

CITODIAGNOSTICO Y ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LOS CUELLOS AMPUTADOS EN LAS OPERACIONES DE PROLAPSO GENITAL

Dr. ABELARDO HERRERA CALMET (*)

El material que ha servido para la realización de este trabajo corresponde al Pabellón 5, Sala 2ª del Hospital A. Loayza.

Ambrosio Paré, en 1510 fue el que sugirió la posibilidad de la amputación del cuello uterino y la recomendó como tratamiento del cáncer cervical.

Tulpio, en 1610 y F. Osiander en 1801 practicaron esta operación con éxito. Posteriormente J. Lisfranc, en Francia da gran impulso a esta cirugía a tal punto que se generalizó y se practicaba aun en los casos más banales, desgraciadamente debido a técnicas inadecuadas y a falta de recursos eficaces las enfermas morían por hemorragia o por lesiones de órganos internos. Con los métodos autoplásticos preconizados por Heger y perfeccionados por Simón, Markwald, Schroder y en 1916 por Sturmdorf, la amputación del cuello es, en la actualidad, una operación exenta de peligro.

La amputación del cuello como un tiempo importante en el tratamiento del P.G., fue señalada por Marión Sims en 1866. Donald en 1888 describió una técnica operatoria, que fue practicada por los cirujanos de Manchester durante muchos años y modificada posteriormente por Fothergill. La operación de Donald-Fothergill más conocida con el nombre de Manchester, tiene como tiempo obligado en el tratamiento del P.G., la amputación alta del cuello uterino, sin tener en cuenta la edad, la posición social ni embarazos posteriores de la paciente. Esta conducta ha sido impugnada por varios autores como Mayer, Toyar, Rozat, Musset, Hunter, Telinde, Fisher y otros, teniendo en consideración la importancia del cuello en la concepción, durante el embarazo y en el parto y al hecho que su realización indiscriminada en mujeres jóvenes trae como consecuencia distocias graves, abortos a repetición y partos prematuros, recomendándose en los prolapsos con hipertrofia de cuello y en lesiones que sean consideradas potencialmente malignas. Otros autores como Palmer, Herbet y Halban están de acuerdo en que la amputación de cuello debe realizarse en toda operación de prolapso. En nuestro servicio, para amputar el cuello, como tiempo en la cura quirúrgica del P.G., tenemos en consideración la edad, los embarazos posteriores y las lesiones sobreagregadas que pudiera tener.

(*) Hospital Arzobispo Loayza. Pab. 5 - II Sala 28 XII 1960.

Material y Método

En los últimos cinco años (1955-1959), se han internado en el Pab. 5 sala 2º, 2,183 ginecópatas, de las cuales 609 o sea el 27,89% eran portadoras de P.G., de éstas han sido operadas 554 lo que representa el 90.96% de enfermas que han recibido tratamiento quirúrgico. (Cuadro N° 1).

C U A D R O N° 1

Relación por años de Ginecópatas y P.G. asistidos. Su porcentaje Prolapsos operados

Años	Ginecópatas	P.G.	Porcent.	P. ope.	Porcent.
1955	444	124	27,92	106	
1956	410	113	27,56	105	
1957	442	127	28,74	121	
1958	449	127	28,29	114	
1959	438	118	26,94	108	
Total	2.183	609	27,89%	554	90.96%

De las 554 operadas a 251 o sea el 45.31% se les hizo amputación del cuello. (Cuadro N° 2).

C U A D R O N° 2

Relación de Prolapsos operados y amputación de cuellos practicados

Año	P.G. oper.	Amputt. prct.	Porcentaje
1955	105	45	42,45%
1956	105	57	54,28%
1957	121	56	46,28%
1958	114	49	42,98%
1959	108	44	40,74%
Totales	554	251	45,31%

En el cuadro N° 3 hemos consignado el tipo de prolapsos genitales de que eran portadoras estas enfermas, así como también las lesiones clínicas que el cuello presentaba. Observamos que en los casos de P.G. de III grado

hay mayor incidencia de amputaciones siguiéndole en orden de frecuencia los prolapsos de II grado. La cervicitis crónica fue la lesión más frecuentemente encontrada.

