más intensas, cuanto más abajo están las glándulas. Cuando por el desplazamiento anteriormente dictado, su situación deja de ser endocervical para hacerse exocervical, el proceso se complica aún más, porque la reinfección es la regla, y además el epitelio malpighiano, en la etapa de curación, puede recubrir estos orificios, creando verdaderos fondos de saco, en los cuales se acumula el mucus, y se quistifica la glándula. También se suele observar la metaplasia del epitelio cilíndrico, en escamoso. Metaplasia esta, que puede provenir del epitelio de revestimiento vecino e ir ganando la profundidad de la glándula, a la cual puede, incluso, tapizar totalmente. Esta metaplasia debe conocerse, para no interpretarse, sobre todo en cortes tangenciales, como proliferaciones malpighianas malignas, dado que la inquietud celular en esta zona es muy grande, y puede confundir, incluso, a observadores experimentados (Microfoto N° 1).

Por otra parte, estas metaplasias pueden ser el punto de partida de un epiteloma cervical (Microfoto N° 4).

La colposcopia permite ver estos pequeños orificios glandulares en su desembocadura, tanto cuando lo realizan en medio de epitelio cilíndrico, como en epitelio malpighiano.

Estas glándulas pueden hacerse quísticas, y para ello, se admiten especialmente tres hipótesis:

Una primera, le asignaría al quiste un origen activo, es decir, que facultativamente, la glándula en su crecimiento hiperplásico inflamatorio, pueden hacerlo en forma de proliferación glandular o de proliferación quística, sin que para nada influyera la hipersecreción mucosa que presenta. Es decir, que el mucus jugaría un papel pasivo, y simplemente estaría regulado por el crecimiento del quiste, y de ninguna manera sería la acumulación de mucus la que por distensión dilatará y quistificará una glándula.

Esta manera de ver, se apoya en la observación corriente del excelente estado de las células que las tapizan. Células perfectamente normales, tanto desde su punto de vista nuclear como citoplasmático. Esto también recorda-

ría la proliferación quística del endometrio, realizado por un proceso de actividad celular, y por lo cual es fácil pensar que, siendo el endocérnix y el endometrio, productos de un mismo origen mulleriano, tendría por lo tanto la misma facultad de reaccionar frente a los procesos patológicos. Esta manera de ver, es importante, y de particular interés en el tema que tratamos, y explicaría la rápida reepitelización del endocérnix, una vez realizada la conización.

Estos restos quísticos basales, así como los fondos de saco glandulares residuales, serían los que proveerían de material epitelial, conjuntamente con el endocérnix superior, en el proceso de cicatrización.

Esta propiedad también de recubrir superficies a punto de partida de fondos de saco residuales, es típicamente mulleriano.

En segundo término, los quistes se originarían por dislocamiento del trajecto glandular, a expensas del corion inflamado, congestivo y edematoso. En esta forma, la superproducción mucosa de la glándula inflamada no podría volcarse hacia el exterior, y se retendría, dilatando las glándulas a la manera de quistes.

Y en tercer término, los quistes, especialmente los inferiores, se producirían por una verdadera oclusión de sus orificios de salida por el epitelio malpighiano en el intento de curación del segundo período de Frank.

Estos tres tipos de formación quística, seguramente se combinan en las cervicitis crónicas, puesto que, si bien encontramos quistes con epitelios bien conservados, como lo citábamos en el primer caso, podemos observar también epitelios aplanados y comprimidos, a causa de la retención.

Los quistes pueden ser muy pequeños, medianos o grandes, incluso gigantes, alcanzando en oportunidades hasta 3 cms. de diámetro, como en este caso que presentamos.

Pueden ser superficiales o profundos, estando en estos casos en contacto con el tejido muscular, y cuando el quiste en su crecimiento desplaza los otros tejidos del cuello, puede formar él solo, la mayor parte del labio cervical. El contenido, en general, es mucoso, filante, citrino. En algunas oportunidades, purulento. A veces, hemorrágico. Pueden ser altos, en las proximidades del istmo.

Estos quistes, quedan siempre en la cura de conización, porque en general, el ansa no llega hasta arriba, y no debe llegar, para no destruir la funcionalidad del orificio cervical interno.

Pueden agruparse a lo largo del canal endocervical, o ser bajos, transparentando su contenido y su forma, a través de la visión con el espéculo.

En general, los quistes bajos y los superficiales medianos, así como los profundos, son eliminados en su mayor parte durante la conización. Son, por otra parte, los más importantes y los más frecuentes.

