

VALOR TERAPEUTICO DE LA CONIZACION EN EL CARCINOMA CERVICAL INCIPIENTE Y DISPLASIAS

CARLOS J. CASTELLANO (*), HERNAN BERNEDO y LUIS CANALES P.

EL criterio para el manejo ideal del carcinoma in situ cervical ha experimentado una evolución gradual. Esto ha sido causado principalmente por un mejor conocimiento de la historia natural del carcinoma cervical y por la mayor experiencia adquirida para diagnosticar eficazmente etapas intraepiteliales de esta enfermedad.

La histerectomía es el procedimiento generalmente aceptado como tratamiento definitivo del carcinoma in situ cervical (1, 2, 3). En los últimos años, varios investigadores (4, 5) han puesto en discusión la necesidad de una terapia definitiva en cada caso. La conización, la amputación cervical, la cauterización y ocasionalmente una simple biopsia han resultado adecuadas en ciertas circunstancias. Sin embargo, estos procedimientos conservadores siempre han sido disculpados, aduciéndose que se hacía una excepción porque la paciente era joven, de baja paridad o de mal riesgo quirúrgico. Younge (6) en 1956 observó que "un tratamiento conservador en pacientes con carcinoma in situ, adecuadamente evaluado, es un procedimiento seguro que se puede intentar y que puede curar la enfermedad con preservación de la función reproductiva en un alto porcentaje de casos". Younge, sin embargo, considera a la histerectomía como tratamiento de elección.

Nosotros, revisando nuestra serie de carcinoma in situ por un lado y las conizaciones frías por otro, hemos observado en el transcurso de 13 años lo siguiente:

- 1º Un grupo grande de casos que tuvieron biopsia cervical y posteriormente conización fría.
- 2º Cierta número de casos de "carcinoma in situ" diagnosticados por biopsia y que emitiendo la conización han tenido tratamiento definitivo, es decir, histerectomía.

(*) Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

- 3º Un tercer grupo de pacientes con carcinoma in situ y con displasias cervicales que sólo tuvieron conización como medio diagnóstico y que por diversas razones fue la única medida terapéutica.
- 4º Por último, también hemos observado otro grupo de pacientes portadores de cáncer in situ y de carcinoma micro-invasivo que tuvieron conización, seguida de una histerectomía ampliada o radical, respectivamente.

Hemos creído conveniente estudiar estos diferentes grupos de pacientes y tratar de responder las siguientes preguntas:

- ¿Es la conización fría un procedimiento necesario en el manejo del carcinoma in situ?
- ¿Han sido estos pacientes expuestos a un riesgo innecesario?
- ¿Qué evolución han seguido cuando se ha usado sólo conización como tratamiento definitivo?
- ¿Cuál ha sido la eficacia de la conización en relación a la patología integral del cervix?
- ¿Es la histerectomía una necesidad terapéutica en todo caso de carcinoma in situ, o es posible individualizar el tratamiento?

MATERIAL DE TRABAJO

En el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, desde junio de 1952 a enero de 1954, tuvimos 27 casos de carcinoma in situ histerectomizados después de haber sido diagnosticados sólo por biopsia cervical. Las conizaciones se comenzaron a practicar casi rutinariamente desde enero de 1954, habiéndose realizado 370 conos hasta enero de 1963. De este total, 283 habían tenido biopsia previamente. Hubo un grupo de pacientes que el estudio seriado del cono reveló carcinoma incipiente; 64 casos de in situ y 14 casos de lesiones discretamente infiltrantes, que luego tuvieron histerectomía ampliada o radical. Hubo un segundo grupo de pacientes formado por 23 casos de cáncer in situ que por alguna circunstancia habían tenido como tratamiento sólo conización; de este grupo, sólo 11 casos han tenido control periódico adecuado por un período de 3 a 11 años. Por último, hemos estudiado un tercer grupo de 77 pacientes con displasia cervical que tuvieron como tratamiento definitivo conización, habiendo sido adecuadamente controladas sólo 41 de este grupo, por un lapso de 3 a 10 años.

