

Mayor mortalidad en los casos con antecedentes de isoimmunización, sobre todo cuando habían sufrido transfusiones inadecuadas y presentado fetos muertos por isoimmunización, sin que se observara concordancia entre gravedad del caso y título de Coombs indirecto de la madre.

Reducción de la mortalidad al provocar el parto, sobre todo en los casos en que se hizo antes de la trigésimoséptima semana y por cesárea.

Entre los fetos muertos anteparto, porcentaje elevado que lo hacen antes de la trigésimoséptima semana.

Cifra de exanguino-transfusión del 84 por ciento alta, con consecuente baja cifra de segunda exanguino-transfusión de 3 casos, 5,1 alta.

Comprobación que la concordancia de grupos entre madre e hijo es muy frecuente en los casos de isoimmunización grave.

---

*Sesión del día 9 de diciembre de 1965*

### **MESA REDONDA SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

con la participación de los siguientes doctores:

#### **COLPOSCOPIA**

DRES. J. RODRÍGUEZ-SORIANO, J. M.<sup>a</sup> USANDIZAGA POMBO

#### **COLPOCITOLOGIA**

DRES. S. DEXEUS TRÍAS DE BES, R. FAUS PASCUCHI

#### **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

PROF. E. GIL-VERNET, DR. M. MÁRQUEZ RAMÍREZ

*Coordinador:* DR. L. GUILERA VALLHONRAT

DR. A. MIRET MONTSERRAT. — Nuestro agradecimiento a la ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA por haberse dignado inaugurar las sesiones académicas de esta Delegación. Debo también dar las gracias a la Caja de Ahorros que nos facilita este local, y al Director de la Clínica del Niño Jesús y al Dr. FUSTER, que también ha sido el promotor de que esta reunión se celebrara en nuestra ciudad. Nada más. Muchas gracias.

DR. CARCELLER BLAY. — Tenemos el gusto de reunirnos hoy aquí, en Sabadell, para celebrar la primera sesión foránea de la ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. No hay que decir que agradecemos profundamente al doctor MIRET, Delegado de la Academia de Ciencias Médicas en esta ciudad, todas las facilidades que nos ha dado para que nos podamos reunir aquí, y además por la cantidad de atenciones extraordinarias que han tenido con nosotros, algunas de las cuales no hace mucho hemos podido comprobar directamente.

Vamos a celebrar una Mesa redonda sobre un tema siempre actual, y hoy más actual que nunca, cual es el "*Diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino*". Precisamente, al reunirnos en una sesión foránea, nos ha parecido que este tema era muy adecuado, porque en estos momentos todos andamos empeñados en hacer estos diagnósticos precoces y en divulgarlos. Hemos procurado obtener la colaboración de distinguidos asociados nuestros para realizar dicho cometido, para lo cual hemos escogido las personas más adecuadas en estos momentos para hablar de estos temas.

Se ha dividido el tema en sus aspectos parciales, de los cuales se encargarán el Dr. DEXEUS TRÍAS DE BES, Jefe de la Sección de la lucha contra el cáncer del Instituto Provincial de Maternidad; el Dr. FAUS PASCUCHI, Jefe de la Sección de Colpocitología del Servicio del Prof. CÓNILL del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; el Dr. RODRÍGUEZ-SORIANO, Director del Servicio de Ginecología del Hospital del Sagrado Corazón; el Dr. JOSÉ M.<sup>a</sup> USANDIZAGA POMBO, Prof. Adjunto de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología que dirige el Prof. USANDIZAGA; el Dr. MÁRQUEZ RAMÍREZ, Jefe de Anatomía Patológica del Servicio del Prof. CÓNILL; y el Prof. E. GIL-VERNET, Catedrático de la especialidad. Coordinará la sesión el Dr. GUILERA VALLHONRAT, médico numerario del Instituto Provincial de Maternidad.

Confiamos que lo que nos dirán nuestros compañeros será de utilidad para todos. Al final de su exposición, podrán los presentes referirse a los asuntos que consideren capitales, pero además se dará una oportunidad para que todos puedan exponer las dudas o preguntas, en forma escrita, al final de la exposición general. Dicho esto concedo la palabra al doctor GUILERA, quien dirigirá este debate.

DR. GUILERA VALLHONRAT. — En calidad de coordinador, me cabe el placer de presentar el problema tan inquietante y apasionado como es el "*Diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino*". Voy a empezar estas palabras con la frialdad de unos números: A principios de siglo la causa de mortalidad por cáncer ocupaba el séptimo lugar; en la actualidad la causa de muerte por cáncer ocupa el segundo. En una supuesta población de tres mil trescientos millones de habitantes, dos millones quinientos

mil padecen cáncer, y de estos dos millones quinientos mil, quinientos mil mueren por cáncer. KUCKERMANN, en Méjico, ha estudiado muy bien el asunto y encuentra veinte mil personas afectas de cáncer de útero y de estas veinte mil, cuatro mil mueren al año. Es difícil saber lo que ocurre en España; no así en otros países en los cuales es obligada la declaración sanitaria de esta enfermedad. Por otro lado, si el cáncer de cuello es tratado en sus primeras etapas da un alto promedio de curación definitiva. El descubrimiento oportuno del cáncer de cuello constituye, por ahora, el mejor recurso para reducir sus consecuencias fatales. Poco podemos hacer como profilaxis del cáncer, como no sea el tratamiento oportuno de las lesiones benignas. Sabido es que el cáncer de cuello en las primeras etapas es asintomático y, por tanto, nuestra labor debe ser buscarlo, descubrirlo pronto, ya que así es el único medio de curarlo. BOTELLA, emplea el término "rastreo". El diagnóstico precoz ignorado debe ser considerado como un error diagnóstico —palabras de BOURGER—. Los esfuerzos de todos los ginecólogos se han polarizado en el diagnóstico precoz. Para ello disponemos por ahora de los siguientes medios: la citología, la colposcopia y la anatomía patológica. Los observadores de la OMS empiezan a notar una disminución de cáncer de cuello en los países que se preocupan de su diagnóstico precoz. Con la citología exfoliativa, la búsqueda del cáncer de cuello se simplificó. Este método podrá ser discutido, pero no se puede negar su valor diagnóstico. Sabido es su alto porcentaje de error que puede oscilar, según MONTALVO, del 6 al 14 por ciento. En Estados Unidos se ha utilizado en grandes masas de población. Así, por ejemplo, en el estado de Nueva York, el 35 por ciento de mujeres adultas han sido sometidas a este medio de exploración. Datos parecidos pueden obtenerse en algunas regiones de Rusia y del Canadá. La colposcopia de HINSELMAN y la microcolposcopia de ANTOINE son otros de los medios de que disponemos, que si bien se les admite un porcentaje de error muy elevado, no por eso deben despreciarse. En la actualidad, nadie pretende diagnosticar un cáncer por este solo medio de exploración, en sus primeras etapas. La anatomía patológica es la que tiene la última palabra. El porcentaje de error es el mismo, pero hay que tener presente que para realizar biopsia de la anatomía patológica hay que sospechar la presencia del cáncer de cuello con la citología, y colposcopia podrá orientar la biopsia. En la actualidad se está muy lejos de llegar a un acuerdo sobre lo que es una lesión precancerosa. ¿Cuáles son los factores que pueden considerarse culpables de tales lesiones? Poco sabemos del tiempo que tardan en evolucionar hasta convertirse en malignas, y tampoco el porcentaje de las que regresan sin tratamiento, así como los motivos de su rápida o lenta evolución, su estabilización o regresión. Es de suponer que en fechas sucesivas, gracias a una investigación firme y colectiva, se aclararán estos conceptos. Las mujeres más afectas de cáncer

de cuello son las de bajo nivel económico, las que están afectas de enfermedades venéreas. Nunca la situación económica de una enferma puede influir en la bondad y la calidad de las atenciones que se les deben prestar. ¿Cuáles son los resultados que se pueden esperar de una campaña contra el cáncer de cuello? Según RUBIN, suponiendo que se dispone de todos los medios y recursos del concurso de ginecólogo, citólogo, colposcopista, histólogo, hay que sospechar que, a pesar de una buena organización y de que se haga saber a todas las mujeres la necesidad de que se sometan a exámenes pertinentes, muchas no se enterarán, otras dudarán, otras irán a una sola exploración y no volverán a ulteriores reconocimientos a pesar de la posible existencia de sus lesiones. Estas eventualidades tienen necesariamente que suceder en todo tipo de campaña que se realice sobre una gran masa colectiva. Es un problema de educación sanitaria, tan necesaria en la afección que tratamos. Ello no tiene que hacer mella en el interés del médico y poner en esta lucha el máximo empeño. No debemos tener resignación ni ser pesimistas, sino, al contrario, poner todos los medios necesarios para la obtención del diagnóstico precoz, condición indispensable para una buena lucha contra el cáncer.

Ahora, siguiendo el orden en que aquí se hallan, vamos a ceder la palabra al Dr. RODRÍGUEZ-SORIANO, quien *nos hablará de la colposcopia*.

DR. RODRÍGUEZ-SORIANO. — Realmente el tiempo de que disponemos para exponer nuestra disertación es tan breve, que poco podemos decir en cinco minutos. Ante todo quiero decir que el cáncer es una enfermedad que puede evitarse. Esta es la idea mía personal. Ahora: ¿Cómo puede evitarse teniendo un conocimiento distinto a lo que el cáncer de la mujer significa? Hasta ahora hemos perseguido cánceres en fases avanzadas, y nos hemos conformado en llegar a diagnosticar cánceres en fases que no eran tan avanzadas para practicar una exéresis más o menos amplia. Pero a medida que los conocimientos han ido progresando, estamos viendo que descubrimos el cáncer en las fases iniciales. Pero lo que es aún más importante es que estamos ya en las fases de descubrir pre-cánceres. Días atrás exponía una pequeña estadística de las dos mil historias que yo he recogido en el Servicio de Ginecología que dirijo. Y en estas dos mil historias encontramos, a la colposcopia, una serie de imágenes de epitelios atípicos. Epitelios atípicos que no son cancerosos, pero que corresponden a mujeres en edades mucho menores en las cuales aparece el cáncer. Después encontramos cánceres en fase incipiente, cánceres en fases más avanzadas y cánceres en fase ya desagradable. Y es triste pensar que muchas veces los cánceres en fase desagradable han pasado por las consultas del Seguro de Enfermedad, han pasado por las consultas del médico de medicina general que, por carecer de una base informativa suficiente, en vez de hacer explorar aquellas enfermas ha administrado unas medica-

ciones que no debía dar. Por tanto, debemos decir que realmente debe cambiar nuestro conocimiento respecto a cómo debemos explorar a nuestras enfermas, y que hoy en día es inexcusable. Es una falta clínica de caridad hacia el prójimo el no hacer una exploración del cuello uterino en una mujer a partir de cierta edad, o, sobre todo, si aquella mujer presenta algún síntoma que pueda llamar la atención hacia la existencia de un posible cáncer; es decir, esto es taxativo. Lo crean o no, el estado actual de nuestros conocimientos es éste: que el cáncer, a medida que progresen nuestros conocimientos, podremos evitarlo porque los factores irritativos sobre el cuello uterino determinan lesiones epiteliales, y estas lesiones epiteliales, en ciertas mujeres, predispondrán a que aparezca el cáncer.