Cuando un cuello uterino presenta una cantidad de quistes de más o menos gran tamaño, aumentando considerablemente el cuello, está lógicamente fuera de las indicaciones de la conización.

c) **Se superficializa.**— A raíz del proceso inflamatorio, el epitelio endocervical hiperplasiado, adopta una estructura papilar, finamente polipoide, revelable en muchas oportunidades, macroscópicamente. Cuando este crecimiento se realiza en el endocérnix desplazado, alrededor del orificio cervical externo, se observa una proliferación finamente papilar, que sangra con facilidad, y que corresponde a pequeñas papilas constituídas por un corion que presenta un eje conjuntivo vascular, en general muy congestivo, recubierto por un epitelio cilíndrico secretante mucoide (Microfoto N° 2).

Conjuntamente con el elemento epitelial de revestimiento cilíndrico maligno y glandular, tenemos que considerar el tejido intersticial y vascular del cuello.

Cuando el proceso es agudo o sufre reagudización, el tejido intersticial está edematoso, con elementos conjuntivos móviles y exudación linfocitaria, y plasma celular o a predominio de polinucleares, según la intensidad y la vejez del proceso.

Cuando la cervicitis persiste, estos elementos conjuntivos jóvenes, van hacia la esclerosis y la fibrosis con hialinización, endureciendo e hipertrofiando el cuello. Los vasos, al principio congestivos, terminan por esclerosarse; sus paredes aumentan de espesor, con disminución de la luz, fijándose en el conjuntivo peri vascular.

Es importante recordar que estos vasos esclerosados pueden sangrar con facilidad en la caída de la escara.

Igualmente se observan lagunas vasculares venosas y linfáticas, sobre todo cuando coexiste además una congestión pélvica.

Además, pequeños vasos de granulación se observan habitualmente en las cervicitis que persisten. Todo esto, nos hace pensar en la facilidad con que pueden sangrar todos estos vasos, especialmente, al caer la escara.

Por lo tanto, el cirujano, deberá extremar los cuidados en este período, cuando el patólogo le informe que además del proceso inflamatorio, hay una profunda alteración del sector vascular.

¿Qué toma el ansa de conización en su corte?

En su corte, el ansa debe realizar una sección neta y nítida, sin producir grandes quemaduras en los tejidos vecinos, y sobre todo, presentar cuatro caracteres que nos parecen fundamentales para el buen éxito de esta terapéutica.

1º) **El corte debe ser uniforme**, regular, sin resaltos, es decir, que su espesor a distintas alturas, debe ser igual. Si es posible, realizando en un solo tiempo, para evitar irregularidades que lógicamente se producen al reiniciar el corte, en nueva oportunidad.

2º) **El corte debe ser suficientemente profundo**.— Con esto queremos decir que creemos suficiente un corte que pase por la parte profunda del corion, que puede traer algunos haces musculares, pero nunca más allá. **Creemos que la persistencia del corion en sus partes vecinas al músculo, favorece la reepitelización, y no perjudica el posterior mecanismo del parto en sus etapas de borramiento y dilatación.**

Una sección muy profunda, con gran componente muscular, destruye zonas muy difíciles de regenerarse posteriormente.

3º) **Debe ser lo suficientemente alto**, sin que esto signifique la llegada del ansa hasta la zona ístmica, que debe conservarse; pero a la vez, se debe prestar preferente atención a la altura del proceso, recordando que no todos los cuellos tienen la misma longitud, por lo cual, a igualdad de cortes, en un caso puede quedar corto, y en otro, resultar exagerado.

4º) **En la parte baja, el corte debe llegar hasta el epitelio malpighiano sano**. Frecuentemente, el corte pasa por dentro de esta zona, dejando el epitelio cilíndrico enfermo, la zona de transición y el epitelio malpighiano próximo, zona de gran inquietud celular, que deb examinarse siempre, con vistas a una probable transformación maligna, y por que otra parte, estos epitelios enfermos, dificultan la rápida y buena curación.

En el corte, el ansa toma un **sector epitelial de endocérvix**, cilíndrico que puede ser papilar, glandular hiperplásico, secretante, mucoso, quístico, etc.

Un sector de epitelio exocervical malpighiano, en el cual pueden verse procesos de erosión, ectropion, eversión, ulceración, etc.

En el sector intersticial, el corion se presenta congestivo, edematoso y eventualmente fibroso.

En el sector vascular, como ya vimos, se presenta con procesos de vascularitis productivas y fibrosas, que llegan en parte a la oclusión de la luz. Vasos de neo formación y lagunas vasculares y linfáticas.