C U A D R O N° 3

Tipos de P.G. en los que se hizo amputación del Cuello

P.G. de I grado	14
P.G. de II grado	65
P.G. de III grado	133
Cistocèle de II gr. Hiper del cuello	37
Prolapso del muñón cervical	2
TOTAL	251

Aspectos clínicos del cuello

Cervicitis crónica	251
Pólipo cervical	28
Desgarro del cuello	30
Elongación hipertrófica del cuello	60
Desgarro perineal	251

El tipo de operaciones practicadas así como la edad en que se realizaron lo resumimos en el cuadro N° 4 y observamos que la operación más ejecutada ha sido la de Manchester con un total de 232 casos y un porcentaje de 92,82%.

La mayor frecuencia en lo que se refiere a edad está entre los 50 a 60 años con 82 casos, siguiéndole la edad de 40 a 50 años, es decir enfermas menopáusicas o premenopáusicas. La operada de menor edad tenía 21 años y la de mayor edad 84 años.

En el cuadro N° 5 hemos agrupado los resultados del citodiagnóstico y señalamos que hubieron 233 casos con Papanicolau células tipo II; uno con células tipo III o sea dudoso y en 17 no se hicieron. En el mismo cuadro observamos los resultados histopatológicos de los cuellos amputados y vemos que la cervicitis crónica es la afección más frecuente, luego un caso de cáncer in-situ y un caso de cáncer epidermoide infiltrante.

C U A D R O N° 4

Relación de Oper. en los que se amputó cuello uterino

Manchester	233
Curtis	8
Halban	2
Colpocclisis total	4
Spalding Richardson	2
Cura quirúrgica	1
Le Fort	1
TOTAL	251

Edad en que se practicaron

Años	N° de casos
20 — 30	20
30 — 40	48
40 — 50	53
50 — 60	86
60 — 70	37
70 — 80	6
80 — 90	1
TOTAL	251

C U A D R O N° 5

Resultado del Citodiagnóstico

Papanicolau	N° de Cas.
Células tipo II	233
Células tipo III	1
No se hicieron	17
TOTAL	251

Resultados histopatológicos de los cuellos amputados

Cerv. crónica	249
Cáncer in situ con infiltración glandular	1
Cáncer epidermoide infiltrante Bro. III	1
TOTAL	251

En el cuadro N° 6 resumimos las variedades de cervicitis crónicas halladas al examen histopatológico. Por último vemos la relación del citodiagnóstico y biopsia previa en los casos de cáncer diagnosticados en los cuellos amputados. Observamos en que el caso de cáncer in-situ el citodiagnóstico fue tipo III y el resultado de la biopsia cervicitis crónica. En el caso del cáncer infiltrante el citodiagnóstico fue de tipo II y la biopsia previa dió cervicitis crónica con hiperqueratosis e hiperplasia basal.

CUADRO Nº 6

Variedad de cervicitis crónica

Cer. Crónica	175
Cer Cró. Con Quistes de Naboth	32
Cer Cró. con metaplasia epidermoide	19
Cer. Cró. con met. epi. y Q. de Naboth	6
Cer Cró. con acantosis	6
Cer. Cró. ulcerada	3
Cer Cró. con leucoplasia	2
Cer Cró. con pólipo	2
Endocervicitis	2
Exocervicitis	1
Cer Cró. con queratosis e hiper. basal	1
TOTAL	249

Citodiagnóstico y biopsia de cuello
en los cánceres encontrados

	Papanicolaou	Biopsia cerv.
Cáncer in situ	III	Cer Cró.
Cáncer infiltrante	II	Cer. Cró. Hiperqa. hiper. basal.

En nuestra serie de 234 citodiagnósticos negativos se descubrieron al examen histopatológico del cuello amputado, como tiempo complementario en el tratamiento quirúrgico del P. G. dos cánceres, los que nos da un porcentaje de 0.86% de citodiagnósticos falsos negativos.