Yo debo hablar aquí sólo de colposcopia y de ella podemos decir que consiste en ver el cuello a gran aumento, con buena iluminación, lo que el ojo no aprecia a simple vista, y poder descartar lo que el ojo no puede descartar, o sea el porcentaje de enfermas que tienen rojeces que no son nada. Esto es lo importante. Y después de dedicar la atención a aquel porcentaje que tienen lesiones que pueden ser algo, practicarles una citología de contacto, practicarles una biopsia, demostrar si aquello que estamos viendo a la colposcopia es maligno o no y actuar sobre las lesiones pre-cancerosas, evitando que progresen, haciéndolas desaparecer con una cirugía que cada vez, a medida que sea más eficaz, será menos ampliada, porque a medida que la cirugía será realmente más inicial, el médico con menos exéresis y con menos traumatismo obtendrá el mismo resultado.

En dos mil enfermas, hemos encontrado, por ejemplo, a la visión colposcópica, 16 leucoplasias, 6 bases, 24 mosaicos, 53 manchas rojas y 7 imágenes vasculares; es decir, cifras que tienen interés.

Para encontrar al cáncer hay que explorar un grupo importante de enfermas que no tienen nada y tropezar con una que puede tener algo sospechoso, y entonces analizar, estudiar y biopsiar aquella enfermedad (se pasan varias fotografías de colposcopia).

Es decir, sólo presentar que la colposcopia constituye hoy en día un método de exploración ineludible en la lucha contra el cáncer, para el caso en que el cáncer no pueda verse a simple vista, puesto que cuando es visible poco se va a poder hacer sobre él. El cáncer debe magnificarse con aparatos de iluminación y esta magnificación permite luchar contra él en relación a la citología y también en relación a la confirmación que la dará la biopsia en último término.

DR. FAUS PASCUCHI. — Al hablar de *citología*, vamos a prescindir de la estadística y de una serie de aspectos de los que hablará el Dr. DEXEUS, y diremos únicamente dos cosas: una, los criterios generales que definen una malignidad citológica, y otra, el aspecto típico, que es el que nos interesa más hoy, el cáncer incipiente, el cáncer *in situ* visto en citología.

Como la citología es el estudio de la célula, la malignidad en citología tendrá características propias en el núcleo, otras en el citoplasma y otras de conjunto. Las características de malignidad propias del núcleo serán una serie que vamos a relatar ahora: la primera de ellas es la anisocariosis o la anisonucleosis; es decir, en un frotis con células cancerosas, uno de los hechos que llaman generalmente la atención es la disparidad de tamaños entre los distintos núcleos que aparecen en el frotis. Hay un gran pleomorfismo, una gran variedad de aspectos. Así como en el frotis corriente el núcleo normal es ovalado o redondo, aquí hay gran variedad de formas. Formas de núcleo dentadas, formas globulares, formas nodulares, formas estrelladas, etc.

Un hecho muy importante consiste en la alteración de la cromatina, que se caracteriza porque puede haber un núcleo hipocromático o hiper-cromático. En general suelen ser hiper-cromáticos y con una cromatina muy irregular; es decir, formando grandes bandas, grandes grumos, o pegada la cromatina a los bordes de la membrana nuclear. Es muy importante el hecho de aparecer en el mismo frotis células hiper-cromáticas al lado de otras células hipocromáticas, núcleos grandes muy teñidos, otros pequeños poco teñidos y a la inversa. Otro hecho, que yo creo tiene un valor extraordinario, es la pérdida de relación núcleo-citoplasma. Esto, en unas preparaciones que veremos luego, lo apreciarán más claro; es decir, en la célula normal la distancia entre el borde de la membrana nuclear y el borde de la membrana celular debe ser mayor que el diámetro máximo del núcleo. En cambio, en la célula maligna, como el núcleo crece más de lo que crece el citoplasma y el citoplasma no suele modificarse, esta relación se invierte, con lo que la distancia membrana nuclear-membrana celular queda mucho menor que el diámetro mayor del núcleo. Otra característica típica es la aparición de nucleolos, que los verdaderos no deben confundirse con los grumos de cromatina más o menos gruesos. El grumo de cromatina, con la tinción de la hematoxelina se tiñe de un color violeta oscuro, un color negruzco. En cambio, el nucleolo verdadero se tiñe de rojo. Se ven nucleolos muy aumentados, nucleolos, incluso más de uno; en un solo núcleo se pueden ver más de dos e incluso tres.

La aparición de mitosis, aunque en citología es muy raro que se vean mitosis, dado que la mayoría de cánceres, aunque haya mitosis muy cerca de superficie no suelen llegar completamente hasta la superficie y no suelen descamarse, tiene un valor muy relativo. Otro hecho muy frecuente es la multinucleación, que como también se suele dar en células endocervicales ciliadas, por ejemplo, se puede dar en procesos inflamatorios degenerativos benignos, pues no tiene tampoco mucho interés. Creo que tiene más interés el conjunto de todos ellos en un solo frotis que un hecho determinado de los que hemos citado.

Las anomalías citoplasmáticas por sí solas nunca definirán una

malignidad. El citoplasma nunca dirá esta célula es maligna, ya que lo que siempre nos da la malignidad es el núcleo. Dentro de las características citoplasmáticas podemos ver una anisocitosis; es decir, células de muy distintos tamaños. Un gran pleomorfismo, células en forma estrellada, en forma de araña, en forma de fibra, células en renacuajo, según el tipo de malignidad que haya, si bien debemos recordar que células benignas, completamente benignas, pueden tener también estas formas, o sea que esto nunca nos definirá una malignidad. Otra característica muy típica es la vacuolización; aparecen grandes vacuolas en el citoplasma, que incluso pueden modificar las células hasta tal punto que pueden hacerse totalmente irreconocibles. Otra característica de menor importancia es que puede haber marcados cambios en la tinción; células que habitualmente son basófilas y se tiñen de azul, en caso de malignidad se teñirán de rojo.

Dentro de las anomalías generales del aspecto general del frotis, debemos recordar que los frotis malignos en general son frotis sucios, o sea que las células cancerosas siempre van acompañadas de un cortejo de leucocitos, de histiocitos, de hematíes en gran cantidad, y esto pues es un hecho también adicional, sobre todo en casos de duda.

Se ha hablado también de que dentro de los frotis malignos hay gran incidencia de frotis estrogénicos. Nosotros, concretamente en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, hemos encontrado en la mayoría de adenocarcinomas, un hiperestronismo muy marcado, o sea el frotis muy hiperestrogénico. Ahora, en otros tipos de malignidad no lo hemos visto.

Concretándonos al cáncer *in situ*, o sea el primer grado de malignidad, el frotis se caracteriza porque en él aparece la típica célula del cáncer *in situ*. Esta célula es la célula que RUTH GRAHAM llama la célula maligna del tercer tipo: epitelio escamoso. Es una célula de capa basal, redondeada u ovalada, con un núcleo típicamente maligno y con la inversión del cociente núcleo-citoplasma del que hemos hablado antes. Debe diferenciarse de la célula discariótica, que es la que caracteriza la displasia. Porque la célula discariótica es también de este tipo con núcleo maligno, pero que conserva la relación núcleo-citoplasma, o sea con citoplasma benigno. Esta célula es de capa basal. No debe extrañar que aparezcan células basales porque todos conocemos la estructura del cáncer *in situ* en que la capa basal prácticamente en todo cáncer *in situ* es a expensas de estas células, y es muy característico del cáncer *in situ* el que sólo exista este tipo de célula maligna, o sea si en el frotis sólo existe este tipo celular, podremos decir que es un cáncer *in situ*, porque en los cánceres más avanzados invasores siempre suele haber otras células más indiferenciadas o células de otros tipos que no se dan en el cáncer *in situ*. Una característica bastante corriente, si bien no es norma, es que el frotis suele ser más limpio, mucho más limpio que el del cáncer invasor.

Las características de la célula, concretamente del cáncer *in situ*, son realmente una repetición de lo que hemos dicho, o sea que la estructura nuclear es un cromatina irregular con grandes bandas y grupos, exactamente como hemos dicho antes; la posición del núcleo es central, la forma nuclear también puede ser redoneada, puede ser ovalada, puede ser irregular en gran multitud de formas con escotaduras, entrantes, y pérdida absoluta de la relación núcleo-citoplasma. La forma de la célula es redonda u ovalada, en general, porque en citología no hay regla fija, porque siempre "en general es esto", "en general es lo otro". El aspecto del citoplasma es corriente como en una célula basal, que puede ser vacuolado y la coloración puede ser rosada o azul-verdosa (se pasan varias proyecciones de células de cáncer *in situ*).

DR. SANTIAGO DEXEUS JR. — La citología y la colposcopia constituyen los dos métodos exploratorios clásicamente considerados como útiles en el diagnóstico precoz del carcinoma exocervix.

No somos partidarios, en absoluto, del uso exclusivo de uno solo de ellos, sino que, como la mayoría de los autores, creemos necesaria la utilización conjunta, colposcopia-citología-anatomía patológica, que es lo que nosotros realizamos.

Sin embargo, hay que reconocer que la citología es el medio cuya aplicación resulta más fácil en el diagnóstico de grandes masas de población, por las razones que más adelante consideraremos.

*Justificación de una campaña citológica de diagnóstico precoz.* — Nada mejor, para juzgar acerca de la necesidad de un procedimiento, como el calibrar los resultados con él obtenidos. Así, BRYANS y colaboradores han podido observar que la incidencia de carcinoma en las mujeres sometidas a revisiones periódicas era del 0,34 por mil, mientras que en las pacientes no revisadas ascendía al 3,2 por mil.

Sin embargo, las campañas de rastreo, o revisión sistemática de la población femenina, suelen fracasar por diversos motivos. Entre éstos, los más importantes son, en nuestra opinión, los siguientes:

1. *Insuficiente apoyo económico:* Debe conseguirse la necesaria ayuda material para subvenir al mantenimiento y perfeccionamiento de un equipo de lucha contra el cáncer.

2. *Actitud negativista de la población:* La enfermedad neoplásica encierra todavía un contenido "mítico-punitivo", siendo considerada por la mayoría de la población como un "mal" irreparable, ante cuya progresión cualquier recurso terapéutico resulta ineficaz. Cáncer es una palabra "tabú", que desencadena una huida, una tendencia "a esconder la cabeza", a lo cual se une, en el caso concreto de las mujeres, un pudor mal entendido. Una acertada propaganda puede lograr un positivo cambio de actitud por parte del público. WAKEFIELD aconseja fundamentar cual-

quier tipo de campaña dirigida a un público heterogéneo, en el optimismo; es decir, debe hacerse hincapié en el hecho de la posibilidad de curación del cáncer, en el caso de realizarse un temprano diagnóstico de la enfermedad. Una propaganda basada en el temor o la amenaza puede resultar contraproducente acentuando la cancerofobia o escepticismo de la población.

3. *La indiferencia del médico*: Llegamos aquí al punto capital de nuestra argumentación; creemos que en la indiferencia del médico estriba en gran parte el fracaso del diagnóstico precoz.

FERNÁNDEZ RUIZ, en una reciente publicación, destaca el negativo papel que la abulia de médicos de familia y comadronas (con su indiscutible influencia sobre la vida de la mujer española), desempeñaba en los resultados de las campañas de rastreo.

Pero este escollo no es privativo de nuestro país; así, STANLEY WAX se lamenta de parecidas dificultades y considera que los internistas son los verdaderos artífices del rastreo ginecológico.

*Organización de un rastreo citológico*. — Con la citología podemos soslayar los tres obstáculos anteriormente citados.

La organización de un rastreo sobre amplias zonas de la población no es caro. Además, al incluir en la campaña a los médicos generales, comadronas y ginecólogos, les inducimos a tomar una parte activa en la lucha, obteniendo ellos una información valiosa sobre su paciente que de otra forma desconocerían, información emitida por un Centro impersonal que, por consiguiente, no captará en absoluto la enferma por ellos estudiada.