Evaluación diagnóstica comparativa de la biopsia y cono frío cervical

En un trabajo efectuado por nosotros (7) durante el año pasado hemos podido apreciar (ver cuadro N° 1) que la biopsia negativa en 147 casos falló en el 19% de los casos que fueron diagnosticados como displasias o carcinoma incipiente por el cono frío. La biopsia que reveló displasia en 74 casos, falló en el 23% de los casos que mediante el cono revelaron ser carcinoma incipiente. Por último, la biopsia positiva para carcinoma in situ en 62 casos, falló en el 16% de los casos que resultaron ser carcinoma discretamente infiltrante por el estudio del cono.

Resumiendo, de los 283 casos que tuvieron biopsia y cono, la biopsia diagnosticó 62 casos de carcinoma in situ, en cambio, el cono diagnosticó un total de 74 casos de carcinoma cervical incipiente, o sea, que el porcentaje de falla de la biopsia en relación al cono ha sido de 16.3% en nuestra serie, incidencia semejante a la hallada por Maisel (8) y colaboradores, que es del 15%.

Estudio histológico de úteros extirpados con el diagnóstico de carcinoma in situ efectuado sólo por biopsia

En el cuadro N° 2 podemos ver que 27 casos de carcinoma in situ tuvieron histerectomía sin previa conización. En un caso de este grupo se encontró cáncer infiltrante en el estudio del útero, diagnóstico que probablemente hubiese sido obtenido con la conización.

Evolución del carcinoma in situ y displasias post-conización

En el estudio que hemos efectuado de la evolución de 52 casos de carcinoma in situ y displasias (ver cuadro N° 3) diagnosticados y tratados conservadoramente mediante conización y después de una observación periódica de los cérvices residuales en un lapso de 3 á 11 años, hemos encontrado que de los 11 casos de carcinoma in situ, ninguno ha desarrollado carcinoma y 2 casos han revelado displasia (6 meses y 3 años después del cono). De los 41 casos de displasias, ninguno ha desarrollado carcinoma; sólo un caso ha vuelto a revelar displasia 6 años después del cono y en los restantes 40 casos, los controles cito-histológicos han permanecido negativos entre 3 y 10 años.

Cáncer residual en úteros extirpados post-conización

En el cuadro N° 4 apreciamos la eficacia del cono cervical en 78 casos de carcinoma cervical incipiente que tuvieron histerectomía post-conización. De

64 casos de carcinoma in situ diagnosticados por cono, en ninguno se encontró lesión cervical más avanzada en el útero extirpado y sólo en el 15.6% de los casos se halló cáncer in situ residual; por el contrario, en el 84.3% de los casos no se encontró neoplasia residual. De los 14 casos de carcinoma discretamente infiltrante diagnosticados por cono, en dos casos se encontró cáncer francamente invasivo y en otros dos casos sólo discretamente infiltrante, lo que hace una incidencia de 28.4% de cáncer residual post-cono; por otro lado, en el 71.4% no se encontró carcinoma.

Resumiendo, de los 78 casos de carcinoma incipiente, el cono fue acertado en 76 casos, o sea en el 97.5% y sólo en dos casos falló en diagnosticar toda la lesión (2.5%) la que fue encontrada en el útero extirpado posteriormente.

S U M A R I O

En este trabajo hemos tratado de investigar si la conización fría es un procedimiento necesario en el manejo del carcinoma in situ, para lo cual hemos hecho una evaluación comparativa de la biopsia y cono frío cervical en 283 casos.

Asimismo, se ha tratado de ver si los pacientes con carcinoma in situ son expuestos a un riesgo innecesario cuando sólo son tratados conservadoramente mediante una conización, o cuando se omite ésta y la biopsia se pasa directamente al tratamiento definitivo, histerectomía.

También hemos evaluado la eficacia terapéutica de la conización mediante el estudio de la incidencia de cáncer residual en 78 casos de carcinoma cervical incipiente que tuvieron histerectomía post-conización.

C O N C L U S I O N E S

- 1º Consideramos que la conización fría es un procedimiento en lo posible obligatorio en todos los casos de carcinoma in situ, pues constituye el mejor medio de descarte de lesiones invasivas.
- 2º Estimamos que la histerectomía en casos de carcinoma in situ sin cono previo representa un riesgo para la paciente.
- 3º Sostenemos que la conización constituye un procedimiento terapéutico eficaz y muy valioso en un buen número de pacientes con carcinoma in situ, siempre y cuando haya control periódico posterior.
- 4º Consideramos que la histerectomía ampliada a vagina previo descarte de lesiones invasivas es el tratamiento de elección para el carcinoma in situ.
- 5º Por último, estimamos que es posible individualizar el tratamiento del carcinoma in situ previo estudio minucioso de un cono cervical adecuado.