¿Por qué cura la conización?

En la cura existe una regeneración del epitelio endocervical alto, regeneración a punto de partida de los fondos glandulares y de los fondos quísticos, con epitelios activos.

Existe además, una regeneración del epitelio malpighiano, a punto de partida de las zonas sanas que marchan al encuentro de la proliferación cilíndrica multifocal, y hay una regeneración, finalmente, del tejido conjuntivo

vascular, proveniente del corion mucoso residual y del tejido conjuntivo vascular vecino.

Todo esto hace que la cicatrización por segunda, sea armónica y restituya a su primitivo sitio, a la mucosa endocervical hipertrofiada, y devuelva a su lugar primitivo el epitelio malpighiano desplazado.

El ginecólogo, en su sección con el ansa, al eliminar parte de los sectores patológicos, pone a los tejidos epiteliales y conjuntivos en óptimas condiciones para su cicatrización.

En una palabra, regulariza tejidos enfermos, favoreciendo su reparación.

Apresura el proceso natural de curación de la cervicitis, que Frank esquematizara en tres etapas:

- 1ª **etapa.**— Erosión y necrosis del epitelio cilíndrico y malpighiano, desplazado.
- 2ª **etapa.**— En la primera etapa de curación, el epitelio cilíndrico cubriría las zonas necrosadas, invadiendo el sector malpighiano destruido.
- 3ª **etapa.**— En la segunda etapa de curación, el epitelio malpighiano, creciendo, desplaza al epitelio cilíndrico que había invadido su territorio, llevándolo al sitio que normalmente le corresponde, obteniéndose así el equilibrio que significa la curación, y que resulta, en definitiva, de esta lucha de epitelios (Microfoto N° 3). Pero, habitualmente esta lucha no termina, sino que se mantiene por factores hormonales, traumáticos, inflamatorios, todo lo cual hace que este tipo de proceso, persista casi indefinidamente.

Al realizarse la conización, se apresura la segunda y tercera faz del proceso anteriormente descrito, obteniéndose así la curación definitiva.

Tal es, a grandes rasgos, la consideración anátomo-patológica que nos merece la cervicitis, a través de la terapéutica, mediante la conización eléctrica.

COMENTARIO FINAL

De lo expresado surge la importancia fundamental del tratamiento de las lesiones residuales del cuello uterino por la trascendencia de las mismas, y por los graves peligros a que está expuesta la mujer portadora de ellas.

Hemos dado las razones clínicas con la debida confirmación del estudio de los tejidos extirpados, de por qué hemos elegido para el tratamiento de esta ginecopatía a la cirugía eléctrica recurriendo a las distintas técnicas que pueden emplearse, y poniendo un particular acento en la conización eléctrica, **que la consideramos una operación segura, de técnica simple, bien reglada, y que cumple con la finalidad para la cual fue propuesta.**

Agregamos además, que cuando esta técnica se realiza con precisión, **no predispone al aborto o parto prematuro, porque respetado el orificio interno, no se produce la incompetencia secundaria del cuello uterino.**

Durante el parto si existieran sinequias cervicales, lo que no es constante, estas son laxas y fácilmente liberadas por el obstetra tratante, sin provocar distocias cervicales serias.

RESUMEN

En este trabajo se concreta nuestro criterio en el tratamiento de la cervicitis crónica, con el apoyo de una importante casuística, señalándose en él la importancia que le concedemos a la cirugía eléctrica, y en especial a la co-nización eléctrica del cuello uterino.

En apoyo de nuestras preferencias por esta técnica se realizan una serie de consideraciones clínicas, y anatomo-patológicas deducidas de la evolución de las enfermas intervenidas, y del estudio detenido de los cortes histológicos de los conos extirpados.



FIG 1

El estudio histopatológico enseña una zona en el que el epitelio cilindrico mucoso sufre una metaplasia, con hiperplasia e hipertrofia de la zona basal. Esta metaplasia penetra en partes en el canal glandular. Inflamación crónica del corion.