Para conseguir esta "impersonalidad", requisito obligado si se quiere contar con la verdadera colaboración del médico, la toma citológica es realizada por el propio médico de la cabecera, comadrona o ginecólogo, quien, por correo, remite la preparación al Centro de Lucha contra el Cáncer. El diagnóstico citológico se envía al médico o comadrona colaborador, informando no sólo sobre el estado morfológico de su enferma, sino también sobre el equilibrio hormonal de la misma.

El Centro de Lucha contra el Cáncer debe disponer también de unas unidades propagandísticas, formadas por un equipo móvil de asistentes sociales que periódicamente recorran las poblaciones o barrios en que se cuente con personal médico-sanitario-colaborador, para informarse acerca de la marcha de la campaña, a la vez que realicen pequeñas conferencias de divulgación.

Todo el personal sanitario dispuesto a colaborar con el Centro de Lucha contra el Cáncer recibirá espátulas y pipetas, líquido fijador de las extensiones, impresos, cartulinas y sobres para el envío del material.

El frotis debe realizarse, a ser posible, bajo control visual del cuello con espéculo y con la espátula de Ayre. Si no se dispone de un espéculo

o se trate de una virgen, la toma con pipta de Papanicolaou, aunque no tan perfecta, también puede cumplir la misión requerida.

Hay que procurar que la extensión sea uniforme, sin pasar dos veces por la misma zona; la fijación no exige ningún cuidado especial, y el envío, tan sólo no olvidarse del sello.

*Resultados.* — Vamos a comentar los resultados que hemos obtenido con la Citología, advirtiendo que en nuestro Servicio el rastreo se realiza sobre enfermas obstétrico-ginecológicas que concurren a la Maternidad por otro motivo y en las que en todas, además, se ha practicado colposcopia sistemática.

Sobre 2.850 citologías, obtenidas en diez meses de actuación, se emitieron 27 diagnósticos de malignidad (tabla I).

TABLA I

## CENTRO DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Citologías realizadas . . . . .	2.850
Diagnósticos malignidad . . . . .	27

Los cánceres descubiertos por la labor de rastreo y por tanto asintomáticos, fueron 12. De éstos, 7 tenían un diagnóstico citológico de malignidad; es decir, el 58,3 por ciento de los carcinomas se hubieran descubierto con sólo la citología, pero algo más de un 40 por ciento hubieran pasado desapercibidos y gracias a la unión colposcopia-citología fueron detectados con el primer medio (tabla II).

TABLA II

Cánceres descubiertos por la labor de Screening . . . . .	12
Con diagnóstico citológico de malignidad . . . . .	7

El capítulo de "errores" de la citología, como clásicamente se realiza, lo dividimos en falsos negativos, 5 casos, y falsos positivos (tabla III). Los falsos negativos no tienen gran valor, pero sí los falsos positivos, que suman 3 casos. En dos de ellos concurren las clásicas atenuantes del error citológico: descamación glandular, atrofia, cervicitis. En el tercero la histología dio una "displasia simple". La enferma era una antigua ovariectomizada, con menopausia quirúrgica y alteraciones colposcópicas (base) de su portio.

TABLA III

## ERRORES DE LA CITOLOGÍA (sobre 2.850 frotis)

Falsos positivos	3	Erosión y cervitis Hiperplasia atípica Displasia simple
	0,10 %	
Falsos negativos	5	Microcarcinoma Carcinoma Microcarcinoma Carcinoma "in situ" Carcinoma
	0,17 %	

El error citológico tiene aquí poca justificación; esperamos que en el futuro consigamos reducir estos falsos positivos a un número inferior todavía.

No quiero concluir esta breve comunicación sin agradecer la labor de los doctores CARRERA, CASANELLES y PALACÍN, quienes tanto entusiasmo manifiestan en su tarea cotidiana, así como al cuerpo auxiliar citotécnico, cuya anónima ocupación diagnóstica tiene un valor inapreciable.

DR. USANDIZACA POMBO. — Antes de hablar de *colpomicroscopia* vamos a referirnos a lo que esto es. La *colpomicroscopia* es la aplicación de un microscopio directamente sobre la superficie del cuello uterino. Los microscopios normales permiten ver, debido a que la luz atraviesa la preparación. En *colpomicroscopia*, se plantea el problema de que nosotros vemos *in vivo* el cuello. Aquí la luz marcha paralelamente al haz de visión y vemos una determinada zona, que permite ser observada con aumentos que oscilan según se cambie el ocular. Son aumentos de 140, 260. Con estos aumentos vemos la célula como unidad aislada y las relaciones que mantiene ésta con su vecindad. Nos permite ver la superficie de la célula, lo cual es muy importante. Es así porque nos va a permitir (en el caso de diagnosticar las células con características malignas) decirnos si va a ser un carcinoma *in situ*, o un carcinoma invasivo. La *colpomicroscopia* necesita primero una tinción del cuello. En la tinción del cuello se pueden aplicar toda clase de colorantes; de todos los que hemos probado, el azul de tuluidina es el más sencillo; se disuelve al 0,5-1,0 por ciento (no tiene que ser con precisión matemática) en agua destilada. El detalle es interesante, porque el cloro que lleva el agua de Barcelona estropea los colorantes. De esta manera podemos ver los límites celulares y

las características nucleares. Si se hace un examen sin tinción previa del cuello nos ofrece la visión de los vasos y es muy curioso el ver como los elementos formes de la sangre circulan a través de estos posibles vasos existentes en el cuello uterino. Con la tinción, vemos las características de la célula. En realidad, en el caso concreto del diagnóstico de cáncer uterino, vamos a servirnos de los mismos criterios de malignidad que usamos en citología corriente; nos va a interesar la polimorfía, la policromasia, los fallos en el límite de la célula, la aparición de núcleos grandes, la de mitosis, la distribución irregular de las células, o sea del mismo modo que frente a una preparación citológica, apreciamos los siguientes detalles: El borde de la superficie que estamos examinando, si la superficie es limpia, si la superficie es sucia, si es plana o tiene aspectos irregulares. Vamos a ver si existe un tejido conjuntivo papilar o no. La polimorfía, la policromasia, el propio límite de la célula, los detritus, la existencia de células inflamatorias, la incidencia de discariosis y la incidencia de mitosis.

Admitimos colposcópicamente dos tipos de carcinoma: un carcinoma tipo 1, es el más frecuente. Se presenta una superficie de una forma coherente, las células con estas características de malignidad, pero en una zona de áreas con límites precisos. Alrededor encontramos una célula con núcleo mucho menor, de una tinción positiva en la que no hay frecuentes policromasias ni plimorfias, no parecen ser malignas o como máximo discarióticas. Y entonces, en un área que se delimita perfectamente, incluso tenemos que mover el tornillo micrométrico para poder enfocar, encontraremos las células malignas: núcleo gordo, borde irregular, en fin todo lo dicho hasta ahora. Y luego, junto a eso, encontraremos otro tipo de carcinoma; serán islotes de células carcinomatosas que se encontrarán en una zona de ectopia, puede ser una zona con inflamación crónica con destrucción del epitelio cúbico y allí en medio vamos a encontrar esta zona maligna. En cambio, en estas células ya no existe la limitación precisa, célula del tipo de núcleo pequeño, célula de tipo de núcleo grande.

Quizá la colpomicroscopia, uno de los fallos que tiene es que no nos permite hacer el diagnóstico de cáncer invasivo o cáncer *in situ*. Se podría pensar en éste, cuando la superficie es lisa y la del epitelio es plana. En cambio, en el carcinoma invasivo tendría características contrarias y habría un mayor predominio de detritus. En realidad esto no son más que apreciaciones subjetivas. Va a ser mejor que veamos unas preparaciones (se pasan unas proyecciones de colpomicroscopia).

La realidad es que es un método prácticamente utilizado por personas aisladas. ANTOINE es quien lo desarrolló, quien lo llevó a la práctica en Viena, y son escasos los autores que han trabajado sobre este método. Por eso no se puede hablar negativamente del método, dado que existe

poca experiencia acerca de él, pero si nos atenemos a los resultados publicados por diversos autores, vamos a resumir diciendo que son defensores entusiastas del método porque con la ayuda y colaboración de la colposcopia y la citología consideran que se descubre mayor número de enfermas portadoras de un cáncer. En fin, esto es lo que a *grosso modo* se puede resumir en cinco minutos.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — En cuanto a la parte de Anatomía Patológica de las fases precoces del carcinoma de cuello, me ha correspondido la misión de explicar rápidamente las características del carcinoma *in situ* y del microcarcinoma, o sea, de las fases precoces del carcinoma de cuello; es decir, del conjunto que se llama el carcinoma preclínico.

Carcinoma *in situ*, carcinoma intraepitelial, preinvasivo, superficial, que de todas maneras ha sido denominado, consiste en aquella lesión que desde el punto celular es igual que el carcinoma invasor, pero que queda limitada al epitelio superficial sin que exista penetración de la neoplasia a través de la membrana basal, o sea que éste es un concepto de cáncer distinto al que se tenía antiguamente, en el que solamente se decía ser carcinoma cuando invadía, y no es de extrañar que hubiera sus más y sus menos y sus luchas cuando WALTER SCHILLER y ROBERT MEYER, en el año 1926, establecieron este concepto y encontraron una serie de oposiciones por parte de patólogos muy competentes que decían no ser carcinoma si no existía invasión agresiva del epitelio maligno. No vamos a entrar ahora en la intimidad patológica del carcinoma *in situ* como carcinoma. Si en la Mesa Redonda surge el tema ya hablaremos sobre el particular, pero esto nos llevaría muy lejos.

Carcinoma *in situ* es, por consiguiente, cuando la lesión neoplásica queda limitada al epitelio, sin penetración en la basal, y como se comprenderá tiene que existir, debe existir, y era lógico que existiera, una fase intermedia entre esta lesión limitada al epitelio superficial y el cáncer clínico del tipo I de la Sociedad de Naciones, en el que la lesión queda limitada al cuello. Así se estableció el concepto de carcinoma invasor, incipiente, invasivo, precoz o, como le llamó MESOWERDT, microcarcinoma. Ahora bien, los límites del microcarcinoma son muy ambiguos. Para cada uno de los autores existen límites diferentes, de modo que, así como el diagnóstico de carcinoma *in situ* queda bien establecido, cuando no existe penetración del epitelio maligno por la basal, el límite microcarcinoma, o sea cuando haya una invasión precoz del estroma varía mucho de unos autores a otros. Incluso ha habido alguno, como LIMBOURG, quien dice que hasta un centímetro de profundidad se puede considerar microcarcinoma, pero no cabe duda que ha sido demasiado amplio. MESOWERDT, que fue el creador del término, consideraba microcarcinoma aquel caso en que superficialmente no pasaba de 13,4 mm y en profundidad de

1,7 mm. En fin, esto, como se verá en algunas observaciones que vamos a proyectar, es muy aleatorio, porque además existen problemas de cuándo realmente empieza la invasión, porque todo el problema viene de la afectación glandular por el cáncer intraepitelial epidermizando las glándulas del epitelio maligno y entonces, claro, nos quedamos en la duda de si realmente ya es microinvasor o todavía es intraepitelial, porque está universalmente aceptado que cuando la neoplasia, el cáncer intraepitelial, solamente reviste, epidermiza, pero por este epitelio maligno las glándulas sin destruir la membrana basal glandular, se considera aún como carcinoma *in situ*. Ahora bien, si ha atravesado la basal de la glándula, entonces ya ha pasado del estado de carcinoma *in situ* al de carcinoma invasivo precoz o microcarcinoma. Desde el punto de vista anatomopatológico, el carcinoma *in situ* y el microcarcinoma son apenas diferenciables; no existe anatomía patológica microscópica concreta, o sea, macroscópica sí, coloscópica; no existe una característica y para ello vamos a empezar a presentar algunas observaciones (se pasan varias proyecciones sobre el tema).