Los casos de cáncer presentados con citodiagnósticos y biopsia previa negativos asociados a P. G. son sumamente interesantes por dos motivos: 1º— Por que el cáncer en los prolapsos genitales es sumamente raro como lo afirman la mayoría de los autores, entre ellos Bellosso, Malpas, Meigs, Corscaden, Ahumada, C. Zuckermann, Dutra y Díaz Bazán. Macías Torres en su trabajo sobre P. G. refiere "que es muy raro observar un cáncer en un P. G. y que

la mayor parte de autores que comprueben un caso de coincidencia semejante se creen en el derecho de publicarlo".

En 2º lugar tenemos que referirnos al hecho de que los 2 métodos principales de diagnóstico de cáncer tales como el Papanicolau y la biopsia han sido falsos negativos. Creemos que se deban a mala técnica en la toma del frotis, a muestras insuficientes o a profundidad de la lesión cancerosa.

Campos R. de C. Jorge y Rodríguez Walter en un estudio de 51 casos de cáncer in situ, descubiertos en 4 años (1952-1956) en el I.N. de Enfermedades Neoplásicas y en los que se realizó el citodiagnóstico en 45 casos, los resultados fueron positivos en 37; sugestivos de malignidad pero no concluyentes en 4 y negativos en 4, lo que da un porcentaje de 9% de citodiagnósticos falsos negativos.

Gordillo Delboy, en un estudio de despistaje con el citodiagnóstico, en 482 enfermas y realizado en el Consultorio externo de ginecología del Hospital Loayza el año 1951, encuentra un porcentaje de 2.3% de Papanicolau falsos negativos.

Te Linde en 2.321 frotis y biopsias, encuentra un 0.73% de falsos negativos y un 3.3% de frotis dudosos.

Edward H. Soule y David C. Dahlin, en un estudio del cáncer preclínico con el citodiagnóstico, en la Clínica Mayo (1948 a 1957), encuentran que de 77.743 citodiagnósticos negativos, 17 fueron falsos negativos cuando se descubrió el cáncer por medio de la biopsia.

Muchos autores reportan biopsias negativas con citodiagnóstico positivo, sobre todo en los casos de despistaje del cáncer preclínico; así en la serie de Foote y Stewart, la biopsia de 4 cuadrantes sólo descubrió 25 de los 27 casos por ellos estudiados. Campos Rey de Castro y Rodríguez W. en su estudio realizado sobre 51 casos de cáncer in-situ, en 4 la biopsia por sí sola no alcanzó el cáncer endocervical, por lo que recomiendan además de la biopsia del cervix un curetaje endocervical y endometrial y si no es revelado el cáncer realizar la conificación del cuello para hacer un estudio completo y descubrir el cáncer y su extensión (in-situ o infiltrante). E. H. Soule y D. C. Dahlin, durante 1956 a 1957 encontraron 15 biopsias de cuello negativas con citodiagnóstico positivo, confirmándose cáncer con el estudio seriado del cuello extirpado por conización en frío.

Estos hechos demuestran que el citodiagnóstico y la biopsia, como dice Te Linde, no son métodos en competencia sino que son complementarios y que utilizados con inteligencia, se cometerán menos errores en el diagnóstico del cáncer cervical aun en los casos más incipientes.

El citodiagnóstico positivo en un frotis debe ser confirmado por la biopsia en 4 cuadrantes y si ésta resultara negativa deberá procederse a la conificación del cuello uterino para su estudio integral.

Un citodiagnóstico negativo nunca debe tomarse como resultado de-

finitivo si se sospecha clínicamente la presencia de proceso maligno del cuello, los frotisis deberán repetirse y los cervix serán sometidos a biopsias o conificación para llegar a saber en forma segura si existe o no cáncer en él.

Un resultado dudoso en el frotis indica que debe repetirse y tomarse biopsias o conificación del cuello porque como dice Soule y Dahlin en el 50% de estos casos existe cáncer.

RESUMEN

609 enfermas o sea el 27,89% del total de ginecópatas internadas de 1955 a 1959 en nuestro servicio, fueron portadoras de P.G. 554 (90,96%) fueron intervenidas quirúrgicamente y a 251 de éstas se les hizo amputación alta del cuello como un tiempo en el tratamiento del P.G.