CUADRO Nº 1

EVALUACION DIAGNOSTICA Y COMPARATIVA DE LA BIOPSIA Y CONIZACION FRIA CERVICAL
(283 Casos)

DIAGNOSTICO POR CONO FRIO

	Cervicitis	Displasia	Carcinoma In situ	Carcinoma discretamente infiltrante	Carcinoma invasivo preclínico
BIOPSIA NEGATIVA					
(Cervicitis)	119 (80.9%)	16 (10.8%)	10 (6.8%)	2 (1.4%)	0 (0 %)
147 casos					
BIOPSIA SOSPECHOSA					
(Displasia)	46 (62.1%)	11 (14.8%)	3 (4. %)	3 (4. %)	4 (5.4%)
74 casos					
BIOPSIA POSITIVA					
(Ca. In situ)	13 (20.9%)	4 (6.4%)	35 (56.4%)	10 (16.1%)	
62 casos					
Total 283 casos	178	31	55	15	4

CUADRO Nº 2

CARCINOMA IN SITU

ESTUDIO HISTOLOGICO DE 27 UTEROS EXTIRPADOS QUE NO TUVIERON CONIZACION PREVIA

Diagnóstico Histológico del útero	Nº de Casos	Porcentaje
Cáncer In situ residual	25	92.6 %
Negativo	1	3.7 %
Cóncer Infiltrante	1	3.7 %

CUADRO Nº 3

CONIZACION CERVICAL

EVOLUCION DE 52 CASOS DE CARCINOMA IN SITU Y DISPLASIAS POST-CONIZACION

CARCINOMA IN SITU (11 casos)

Control cito-histológico post-cono	Nº de Casos
Negativo	9
Displasia	2
Carcinoma In situ	0

DISPLASIA CERVICAL (41 casos)

Negativo	40
Displasia	1
Carcinoma In situ	0

CUADRO N° 4

CONIZACION CERVICAL

CANCER RESIDUAL EN 78 CASOS DE CARCINOMA INCIPIENTE QUE TUVIERON HISTERECTOMIA POST-CONIZACION

Diagnóstico en el cono	N° de Casos	Diagnóstico en el útero extirpado	N° de Casos	Eficacia del cono en Porcentaje
		Cervicitis	50	78.1 %
Cáncer Cervical In situ	64	Cáncer In situ	10	15.6 %
		Displasia cervical	4	6.2 %
Cáncer cervical discretamente infiltrante	14	Cervicitis	10	71.4 %
		Cáncer discretamente infil.	2	14.2 %
		Cáncer infiltrante	2	14.2 %
	78			

SUMMARY

283 cases of carcinoma in situ of the cervix are investigated to establish the value of conization in its diagnosis and treatment. Conization in this series, constitutes the best procedure for diagnosis of invasive lesions and should be preferently used as a guide to the individual treatment.

Hysterectomy without previous conization as practiced in 27 cases is held as a risk to the patient while the conservative approach with conization alone followed by adequate control renders excellent therapeutic results. However, hysterectomy extended to vagina remains the procedure of choice.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CARTER, B., CUYLER, K., THOMAS, W. L., CREADICK, R., and ALTER, R.: *Am. J. Obst. and Gyn.* 64 : 833, 1952.
- 2.—GALVIN, G. A., JONES, HOWARD W., Jr. and TE LINDE RICHARD, W.: *J. A. M. A.* 1949: 744, 1952.
- 3.—PETERSEN, O.: *Am. J. Obst. and Gyn.* 72 : 1063, 1956.
- 4.—BOYD, J. R., ROYLE, D., FIDLER, H. K., and BOYES, D. A.: *Am. J. Obst. and Gyn.* 85 : 322, 1963.
- 5.—KRIEGER, J. S., MC CORMACK, L. J., BRADLEY, V. F.: *Am. J. Obst. and Gyn.* 86 : 120, 1963.
- 6.—YOUNGE P. A.: *Third Nat. Cancer Conference Proceedings*: 682, 1956.
- 7.—CASTELLANO CARLOS, J.: *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*: XI : 13, 1965.
- 8.—MAISEL, FREDERICK J. y colab.: *Am. J. Obst. and Gyn.*: 86 : 931, 1963.