PROF. E. GIL-VERNET: A las cuestiones expuestas y que tan bien ha aclarado el Dr. MÁRQUEZ, debemos añadir, sobre todo, otro problema que realmente ofrece una gran trascendencia clínica: nos referimos a que el carcinoma intraepitelial no siempre es una lesión que aparece aislada. GALBEN y ANTOINE calculan en un 80 por ciento los casos en que aparece la imagen del carcinoma intraepitelial en unas zonas contiguas a núcleos de carcinomas invasivos, y es más, también junto al carcinoma intraepitelial existen zonas con alteraciones epiteliales atípicas, más o menos graves, pero que realmente parecen tener una relación con este carcinoma intraepitelial, como parece tener también una relación con el carcinoma invasivo la existencia del carcinoma intraepitelial. Claro está, si comprobamos la presencia de estas lesiones epiteliales atípicas y de estas lesiones de carcinoma invasivo contiguas al carcinoma intraepitelial, se deduce que tiene un gran valor clínico, sobre todo en cuanto se plantea la conducta a seguir respecto al carcinoma intraepitelial.

De momento, nos limitaremos únicamente a presentar algunos casos en los que se comprueba exactamente que junto al carcinoma invasivo existen alteraciones epiteliales atípicas, en algunas ya también unas zonas de carcinoma invasivo, otras con zonas de microcáncer y, sobre todo, un caso en el que, junto a carcinoma invasivo, aparece una zona en que el epitelio se halla diríamos casi normal, pero que en realidad las células, sobre todo las basales y parabasales, aparecen con un tipo de núcleo que indican que realmente no son unas células normales, puesto que tienen el mismo núcleo que se observa en las células y en las células ya claramente neoplásicas (se pasan varias proyecciones sobre este tema).

El estudio del carcinoma intraepitelial plantea un problema serio desde el punto de vista de su coexistencia, en algunas zonas, con carcinomas con simples alteraciones epiteliales atípicas, y en otras zonas con carcinoma invasivo. Esto demuestra que siempre ante un caso de carcinoma intraepitelial o un carcinoma *in situ*, debe hacerse un examen profundo, empleando todos los medios a nuestro alcance para descubrir la posible existencia de zonas de carcinoma invasivo, y si en el momento de plantear la orientación terapéutica, aun en el caso de que no observemos una lesión de carcinoma invasivo, debemos pensar seriamente qué conducta terapéutica debemos seguir.

#### PREGUNTAS FORMULADAS POR LOS ASISTENTES

UN ASISTENTE. — Preguntamos al Dr. USANDIZAGA: ¿Cuánto tiempo se tarda en hacer una colpomicroscopia?

DR. USANDIZAGA POMBO. — No es fácil dar una respuesta. Primero hay que preguntar: ¿con qué aparato? Yo trabajo con dos aparatos: con el de la casa Reichert, que es el que disponemos en nuestro Servicio. Con este aparato una colpomicroscopia, como las que hacíamos en un principio, tardábamos aproximadamente entre una hora y cuarto y una hora y media. En el momento actual una colpomicroscopia la llegamos a hacer en quince o veinte minutos. Con el aparato de la casa Zeiss, del que existen sólo dos en el mundo (uno lo tiene el Dr. BALZUNO), se considera que su uso es anticomercial, por lo que se ha cedido la patente para quien quiera producirlo. Con este aparato se pueden hacer aproximadamente en minuto y medio o dos minutos.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Me parece oportuno añadir que yo veo un promedio de 10-12 primeras visitas diarias personalmente y pregunto: ¿Es factible a una persona hacer un rastreo con colpomicroscopia? Y aun más: ¿Qué sectores del cuello se pasa a la colpomicroscopia?

DR. USANDIZAGA POMBO. — A esto se podrían contestar varias cosas: una es que el médico quiera hacer medicina científica. Esto es, si un especialista quiere ser investigador o práctico. Al médico práctico le sobran muchas cosas, entre ellas la primera, la colpomicroscopia. Al médico que pretende actuar de modo científico, todo le parece poco. Otra sería que, si la colpomicroscopia se debe utilizar siempre o nunca. A este respecto hay una ordenación de mayor productividad —vamos a emplear este término hoy tan de moda— consistente en hacer citología en los casos en que no vemos el límite del epitelio cervical y el epitelio glandular. La mayor parte de carcinomas se dan en esta zona de lucha entre dos epitelios. Por consiguiente, cuando no vemos el límite recorreremos a la citología. En los casos en que vemos el límite recurrimos a la colposcopia; esto es, a la colpomicroscopia, y no utilizamos la citología.

Y luego todavía cabría hacer otro tipo de empleo de la colpomicroscopia, más cómodo aún (digámoslo así), que consistiría en recurrir a ella cuando colposcópicamente encontramos una zona que nos obliga a hacer una biopsia. Haríamos colpomicroscopia y entonces, si la colpomicroscopia nos aclara exactamente lo que es aquella zona, ya no hacemos nada más. Y si todavía nos quedamos un poco indecisos, si es el caso de epitelio atípico, discoriótico, que no nos acabamos de convencer del diagnóstico, recurrimos entonces a hacer una biopsia. De todas formas, creo que se debe resaltar que estos métodos —tanto la citología como la colpomicroscopia— van encaminados a ahorrar biopsias. Pero estos ahorros de biopsias deben hacerse hasta un cierto límite y, desde luego, no se puede admitir un diagnóstico de cáncer por una colposcopia, por una colpomicroscopia o por una citología. Nos van a servir para indicar en qué sitio vamos a practicar la biopsia y confirmar nuestra idea, pero solamente para eso.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Quisiera aclarar ante la Mesa y los asistentes a esta reunión ciertas ideas, cuales son: Cuando uno hace lucha contra el cáncer, va a detectar epitelios sospechosos, y a mí, que manejo un colposcopio que tiene un revólver con cinco aumentos, jamás se me ocurre poner ni el 20 ni el 32, porque con el 10 tengo suficiente, puesto que lo que no puedo ver con el 10 tampoco lo veo con el 20 ni con el 32. Tengo menos luz, tengo menos precisión de imagen y, por tanto, no creo que la lucha sea eficaz aumentando la imagen que no permite aumentar la resolución óptica. El diagnóstico lo dará la citología, lo dará después, en último término, la biopsia, y por esto yo no veo la razón, ni de interés científico ni de interés práctico para las enfermas, o sea que me parece que, aunque método interesante, no lo es su finalidad práctica.

DR. USANDIZAGA POMBO. — No obstante, añadido aún algo más si digo que pretendo ser científico. Como científico me aprovecho de todo lo que pueda significar un adelanto a la ciencia. Los que desarrollamos actividades docentes en la Universidad tenemos obligación de hacer cosas aparentemente inútiles, para que después los médicos prácticos puedan aprovecharse del fruto que proporcionan estas cosas en apariencia inútiles. Yo, efectivamente, trabajo con el aparato Zeiss al que usted hace referencia, y con este aparato, la verdad, no se sirve a lo práctico. Hay un aparato de la casa Leisegang provisto de 10 aumentos, que en lugar de valer noventa o cien mil pesetas como aquél, sólo cuesta 14.000 pesetas.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Entonces...

DR. USANDIZAGA POMBO. — Sirven exactamente para lo mismo.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — El Dr. USANDIZAGA parece insinuar que el aparato Zeiss no sirve de gran cosa, pero a su vez quisiera preguntarle, por favor: ¿Con qué datos cuentan ustedes para el diagnóstico precoz del cáncer?

DR. USANDIZAGA POMBO. — Le contestaré en seguida, pero quiero antes precisar aún que esos aparatos de 20 o 30 aumentos no son prácticos. No sirven porque baja su luminosidad y entonces se explica la dificultad del desarrollo de la colpomicroscopia en virtud de contar con la falta de luz suficiente.

UN ASISTENTE. — Preguntamos al Dr. DEXEUS: ¿Cuánto vale en pesetas diagnosticar un carcinoma de útero que puede ser curado sin ninguna duda?

DR. DEXEUS JR. — No lo sé, porque no lo he calculado exactamente, pero hay datos proporcionados por FERNÁNDEZ RUIZ, en *Toko-Ginecología Práctica*, de 1965, primer número. Me parece que son 300 pesetas.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — ¿Yo puedo contestar también? Cuando se pregunta cuánto vale, hay que añadir cuánto vale ¿en qué país?

UN ASISTENTE. — En España, en pesetas.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — En España a mí me cuesta 325.000 pesetas, de mi bolsillo, porque a mí no me ha ayudado nadie. Yo he diagnosticado un carcinoma intraepitelial entre dos mil enfermas; por tanto, diagnosticar este carcinoma intraepitelial ha costado 325.000 pesetas.

UN ASISTENTE. — Pregunta acerca de las citologías por fluorescencia como etapa previa de selección, como económica y rápida en un rastreo que no requiera grandes conocimientos técnicos. Solicitamos que la conteste el Dr. DEXEUS.

DR. DEXEUS JR. — Aquí me remito a lo que ha dicho el Dr. USANDIZAGA, claramente. Yo no critico la colpomicroscopia porque no la practico. No puedo hablar de fluorescencia porque tampoco la utilizo; la desearía practicar, pero no de manera rutinaria, pues la búsqueda de un rastreo tampoco influye la fluorescencia. Es un método de investigación que está muy bien, pero no para su utilización diaria.

UN ASISTENTE. — Díganos, Dr. MÁRQUEZ: Exactamente, ¿qué diferencias citológicas existen entre una célula displásica, una célula discariótica y una célula maligna?

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Yo interpreto, desde mi punto de vista, que la célula discariótica es la célula de la displasia, en citología, y la diferencia entre la célula discariótica y célula maligna es la que hemos dicho precisamente antes. O sea, consideramos la célula discariótica como célula con núcleo maligno, pero viene benignizado, podríamos decir, por el citoplasma, o sea, con citoplasma suficientemente abundante para darle un carácter benigno. Y a la célula maligna le falta esta característica.

DR. SANTIAGO DEXEUS JR. — En primer lugar, yo no me veo capaz de diagnosticar, por citología, entre un carcinoma *in situ*, y un carcinoma invasivo. FAUS, en realidad, también lo ha dicho antes en su comunicación. Es muy difícil poder decir si es o no invasivo. De todas formas, entre los libros de citología hay un Atlas de carcinoma *in situ*, de GASTOR y BANFOR,

dedicado todo él a la citología del carcinoma *in situ*. Estos autores no sólo definen el carcinoma *in situ*, sino que definen la displasia benigna, la displasia regular, el carcinoma *in situ*, el carcinoma incipiente invasivo y el carcinoma invasivo. Todo ello por citología.

Ahora bien, en el concepto de displasia, discariosis y carcinoma *in situ* —carcinoma *in situ* es lo que ha dicho antes FAUS—, las características que ha definido él de célula cancerosa. Célula displásica, para él, es aquella célula basal, profunda o intermedia profunda, con núcleo muy teñido y regularmente teñido. En cambio, la célula discariótica es una célula intermedia más superficial, por tanto más hacia arriba, en los estratos más superficiales, con los grumos de cromatina dispersos, o sea que establece una diferenciación, también de mucha sutileza, entre unas características nucleares de una célula displásica y una célula discariótica.

UN ASISTENTE. — ¿Qué importancia tiene la Asistencia Social en la lucha contra el cáncer?