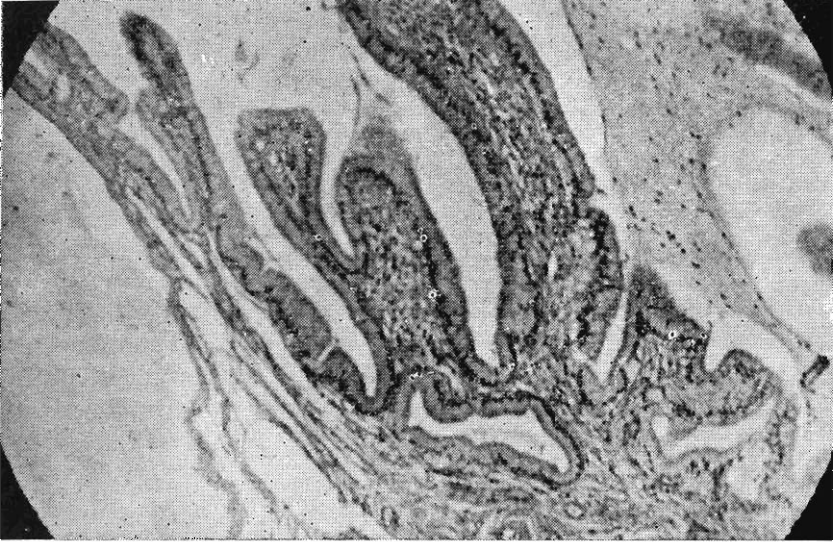


FIG. 2

Enseña una endocervicitis papilar con hipersecreción mucóidea. Infiltración linfocitaria del corion.

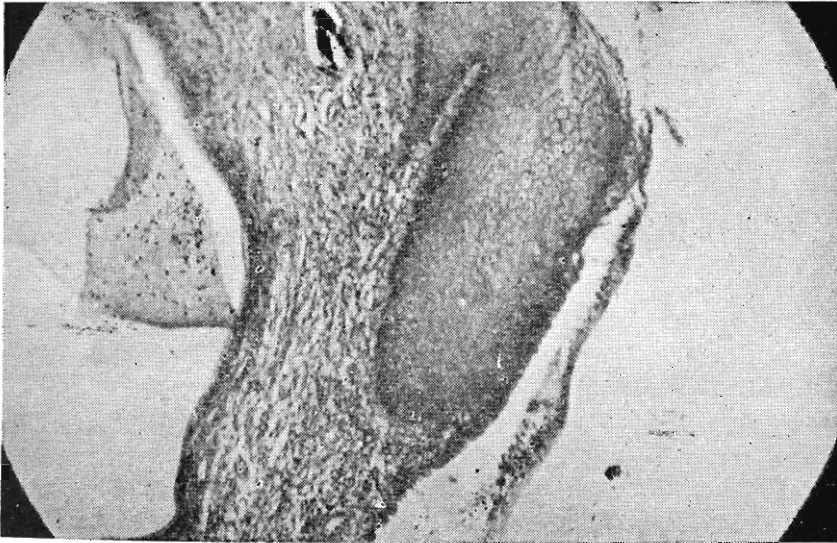


FIG. 3

Véase en esta foto la proliferación del epitelio malpighiano que invade por debajo del epitelio cilíndrico, al que desplaza y finalmente sustituye en la segunda etapa de curación. Inflamación crónica del corion. Huevo de Naboth subyacente.

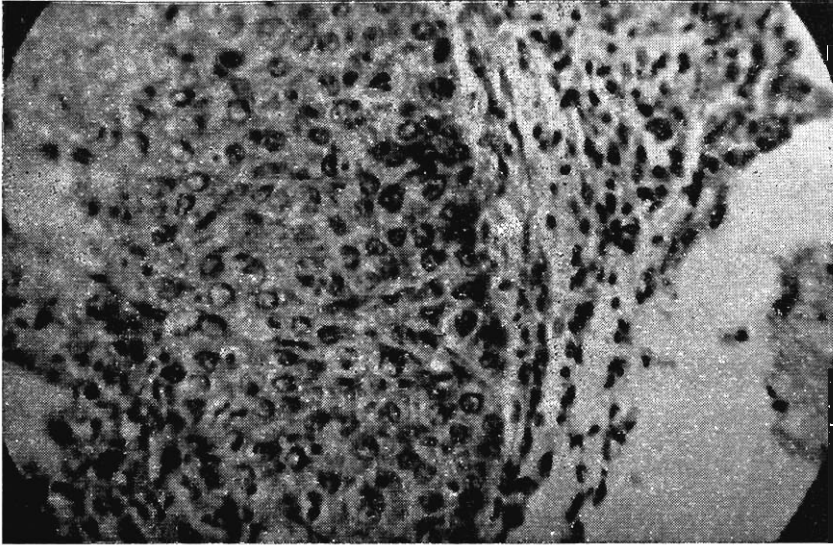


FIG. 4

Aspecto de intensa hiperplasia epitelial malpighiana, en que las células tienen un crecimiento desordenado, con pérdida de su estratificación y atipias individuales, configurando un carcinoma de grado 0.