La mayor incidencia de amputaciones recaen sobre los P.G. de III gr. (53%). La edad más frecuente en que se amputó el cuello está entre los 40 a 60 años (54%). La operación más realizada ha sido la operación de Manchester con 233 casos (93%).

El citodiagnóstico fue negativo en 233 enfermas, en uno dudoso y a 17 no se les hizo.

El resultado histopatológico de los cuellos amputados fue de 249 cervicitis crónicas y dos cáncer: uno in-situ y uno infiltrante, los que nos da un 0,86% de citodiagnósticos falsos negativos.

Creemos que estos resultados se debieron a mala técnica en la toma del frotis, a muestra insuficiente o a la profundidad de la lesión cancerosa.

Estamos convencidos que el citodiagnóstico es un método de gran valor en los despistajes y que debe ser confirmado por la biopsia o conificación del cuello en casos de resultados positivos o dudosos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—AHUMADA, J. C.: El Cáncer Ginecológico (El Ateneo) Buenos Aires, Argentina, 1953, Tomo I. Págs. 400-401.
- 2.—AHUMADA, J. C.: Tratado Elemental de Ginecología. 3ra. Edición, 1952.
- 3.—BELLOSO, ROGELIO: Prolapso Genital. (Imp. Augusta), Montevideo, Uruguay, 1945 Pág. 31.
- 4.—BOTELLA, L.: Enfermedades del aparato genital femenino, 4ª Ed. Ed. Científica. Barcelona, 1957.
- 5.—CAMPOS R. de C., JORGE y RODRIGUEZ, WALTER: Cáncer in-situ del cuello, Ginecología y Obstetricia, Vol. II. N° 2, Junio 1956. Lima-Perú.
- 6.—CORSCADEN, JAMES A.: Gynecology cancer (Thomas Nelson y Sons) N. York. U.S.A. 1951 Pág. 108.
- 7.—DIAZ BAZAN, N.: Prolapso uterino y cáncer del cuello. Archivos del Colegio Médico de El Salvador. Vol. 5, N° 1, Pág. 15-35. Marzo 1952. San Salvador. El Salvador.
- 8.—DUTRA, LICINIO H.: Prolapso de útero o cáncer de colo. Obstetricia y Ginecología Latino Americana. N° 5, Mayo 1944. Buenos Aires, Argentina.
- 9.—GORDILLO DELBOY, R.: Cáncer uterino. Método Papanicolaou. Ginecología y Obstetricia, Vol. I. N° 1, Setiembre 1955. Lima-Perú.
- 10.—GRAHAM, HARVEY: Historia de la Cirugía. Tr. Barcelona. Ed. Iberia, 1942.
- 11.—HALBAN, J.: Técnica Ginecológica, 2ª Ed., Buenos Aires, Ed. Alpe. 1951.
- 12.—HERVET, E. y Colaboradores: Suites éloignees des amputations du col pour allongement hypertrophique, Bull. Fed. Soc. Gyn. et D' Obst. Vol 8. Pág. 59-63. 1956.
- 13.—LEONARDO, R.: Historia de la Ginecología. Barcelona, Salvat Ed. S.A., 1948.
- 14.—MALPAS, P.: Genital Prolapse and allied conditions (Grune y Stratton) N. York, U.S.A., 1951. Pág. 61.
- 15.—MEIGS, J. V.: Tumors of the Female Pelvis Organs (The Mac Millian Co.), N. York, U.S.A. 1934. Págs. 5 y 22.
- 16.—TORRES RICALDE, NORA: Amputaciones quirúrgicas del Cervix, Tesis de Bachillerato. 1958. Lima-Perú.
- 17.—ZUCKERMANN, CONRADO: Cáncer del cuello uterino y Prolapso genital. Ginecología y Obstetricia. Vol. III, N° 2. Junio 1957. Lima-Perú.
- 18.—EDWARD H. SOULE and DAVID C. DAHLIN: Citodetection of preclinical carcinoma of cervix, 10 years. Experience with Initial Screening and Repeat cervical smears. Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic. Vol. 34, N° 1. Rochester. Minn. Wed. Jan 7 1959.