DR. FAUS PASCUCHI. — Yo creo que es fundamental, y precisamente en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo estamos en vías de solucionar este problema, porque para nosotros representa un verdadero fracaso en esta lucha, puesto que allí tenemos enfocada la lucha contra el cáncer partiendo de una citología masiva. A toda primera visita que acude al Servicio se le practica una citología que seleccionará las pacientes para colposcopia y para ulteriores exploraciones. Ahora, nos encontramos en la actualidad que el 70 u 80 por ciento de grados 4 no han vuelto al Hospital. Claro, ésta es la labor de la Asistencia Social. Desplazarse al domicilio de la enferma, convencerla, no asustarla, convencerla de que debe continuar la exploración y no dejar aquello en aquel momento. Puede ser un cáncer intraepitelial, o un microcáncer, o incluso cánceres más avanzados, como nos hemos encontrado en que la enferma va por el mundo tan tranquila sin preocuparse de su caso. Van allí en plan de primera visita, que les den una impresión de lo que les pasa, y se van tan tranquilas a su casa.

DR. DEXEUS JR. — Quiero contar una corta historietita. Entre los primeros casos de rastreo hubo una clase 4, una mujer mayor que vivía en la calle Juan, de Montjuich. A dicha calle Juan, de Montjuich, se le mandó el aviso de que se personase de nuevo en el Centro, mas no acudió. Segundo aviso: no acudió. Se le mandó una enfermera: no pudo dialogar con la enferma, pero le mandamos un Mozo de Escuadra y el Mozo de Escuadra tampoco consiguió hacerla venir al Hospital.

UN ASISTENTE. — ¿Qué razones alegaba esta señora para no volver al Servicio?

DR. DEXEUS JR. — No lo sé; pero no confió en nosotros.

DR. GUILERA VALLHONRAT. — Hay que tener en cuenta el nivel cultural de la mujer.

DR. DEXEUS JR. — Seguramente.

UN ASISTENTE. — Se desea una aclaración. Cuando el Dr. FAUS dice que hace una citología sistemática, se le pregunta: ¿qué tipo de toma?

DR. FAUS PASCUCHI. — Nosotros practicamos siempre dos tomas: la doble toma ectocervical y endocervical, porque creemos que tanto una como la otra, aisladas, son insuficientes.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Entonces yo pregunto al Dr. FAUS: ¿Con la toma ectocervical consigue formarse un criterio del estado hormonal?

DR. FAUS PASCUCHI. — Yo creo que un frotis hormonal, en realidad, debe ser siempre vaginal, porque el cuello está sujeto siempre a una serie de perturbaciones.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Porque hemos visto antes en las proyecciones, que nos hablaba del criterio del estado hormonal en el diagnóstico de adenocarcinoma, y pregunto para la consecución de una valoración hormonal, ¿cómo obtiene las tomas de contacto?

DR. FAUS PASCUCHI. — Por la toma ectocervical.

DR. USANDIZAGA POMBO. — Yo quería añadir algo. Entre los pocos casos que hemos podido diagnosticar carcinoma *in situ* o carcinoma invasivo, en uno se le ha escrito una carta a la enferma, sin resultado; hemos enviado una enfermera; luego he ido yo personalmente y la enferma ha continuado sin venir.

UN ASISTENTE. — Es un problema de educación sanitaria, tan importante en estos momentos.

PROF. GIL-VERNET. — A este respecto yo no soy tan pesimista. Nosotros hemos tenido muchos casos que se les ha escrito y han acudido. No ha sido necesario ni Mozos de Escuadra, ni Guardia Civil, ni Carabineros.

UN ASISTENTE. — Ahora en otro aspecto: Para efectuar un estudio de lo ocurrido con mujeres a las que se sometió a una cesárea anterior, yo he intentado hacer una encuesta; he escrito 48 cartas y de esas 48 cartas solamente ha contestado una.

PROF. GIL-VERNET. — Es evidente que hay una cantidad de gente que no contesta, pero nosotros, respecto a los carcinomas que tratamos, realmente no somos demasiado pesimistas. Vienen, las vemos y cuando las llamamos acuden.

UN ASISTENTE. — ¿Podrían darnos las características citológicas del carcinoma *in situ*?

DR. FAUS PASCUCHI. — Yo creo que han quedado suficientemente aclaradas con lo que hemos explicado anteriormente.

UN ASISTENTE. — ¿Cómo debe obtenerse el título de citotécnica?

DR. DEXEUS JR. — El título de citotécnica, en América, se obtiene mediante un examen, tras seis meses de estudios y cursillos en un laboratorio reconocido. Este examen es teórico y a continuación no se suele dar todavía el título de citotécnica. Son seis meses más de trabajo conti-

nuado en un laboratorio que por lo menos tenga 40 citologías diarias. Entonces, finalmente, se le da el "board" de citotécnica.

DR. FAUS PASCUCHI. — En este momento estamos intentando, mejor dicho, estamos dando, el primer curso de citotécnica. No sabemos con qué éxito va a terminar este primer curso de Citotécnicas que creemos habrá en Barcelona. Hemos empezado con 31 alumnas en el mes de octubre. En este momento quedan 27. Lo vamos a prolongar hasta el mes de junio y el único problema que tenemos es, naturalmente, el del título, ya que entre nosotros no existe. Así, pues, vamos a concederles nosotros un título que, de momento, no tendrá validez oficial, naturalmente.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — ¿Y no sería interesante que, además de las Citotécnicas, los doctores de la especialidad de Ginecología conocieran Citología?

PROF. GIL-VERNET. — Realmente la Citología, como hemos visto, tiene trascendencia y es un problema no fácil de solucionar siendo problema para gente especializada. ¿Creen ustedes, de verdad, que una citotécnica va a solventar estos problemas? ¿Tiene capacidad para llevar a cabo un diagnóstico en un frotis?

UN ASISTENTE. — Primero, para ser especialista en cualquier rama de la Medicina basta inscribirse en el Colegio Oficial de Médicos, haberse pasado una serie de años inscrito, haciendo esto o haciendo aquello. Es clásica la historia del individuo que se inscribió como urólogo y le dieron el título de neurólogo y no le dieron el de urólogo; así está actualmente la cuestión de las especialidades. Otro procedimiento consiste en pagar unas pesetas y asistir o hacer como que se asiste a un cursillo. En cuanto al problema de los Ayudantes secundarios del médico, va a pasar lo mismo que ha pasado con los podólogos. Los practicantes han obtenido un título de podólogos especialistas en enfermedades de los pies y después, a los tres o cinco años de la escuela, han tenido que unir el título de podólogo porque todos se titulaban "Especialistas en enfermedades de los pies". Entonces, los médicos que habían sido maestros de aquéllos se encontraron con que no tenían enfermos, ya que quedaban en manos de estos practicantes. A otros, especialistas en cierto modo, ya les pasa igual con las comadronas. Las enfermas están muchas en manos de las comadronas y claro, si empezamos a repartir nuestra especialidad en manos de ayudantes sanitarios, pues vamos a tener que vender calcetines, a lo mejor.

DR. DEXEUS JR. — Vamos a aclarar conceptos. En todas las partes del mundo, en todas en las que se realizan 90 o 100 frotis —aquí está BORRULL y lo puede saber, ya que en la Escuela de Florencia pasa exactamente lo mismo—, 90 frotis los leen cuatro laborantinas y estas laborantinas descansan para no fatigarse y tan sólo en un caso clase 3 o sospechoso entonces es el médico el que da el visto bueno. Esto en primer lugar.

En segundo lugar —me parece que FAUS está de acuerdo conmigo— en cuanto al segundo aspecto por su cursillo. Nosotros también iniciamos uno para nuestras citotécnicas exclusivamente, que no hicimos público, y que pedimos el título a MONTALVO, que nos lo ratificó, y ahora, precisamente el día 20 de este mes nos reunimos en Madrid la Junta de la Sociedad de Citología para decidir las bases que deben reglamentar la concesión de títulos de citotécnicas; por tanto no todo es instrucción, sino que también hay algo de construcción.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Insisto en un concepto que al menos, quizás es mi expresión personal, yo creo que nadie puede llamarse especialista de una disciplina si no tiene, por lo menos, los métodos o los conocimientos exploratorios imprescindibles para aquella especialidad, y pregunto: ¿el especialista en Ginecología que no tiene el microscopio, que no hace su citología hormonal, que no puede interpretar si una amenorrea es hiperestrogénica o hipoestrogénica, que cuando tiene un frotis de una amenorrea no puede saber si una célula es discariótica o es sospechosa de neoplasia, entonces: ¿Qué especialidad está haciendo aquel doctor? Y digo: ¿No es más importante, antes de establecer el título en Citotécnica establecer un conocimiento profundo en todos los especialistas de Ginecología, en una técnica tan imprescindible y tan necesaria como es la citología vaginal y de contacto?

PROF. GIL-VERNET. — Estoy completamente de acuerdo y creo que lo lógico es que los especialistas dominen por completo todos los medios de exploración y la interpretación. Pues claro está, interpretar una preparación si es normal o no es normal, a veces no es tan fácil.

UN ASISTENTE. — Yo creo que nuestro Ministerio de Educación Nacional ya ha sentado unas normas en las que hay que ajustarse para obtener título de especialista y, claro, toda respuesta o disconformidad que haya que hacer debe dirigirse con póliza de tres pesetas y otra con sello móvil de 0,50 pesetas al Ministerio de Educación Nacional.

DR. DEXEUS JR. — Me parece que las dos posturas que estamos aquí combatiendo, FAUS y yo, y que abogamos por la no especialización, por la no superespecialización en citología para todos los ginecólogos, en la que abogan el Prof. GIL-VERNET y el Prof. RODRÍGUEZ SORIANO, en este momento tiene una respuesta en ustedes, que están protestando de que les exijan citología.

UN ASISTENTE. — ¿Puede darse un carcinoma *in situ* junto con una metástasis ganglionar? Brindamos la pregunta al Prof. GIL-VERNET.

PROF. GIL-VERNET. — Desde luego, es difícil que un carcinoma *in situ*, que no ha penetrado dentro del tejido conjuntivo, dé lugar a una metástasis. Otra cosa sería un carcinoma invasivo o, concretamente, un microcáncer que ha penetrado ya en el interior. Nos ha dado un buen ejemplo, el corte que nos ha presentado el Dr. MÁRQUEZ, pero no en los tipos 1;

y en un tipo I muy limitado al cuello, sí que pueden observarse metástasis ganglionares. Nosotros lo hemos observado repetidas veces.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo creo que realmente la dificultad —y por esto quizá se ha formulado la pregunta— es que esta pregunta tiene una doble respuesta. Cuando diagnosticamos un carcinoma intraepitelial, ¿estamos seguros de que lo es?

PROF. GIL-VERNET. — No tenemos que hacer suposiciones. La contestación es: que si hay una metástasis ganglionar no es un carcinoma *in situ*. En el carcinoma *in situ* solo, difícil se explica que exista esto. Ahora bien, otra cosa es el microcáncer y otra es un tipo I.

DR. DEXEUS JR. — Yo creo que puede existir un carcinoma *in situ* puramente de etapa ganglionar, o sea, sí creo las experiencias de Sou, que está demostrando que existen capilares intraepiteliales. Entonces puede darse un carcinoma *in situ* y una metástasis ganglionar.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Hay un libro de SONG, que ha salido recientemente, que yo no he leído; he leído la crítica en que precisamente hace todo su hincapié diciendo que este autor está demostrando que existen capilares intraepiteliales, y entonces, claro está, si un carcinoma *in situ* se diagnostica por una integridad de la membrana basal, por ejemplo, como criterio de invasión o no, en un capilar intraepitelial, puede haber una metástasis ganglionar.

UN ASISTENTE. — ¿Qué alteraciones epiteliales de la portio pre-invasiva pueden evolucionar inmediatamente a carcinoma invasor?

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Suponiendo que estamos ante un carcinoma pre-invasor, ¿cuáles son los que pueden evolucionar a carcinoma invasor inmediatamente? Inmediatamente no hay forma de saberlo. No se sabe. De ninguna manera.

UN ASISTENTE. — ¿La carcinogénesis es una enfermedad que se inicia en una sola célula o en un grupo de células, en determinadas regiones o en determinado órgano? ¿Persiste hoy en día la importancia de la región histológica de cambio de estructuras?

PROF. GIL-VERNET. — En esta pregunta parece que quiera indicarse si realmente existe un predominio de la mayor frecuencia de aparición de carcinomas en la zona de separación entre el epitelio cilíndrico y el pavimentoso. Evidentemente es una zona en donde con mayor frecuencia se observan los carcinomas. Esto no quiere decir que no se observen también fuera de esta zona.

DR. MÁRQUEZ. — Yo creo que esta primera pregunta no se puede contestar. No hay fundamento para contestarla y quizás unas veces sea una sola célula, cuando el cáncer es unicéntrico, y otras veces, igual que hay cánceres multicéntricos, quizá pueda ser un grupo o un conjunto de células, porque no solamente hay cánceres multicéntricos, que se den en los dos ovarios, en las dos trompas, sino que incluso hay descritas por

MARCUS fases, muy incipientes, de carcinoma *in situ* multicéntrico, sobre todo en cérvix, vagina y vulva.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo creo que la pregunta, probablemente, que ha formulado el Dr. GARRIGA tiene realmente importancia, porque en Carcinogénesis se habla hoy de la "teoría de los campos", y la existencia o no de posibles campos carcinogénéticos es un hecho de gran valor, y sobre todo la posibilidad que tenemos hoy en día que la metaplasia de esa zona del canal cervical bajo, que aún no conocemos incluso bien su origen embriológico, la metaplasia cuando esta zona sale a la exoportio y se pone en contacto con el epitelio vaginal al cual no está habituada, probablemente tiene una acción carcinogénica. Yo creo que la profilaxis futura del cáncer de cuello radica muchas veces en el conocimiento de la bioquímica de un epitelio que sale de un sitio donde no debe estar. Es decir, que es una pregunta que tiene grandes sugerencias hoy en día en el planteamiento de la lucha contra el cáncer.

UN ASISTENTE. — Una pregunta dirigida al Dr. FAUS. Habla de carcinoma *in situ*, diagnosticado por citología, pero antes de efectuar el diagnóstico, ¿no es preciso amputar el cuello para asegurarse del mismo?

DR. FAUS PASCUCHI. — Por citología se puede suponer que lo es, pero nunca afirmarlo definitivamente.

UN ASISTENTE. — ¿Qué técnicas de estudio del cuello y qué criterios de diagnóstico siguen para el diagnóstico del cáncer *in situ* en la pieza operatoria?

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — La tónica es que cuando existe una citología positiva y una biopsia contra un diagnóstico previo, sea de carcinoma *in situ* o de microcarcinoma, o sea que se está ante un caso incipiente de carcinoma y éste se opera, la técnica que seguimos es la siguiente: hay varias técnicas para el estudio exhaustivo, como hay que hacerlo, del cuello uterino después de una amputación o una histerectomía para primero confirmar que aquello es un carcinoma que ya lo hemos visto diagnosticado por biopsia, y segundo decir si aquello realmente es solamente un carcinoma pre-invasivo, intraepitelial o es un carcinoma invasor. Existen numerosas técnicas; la mayoría de ellas consisten en amputar el cuello a la altura del istmo aproximadamente. Después, partiendo del orificio cervical externo, abrirlo por su labio anterior, fijándolo entero. Una vez fijado entero, se corta en una serie de bloques, por cortes paralelos longitudinales, cuyo número varía según el tamaño de los cuellos, puesto que hay cuellos que precisan gran número de bloques y otros que siempre serán numerosos, pero no tanto. Otra técnica consiste en seccionar el cuello. En vez de hacerlo en sentido longitudinal, por el labio anterior y abrirlo, seccionarlo en otro sentido, como si hiciéramos la sección a las 9 y a las 3. Como si se abriera en dos valvas y luego hacer secciones, las

cuales unas serán de labio anterior y otras de labio posterior. Prácticamente es el mismo procedimiento.

Y otro, éste es el que seguimos nosotros, es hacerla siguiendo la distribución oral, o sea, lo abrimos como han visto y cogemos bloques que, un poco más grandes un poco más pequeños, nos vienen a quedar de este cuello doce bloques que incluimos en parafina y los estudiamos, si no con cortes seriados, al menos con cortes semiseriados. Hacemos primero un primer estudio con una serie de cortes, porque, claro, si la primera serie de tres cortes por bloque salen ya claras zonas de microcarcinoma ya hemos hecho el diagnóstico y no hay que empeñarse en seguirlo.

UN ASISTENTE. — ¿Puede la Mesa contestar concretamente si debe considerarse o no, el carcinoma intraepitelial como evolutivo?

PROF. GIL-VERNET. — A pesar de que se ha indicado la posibilidad de regresión, yo creo que el carcinoma intraepitelial debe considerarse como una forma evolutiva hacia el carcinoma invasivo.

UN ASISTENTE. — ¿Qué diferencia hay entre un frotis de tipo 4 y un frotis de tipo 5?

DR. FAUS PASCUCHI. — Esto es un poco subjetivo, pero en realidad viene definido por la cantidad de células malignas que existen en el frotis, o sea, en el tipo 4 habrá células malignas aisladas y en el tipo 5 grandes cantidades.

UN ASISTENTE. — Desearía saber el papel de la conización en la lucha contra el cáncer de cuello.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo creo que la conización, al menos para nosotros, tiene un valor en las lesiones que denominamos de epitelios atípicos, sobre todo en función de la edad de las enfermas. Por la técnica que ahora habitualmente practicamos, la conización, no solamente es útil, sino que consideramos que es un procedimiento importante, porque nos permite estudiar el cono de manera seriada y ver si aquello que, histológicamente, considerábamos un epitelio atípico persiste siendo un epitelio atípico, y realizamos la conización con bisturí especial de conización para poder obtener un buen cono, porque si se hace con bisturí eléctrico no se puede estudiar la pieza y, abundando en lo que decía el Dr. MÁRQUEZ, una cosa él no ha dicho, o sea, quién orienta los bloques para meterlos en parafina, quién orienta a la laborante. A veces el bloque se orienta mal y para obviar esta mala orientación, nosotros, después de fijar la pieza en el líquido fijador, al hacer el corte clavamos una aguja en la pared perpendicular a la cual queremos orientar el corte, y a partir de aquí los pasos y la batería se hacen con la aguja clavada en cada uno de estos pedazos. Y la enfermera siempre coloca la pieza en la posición que nosotros consideramos adecuada para la buena orientación del corte.

DR. DEXEUS JR. — En este sentido, sobre la conización, yo creo que efectivamente, como ha dicho el Dr. RODRÍGUEZ SORIANO, tiene un valor

pronóstico, diagnóstico y también a veces terapéutico. Ahora bien, en el terreno de las técnicas quirúrgicas de la conización, nosotros creemos que hay dos detalles importantes: en primer lugar, lo que él también ha dicho de bisturí frío, y en segundo lugar, que las enfermas, como dice muy bien STANLEY WAY, en su monografía, sangran tras una conización, no el segundo o tercer día, sino a veces sangran el noveno, muy tardíamente. Y por último que si se demuestra que el carcinoma no es un carcinoma *in situ*, sino un carcinoma más o menos invasivo, entonces la operación radical debe posponerse cuatro semanas, pues los parametrios, a pesar del mínimo trauma que representa la conización, están en un estado inflamatorio que dificultará su disección y su extirpación.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo quería añadir a lo que ha dicho el Dr. DEXEUS, otra pregunta: "Técnicas de la conización". Uno de los problemas importantes de la conización es la hemostasia y para evitar que sangre hacemos la hemostasia antes de hacer el cono. Creemos que es una técnica que quizá es un poco original, pero que la originalidad está en que nosotros no vemos hemorragias. Llevamos hechas muchas conizaciones con buenos resultados. Creo que la gracia de la conización está en que después no sangre, porque cuando decimos a la enferma que es una pequeña intervención, tiene poca gracia que la enferma esté en una intervención pequeña más días que en una histerectomía ampliada, y que tenga más complicaciones una operación pequeña que una operación grande, lo cual, aunque parezca mentira, cuesta hacer entender a las enfermas que vamos a sacarles un pedacito de cuello y a lo mejor tiene una hemorragia que hay que hacer una transfusión. Esto no lo entiende nadie porque en una histerectomía no hay ninguna hemorragia ni tenemos ningún problema grave. Es decir, que yo creo que las técnicas de conización con hemostasia previa, que podríamos describir, tiene hoy en día una utilidad en la profilaxis de estas lesiones que no son carcinomas, sino lesiones pre-cancerosas de epitelios.

DR. USANDIZAGA POMBO. — Yo haría una diferenciación: primero, indicación de conizar. Hacer la conización es un trastorno para el esfínter del cuello, pero que puede permitir un embarazo a término, posteriormente. Un autor ha recogido una serie de embarazos conseguidos después de unas conizaciones. Esto habría que reservarlo a mujeres que posteriormente pueden quedar en estado y les interesa quedar en estado. Sin embargo, a otras mujeres entre los 40 y 60 años (o 35 años si se quieren poner edades inferiores), a esas mujeres muchas veces no vamos a hacer una conización, sino simplemente una amputación de cuello tipo Sturmdorf. Y respecto a los puntos del cuello que decía el Dr. RODRÍGUEZ SORIANO, mi padre hace 30 años viene realizando la amputación de Sturmdorf, un punto a cada lado del cuello, de forma que corta la irrigación cervical y los cuellos prácticamente no tienen hemorragia. De todas

formas, en las primeras comunicaciones que hace dicho autor de 12 casos, por los años 1913 o 1914, refiere un caso de muerte de enferma por anemia aguda.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Yo quería aclarar una cosa con respecto a esto de los bloques del cuello que, en cuanto a la orientación del corte, tiene un gran interés. En las grandes biopsias, en los grandes bloques, no hay problema porque no hay forma de orientarlo de otra manera, o sea corto la pieza, hago los bloques que numero, y claro estos bloques tienen 3 cm de longitud aproximadamente, pues no hay otra forma de cortarlos.

UN ASISTENTE. — Preguntamos al Dr. MÁRQUEZ si en un carcinoma *in situ* puede diferenciar su naturaleza malpighiana o mulleriana.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — No la puedo diferenciar siempre; tenemos que pensar siempre que el carcinoma *in situ* es de origen, llamémosle mulleriano, llamémosle metaplásico, o sea que está sobre esta zona de diferenciación, en la mayoría de las veces la recordamos recubriendo glándulas, llenando glándulas. Yo creo que algunas veces nos equivocaremos y no ser así, pero si pensamos que el carcinoma *in situ* la mayoría de las veces es de origen metaplásico acertaremos y la prueba es que el carcinoma *in situ*, generalmente, es un carcinoma indiferenciado que todas las células, desde la profundidad hasta la superficie, tienen el aspecto parecido a las células de la capa basal.

UN ASISTENTE. — Para concluir, un caso práctico. Una mujer casada, sin hijos, de 30 años, con carcinoma *in situ*, ¿qué terapéutica merece?

PROF. GIL-VERNET. — Primera y fundamental: un análisis profundo para ver si realmente existen zonas contiguas de carcinoma invasivo. Si realmente no se encuentran zonas de carcinoma invasivo y solamente es un carcinoma *in situ*, teniendo en cuenta que son 30 años y ningún hijo, yo me orientaría primero por una amputación de cuello y, claro está, una vigilancia continua de la enferma.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo realmente contestaría diciendo que esta pregunta se la hice yo mismo —no la hago esta noche— al profesor DI PAOLA, cuando estubo aquí en Barcelona y el Prof. DI PAOLA me dijo: “Yo conizaría”.

DR. FAUS PASCUCHI. — Habría que confirmar primero quién ha hecho el diagnóstico de carcinoma *in situ*.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Una vez confirmado por múltiples biopsias, y ya no muy superficiales sino profundas, en fin un estudio bastante completo de que no hemos visto ninguna invasión, se puede, si hay un gran interés en una enferma de 30 años, hacer una amputación de cuello o una conización, con la condición de que sea bien alta, no sea que nos vayamos a encontrar que haya el nido de carcinoma *in situ* alto,

como en aquel caso en el conducto cervical, y un estudio exhaustivo de la pieza operatoria, en corte seriado.

UN ASISTENTE. — ¿Consideran necesario, dentro de un mismo Servicio de diagnóstico precoz del cáncer, los tres métodos de colposcopia, citología e histopatología?

UN ASISTENTE. — No solamente necesario, sino imprescindible.

UN ASISTENTE. — ¿Cuánto tiempo se precisa para llegar a ser un buen colpomicroscopista?

DR. USANDIZAGA POMBO. — Pues lo que me ha costado a mí. A mí me ha costado: primero, aprender alemán y traducir alemán; segundo, saber hacer colposcopia y saber hacer citología; tercero, haber vivido año y medio en Alemania; y cuarto, haberme pasado durante año y medio, a razón de tres cuartos de hora o una hora, con una enferma con dolerme de los riñones y la enferma protestando del médico que le hace objeto de tales inhumanidades. Esto me ha costado a mí. En cambio, al que quiere aprender a mi lado le cuesta quince días.

UN ASISTENTE. — ¿Qué valor tiene el test de Schiller?

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Realmente, para mí el test de Schiller tiene mucho menos valor que el test del ácido acético. El test de Schiller lo único que indica es la existencia de zonas negativas. Estas zonas negativas pueden tener o no significación. Será la citología o la biopsia la que permitirá decir qué valor tiene una zona yodo-negativa.

UN ASISTENTE. — ¿Cuántos cánceres se diagnostican sólo por colposcopia?

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — En nuestra estadística sobre 2.000 enfermas, hemos diagnosticado 18 cánceres de cuello y, de éstos, en uno se diagnosticó un mosaico y fue la biopsia la que hizo el diagnóstico; en cuatro casos era un tipo I y fueron la citología y la biopsia las que permitieron este diagnóstico. La colposcopia sólo permitió el diagnóstico de sospecha. En los demás casos, que eran cánceres avanzados, 2, 3 y 4, la colposcopia demostró una atipia cancerosa o un carcinoma claro. Es decir, en nuestra estadística el cáncer del cuello uterino aparece en el 0,9 por ciento de los casos, cifra que está de acuerdo con la que se describe en la literatura.

DR. DEXEUS JR. — Nuestros carcinomas de cuello fueron diagnosticados aproximadamente en el 60 por ciento por ambos medios; es decir, ambos medios fueron positivos para el diagnóstico.

PROF. GIL-VERNET. — Por colposcopia nosotros consideramos que es un método ideal para poder orientar, o sea para poder orientar la biopsia, para poder orientar un frotis, una determinada región; es decir, como un medio magnífico para ayudar al diagnóstico del carcinoma. Ahora bien, diagnosticar el carcinoma, concretamente el pre-invasivo, mediante la colposcopia, nosotros no le concedemos valor. Pero sí, como orientador de

las zonas glucógeno-negativas, de las zonas, en fin, sospechosas, de zonas de transformación muy desarrolladas, de pequeñas zonas de leucoplasia en la que practicar la biopsia. Para esto le concedemos un valor enorme. Para un carcinoma ya invasivo tiene realmente un valor diagnóstico la colposcopia.

DR. USANDIZAGA POMBO. — Yo quería contestar esta pregunta, no por datos míos —no hay tiempo para trabajo de secretario en nuestro Servicio—, pero el Dr. VAL pudo hacerlo. En carcinomas de grado 0 y de grado 1, macroscópicamente diagnóstica el 64,3 por ciento. Por colposcopia, el 83 por ciento. Por citología, el 86,3 por ciento y por colpomicroscopia el 92,4 por ciento. Falsos negativos tiene un 35,7 por ciento macroscópicamente; 17 por ciento colposcópicamente; citología un 13,7 por ciento; colpomicroscopia un 7,6 por ciento. O sea, ha visto macroscópicamente 3.204 enfermas; colposcópicamente 3.183; citología 2.826 casos y colpomicroscopia 1.521 casos. Desde luego, estamos de acuerdo con el Profesor GIL-VERNET en que la colposcopia nos indica en qué sitio vamos a seguir explorando aquella enferma.

UN ASISTENTE. — ¿Qué valor concede a la leucoplasia, especialmente en vulva?

DR. GIL-VERNET. — Evidentemente, la leucoplasia en vulva tiene un alto interés, puesto que casi todos los carcinomas se desarrollan en zonas leucoplásicas.

DR. DEXEUS JR. — Me gustaría mucho saber la opinión del Profesor GIL-VERNET sobre: ¿Qué valor le concede a la leucoplasia?

PROF. GIL-VERNET. — También le concedo gran valor, puesto que a nivel de zonas de leucoplasia debe practicarse siempre una biopsia. Únicamente en este aspecto. Puesto que a partir de las leucoplasias pueden también desarrollarse carcinomas.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo creo vale la pena aclarar este punto porque la leucoplasia creo que es la engaña-colposcopistas, porque la leucoplasia llama la atención sobre cosas que muchas veces biopsiadas no son nada. En cambio, la vascularización atípica, se salta por alto, y muchas veces es la que encierra la existencia de un carcinoma que a veces es invasivo precoz.

DR. FAUS PASCUCHI. — El último cáncer *in situ* diagnosticado en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en el Servicio del Dr. CÓNILL, fue diagnosticado por la citología tipo 4, según la colposcopia pequeña zona de leucoplasia, como la mitad de la uña del dedo meñique que fue lo que nos llevamos con la biopsia y con ello quedaba el cáncer diagnosticado.

UN ASISTENTE. — La leucoplasia, como trascendencia, en vulva, ya lo ha dicho el Prof. GIL-VERNET, y en cérvix depende de lo que haya debajo

de este epitelio porque puede haber desde nada hasta un carcinoma invasor.

UN ASISTENTE. — Es claro, debería precisarse que hay unos términos leucoplasia base, mosaico, zona roja; son unos conceptos de visión, pero no van a convertirse en una realidad anatómo-patológica.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — No estamos en absoluto de acuerdo. Existe una nomenclatura internacional de adaptación histológica de las imágenes colposcópicas. Por tanto, el que hace colposcopia y no ve histológicamente lo que está viendo en la colposcopia no puede interpretar ninguna colposcopia.

DR. DEXEUS JR. — Yo no estoy de acuerdo en biopsiar todas las leucoplasias: es lo que quería decir hace un rato. Nosotros hemos establecido una nueva nomenclatura colposcópica. Esta novedad se puede criticar y les agradeceré muchísimo su crítica. Nosotros diferenciamos tan sólo dos lesiones atípicas del cuello: las imágenes estables, las cicatrices atípicas estables —leucoplasia, base, mosaico con todas sus características— y las zonas de reepitelización atípica, y nos basamos precisamente en los hallazgos histológicos en que toda la patología del cuello se inicia con la metaplasia y cuando encontramos una zona de reepitelización atípica, con un borde leucoplasiforme, hacemos una citología y esperamos tranquilamente, y si nos da la citología negativa y al cabo de tres meses hay una cicatriz atípica estable, biopsiamos esta cicatriz atípica estable, aparte de los hallazgos citológicos.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — En primer lugar el concepto de leucoplasia colposcópica y el concepto de leucoplasia histológica, o sea, leucoplásica, el patólogo, aparte de lo que encuentre en esa zona, que como hemos dicho antes puede ser dada como un carcinoma, puede encontrar dos tipos de lesiones que se traducen a la colposcopia por leucoplasias, es decir, lo que en histología es, o una leucoplasia verdadera, o sea con queratinización completa del epitelio, o bien en vez de una leucoplasia verdadera una leucoparaqueratosis. Nosotros, lo que hemos tenido en cuenta es que, cuando conocemos al que nos remite la biopsia y sabemos que es un individuo que hace correctamente la colposcopia, y dice que allí hay una leucoplasia, la encontramos en la biopsia, o una cornificación completa de tipo leucoplasia verdadera, o bien una paraqueratosis.

UN ASISTENTE. — ¿A qué aumentos se trabaja prácticamente en la colposcopia?

UN ASISTENTE. — A diez.

UN ASISTENTE. — ¿Cuáles son los medios, según criterio del profesor GIL-VERNET, que tienen más importancia en el diagnóstico del carcinoma de cuello?

PROF. GIL-VERNET. — Todos los medios. Se ha demostrado realmente que todos los medios son útiles, desde el test de Schiller, hasta el examen

histológico, pasando por la colposcopia. Por tanto, yo creo que el problema del diagnóstico precoz del cáncer radica en que exista en todo Servicio un Servicio de citología, de histopatología y de colposcopia.

UN ASISTENTE. — Por lo dicho en la Mesa hay que evitar el cáncer *in situ*, y aún más, las lesiones pre-cancerosas. ¿Qué influencia le da la infección por trichomonas?

DR. DEXEUS JR. — Desde 1910 en que DOYEN describió su *Micrococcus neoformans*, que dio un papel a la teoría infecciosa del carcinoma, pues imagínense ustedes, podemos creerlo o no. Yo particularmente no lo creo. Ahora bien, que la trichomoniasis produzca un carcinoma, no. Que la trichomoniasis modifique las características histológicas del frotis, de forma que una clase 3 nos dé lugar a una confusión citológica, entonces sí.

UN ASISTENTE. — Nosotros, concretamente, vemos trichomonas en citología en gran cantidad de frotis, o sea hemos llegado en algunos momentos a ver un 60 por ciento de frotis de trichomonas, más o menos bien conservadas. Ahora bien, yo en lo que quizá no estoy de acuerdo es que lleguen a dar degeneraciones tan marcadas como para suponer una malignidad. La degeneración benigna es muy distinta de una malignidad.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo creo que, realmente, esta pregunta tiene una contestación efectiva. Cuando se habla de que existen factores irritativos en el cuello, yo pregunto: ¿Es concepto general del ginecólogo que las lesiones pre-cancerosas, los epitelios atípicos, van precedidos de irritaciones cervicales? Para mí, sí. Es decir, la ausencia prácticamente de carcinoma de cuello en las vírgenes o, sobre todo, en las religiosas, es una cosa que no se puede ocultar, o sea que si la enfermedad cervical maligna se da en la mujer que tiene relación sexual y se da con más frecuencia en cuellos que han sufrido una ectopia, y esta ectopia unas lesiones de metaplasia que pueden hacerse atípicas, yo creo que es obligación de esta Mesa señalar aquí, en este momento, que todo factor irritativo sobre el cuello puede actuar sobre una mujer en ciertas condiciones favoreciéndole la aparición de un epitelio atípico, y por tanto yo me manifiesto en este sentido rigurosamente afirmativo de que hay que hacer una lucha contra estas lesiones irritativas.

Hace poco tiempo, hay una publicación rusa de un autor que, trabajando en un medio industrial y controlando un número determinado de mujeres que tienen la obligación de ser visitadas por el ginecólogo, porque de lo contrario no pueden cobrar, estas mujeres que acuden anualmente a revisiones, él, sobre casi 9.000 enfermas no encuentra ningún cáncer de cuello y pregunta: ¿Es que en este pueblecito de los Urales no hay cáncer de cuello, o es que mi actuación a lo largo de diez o doce años ha evitado que estas mujeres tengan un cáncer de cuello? Yo creo que si aquí esta noche todos sacamos la impresión de que la labor del ginecólogo puede

ser efectiva en una profilaxis contra el cáncer de cuello, además de curativa en un tratamiento, habremos hecho un gran avance en nuestra concepción sobre el cáncer de cuello uterino.

PROF. GIL-VERNET. — Creo que es evidente que un proceso inflamatorio de cuello pueda, a la larga, influir sobre el epitelio de revestimiento y puede conducir a la aparición de las alteraciones epiteliales atípicas, que más tarde pueden regresar o pueden conducir a lesiones ya de tipo neoplásico. Por ello creo que es necesario tener en cuenta estos hechos para tratarlos debidamente.

DR. USANDIZAGA POMBO. — La teoría de BISCHOFF lleva por lo menos 65 años de existencia y, claro, no es unánimemente admitida ni mucho menos. Argumentos: Por ejemplo, tenemos el caso del carcinoma en prolapso genital. En los cincuenta años que lleva ejerciendo la especialidad mi padre sólo ha visto un caso, que lo hemos visto hace escasamente un mes en un prolapso total de útero con carcinoma de cuello. Haciendo la revisión de la literatura, un autor inglés encuentra 96 casos, y yo, revisando los casos hasta el momento actual, he encontrado un total de 225. Es decir, que en una enfermedad tan corriente como es el prolapso no se dan prácticamente carcinomas. En una enfermedad tan corriente como es una irritación crónica en un prolapso, hay mujer que anda con el útero fuera de la vagina, que lo está sujetando con unos pañales, que se está rozando con todo lo rozable, y no tiene un carcinoma; y claro, uno se queda pensando que la teoría irritativa crónica es un poco dudosa.

Entonces cabría plantear otro problema: la influencia que pueda ejercer el pH vaginal sobre el epitelio, y entonces ya viene la cuestión de si los pH ácidos se dan en epitelios planos y los pH básicos se dan en los epitelios cilíndricos, y qué interacción puede haber entre estos pH vaginal epitelio y epitelio pH vaginal. Claro, entonces sería ya otro enfoque diferente del problema. Respecto a eso, hay un trabajo en que se habían revisado algo así como 15.000-20.000 lesiones cervicales y al cabo de 20-30 años se trató de ver qué ocurría en aquellas mujeres. El número de cánceres alcanzaba a 1 por tres mil. No había mayor cantidad que ésa.

Esto es, toda cervicitis forzosamente ha de tener un significado displásico en el sentido a una evolución de carcinoma, y claro, ello nos obliga a hablar del concepto de cervicitis, displasia, del carcinoma *in situ*, y apreciamos el problema que si el carcinoma *in situ* dura ocho, dura diez años o dura cinco días. Claro, para hablar de carcinoma *in situ*, todo lo que podemos hacer es hablar de los trabajos de FAUSMAN y de BOGERS. Todavía el último de estos autores recogía su máximo trabajo de 186 casos de carcinoma *in situ*, y esos 186 casos de carcinoma *in situ* los había conseguido al cabo de veinticinco o treinta años de trabajar y aun gracias al apoyo del Gobierno Alemán, que con la policía alemana puesta a su disposición pudo coger y localizar una por una todas las mujeres que

hayan padecido estos carcinomas *in situ*, y, claro, yo creo que no hay razones para hacer dudar de la teoría irritativa de BISCHOFF, que yo digo tiene más de 65 años de existencia.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo, como antes he sido aludido por el Dr. USANDIZAGA, debo también decir lo siguiente: realmente yo he visto dos carcinomas en prolapsos, y no los he publicado porque me ha parecido que no tenía interés su publicación. Es posible la existencia de irritación en un cuello prolapsado. Pero una cosa en que tengamos el concepto de que el cuello tenga un epitelio epidérmico y otra es que tengamos el concepto de que donde sale el cáncer es en un epitelio cilíndrico que se metaplasia, y yo creo que son dos cosas completamente distintas, y aún no sabemos cuál es el origen embriológico de este epitelio.

Creo que esto es una cosa que no deja lugar a dudas y que los que estamos viendo preparaciones histológicas cada día, vemos debajo de los carcinomas *in situ* una buena infiltración de células redondas que llama la atención y que esto no deja lugar a dudas. Por tanto, existe un factor irritativo. Creo que ello es tan importante que esta noche debe quedar señalado un criterio después de nuestra discusión. Pues si dejamos pasar por alto la posibilidad de que de aquí salga una buena orientación creo que habremos perdido el tiempo.

DR. MÁRQUEZ RAMÍREZ. — Yo iba a decir que estaba de acuerdo con interpretar que los hechos son incontrovertibles; uno de ellos es el de las monjas del Canadá; otra cosa es una estadística muy extensa que creo que es de SMITH y PEKBERTON, que sobre 18.000 casos en que se hubieron tratado correctamente las lesiones benignas de cuello, solamente encontraron un número reducidísimo, no recuerdo si son 25 casos de carcinoma de cuello, y en cifra muy inferior, o sea en un grupo de enfermas en que estas lesiones no se trataron correctamente tuvieron mayor número de carcinomas de cuello. También iba a decir como antes el Dr. RODRÍGUEZ SORIANO, respecto a lo expuesto por el Dr. USANDIZAGA del prolapso como un factor irritativo, pero quizá especial, o sea, el hecho de que en el prolapso total del cuello este epitelio se convierte en epidermoide y precisamente es uno de los fundamentos que tienen los autores que hablan del origen metaplásico en el mayor número de casos de carcinoma de cuello.

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Yo quería también añadir a esto una cosa importante. Por una serie de vicisitudes, yo tengo ocasión en estos últimos tiempos de ver gran número de mujeres castradas en edades jóvenes. Y a estas mujeres castradas, dejándoles el muñón cervical, es decir, sin amputar la totalidad del útero, y cuando yo esperaba ver una carcinogénesis del muñón elevada, me encuentro con sorpresa que hay una carcinogénesis del muñón baja, y entonces pregunto si la posibilidad de que una mujer castrada joven tenga una atrofia del epitelio cervical como factor antineoplásico, es una cosa que se puede sugerir; es decir, que

además el medio vaginal, y la respuesta cervical a los estrógenos, consideramos que tiene un valor, lo cual es otra cosa que tenemos que dejar sentada, porque, en cambio, esta mañana he visto una castrada joven a la cual se están administrando estrógenos y tiene un muñón cervical, y, con gran sorpresa, el muñón cervical de esta castrada joven, a la cual se le está dando 1 mg de benzoato de estradiol cada cinco días y lleva así una cantidad, creo que son dos años tomando esta dosis de benzoato de estradiol, tiene un muñón que asusta ver.

Realmente se ha biopsiado, se ha hecho una citología, pero es un muñón con un epitelio intranquilo y a simple vista ya se ve que no es el muñón de las castradas que estamos viendo con un muñón en reposo.

PROF. GIL-VERNET. — De todos modos, respecto a la aparición de carcinomas sobre el muñón restante, nosotros hemos visto a quince, y de ellos tres son mujeres castradas, lo cual quiere decir que también a las mujeres castradas puede aparecer el carcinoma del muñón restante.

UN ASISTENTE. — Yo pregunto al Prof. GIL-VERNET: ¿Usted ha hecho citología para ver la actividad estrogénica de estas mujeres?

PROF. GIL-VERNET. — No.

UN ASISTENTE. — Porque yo, con gran sorpresa, me he encontrado con un grupo de mujeres castradas a las cuales la citología no es de castración.

PROF. GIL-VERNET. — Desde luego, no la hemos hecho, porque había una neoplasia tan clara que no nos hemos entretenido en hacer un frotis y un frotis hormonal. De manera que no puedo contestar a esto. Ahora, lo que sí puedo decirle, es que entre las operadas hay tres en que no existían ovarios.

UN ASISTENTE. — Si, como se ha dicho, el cáncer es evitable, ¿es que ello significa que las atipias epiteliales no cancerosas serán siempre después cánceres? ¿No sería mejor decir que, por ahora, el cáncer es curable pero no es evitable? En todo caso, ¿cómo trata el doctor RODRÍGUEZ SORIANO las lesiones pre-cancerosas para evitar el cáncer?

DR. RODRÍGUEZ SORIANO. — Realmente en nuestro concepto tratamos las ectopias mediante la electro-coagulación simple. En las ectopias o ectopias con epidermizaciones y con metaplasia, hacemos citologías de contacto y sólo después de hacer estas citologías nos pronunciamos hacia hacer una electro-coagulación, pero a partir de ciertas edades o cuando el epitelio es atípico o cuando la citología nos lo indica, preferimos hacer conizaciones.

PROF. GIL-VERNET. — Cuando nos encontramos con zonas de ectopia en mujeres jóvenes y que no son especialmente extensas, siempre practicamos la electro-coagulación. Dejamos siempre la conización o amputación de cuello según nos encontremos con lesiones ya más acentuadas de cuello que dan lugar a una gran hipertrofia.

UN ASISTENTE. — Tener una ectopia es una displasia.

PROF. GIL-VERNET. — Si es una displasia, hacemos una amputación no extensa, claro está, pero sí preferimos una amputación, máxime si va acompañado de una hipertrofia más o menos del cérvix. Ahora bien, si nos encontramos con un cuello no muy patológico, a pesar de la displasia hacemos una electro-coagulación.

UN ASISTENTE. — Si la mujer es joven, ¿la displasia la tratan por electro-coagulación, conización o vigilancia?

UN ASISTENTE. — Electro-coagulación y vigilancia.

DR. CARCELLER. — Creo que podemos dar por terminada la sesión. En ella se han expuesto opiniones muy interesantes y que debemos respetar. Por otra parte, hemos de excusar que, dado lo avanzado de la hora, los miembros de la mesa hayan creído oportuno sintetizar las contestaciones por suponer que algunas ya estaban contestadas en parte. De todos modos se ha accedido al criterio general de complacer a todos, pero pedimos perdón a nuestros huéspedes, los dirigentes de esta magnífica Institución, al representante de la Academia de Ciencias Médicas y a todos los compañeros de esta comarca que han asistido a la sesión, han seguido sus exposiciones y discusiones, y captado el sentido de nuestros apasionamientos. Estoy seguro de que con buen criterio habrán comprendido lo que hay de positivo en todo ello. En el fondo la discusión siempre da algo de luz, por lo cual es evidente que todos nosotros hemos podido sacar algún provecho en beneficio del diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

---

*Sesión del día 18 de diciembre de 1965*

#### UN CASO DE DISGENESIA GONADAL CON MOSAICO CROMOSÓMICO XO/XY

P. PUJOL-AMAT, J. MASSANAS-ROSADO, M. MÁRQUEZ-RAMÍREZ,  
J. PRATS-VIÑAS, J. ANTICH-FEMENÍAS

Observaciones recientes han demostrado que ciertos individuos que presentaban una ambigüedad genital son mosaicos cromosómicos XO/XY. Muchos de estos individuos son hembras fenotípicamente y presentan diversos grados de hipertrofia de clítoris. En otros casos el fenotipo ha sido masculino.