

# CARCINOMA IN-SITU DEL CERVIX

TRABAJO COOPERATIVO PRESENTADO EN EL VI CONGRESO NAL. DE CIRUGIA EN MEDELLIN

Instituto Nacional de Cancerología:

*Dr. German Jordan*  
*Dr. Hugo Quijano*  
*Dr. Hernán Posada*  
*Dr. Hernando Rodríguez G.*

Hospital San Juan de Dios:

*Dr. Alvaro Fonnegra M.*  
*Dr. Rubén Darío Guzmán Alandete*

Pro-Familia:

*Dr. Germán Riaño*

Hospital San Ignacio:

*Dr. Jorge Medina*

Hospital Militar Central:

*Dr. Enrique Darnalt*

I. C. S. S.:

*Dr. Manuel J. Gómez Palacino*

Con gran preocupación por el problema del Cáncer del Cérvix, el más frecuente en el sexo femenino de acuerdo con los datos de los años más recientes del Registro Nacional de Cáncer, quisimos recolectar y analizar los casos de Carcinoma in situ diagnosticados y tratados en nuestro medio, teniendo conciencia de que a falta de conocimientos exactos sobre su etiología, nuestros esfuerzos deberían conducir al diagnóstico precoz.

Decidimos iniciar un estudio del carcinoma intraepitelial del cérvix, el cual lo dividimos en dos partes: la primera de tipo retrospectivo, de los casos diagnosticados hasta diciembre de 1968 y la segunda de tipo prospectivo, de 1969 en adelante.

Se utilizó el material obtenido en los Hospitales de San Juan de Dios, San Ignacio, Hospital Militar Central, Centro de Planeación Familiar de Pro-

familia e Instituto Nacional de Cancerología, bajo cuya coordinación se presenta esta primera parte.

## Material y Métodos

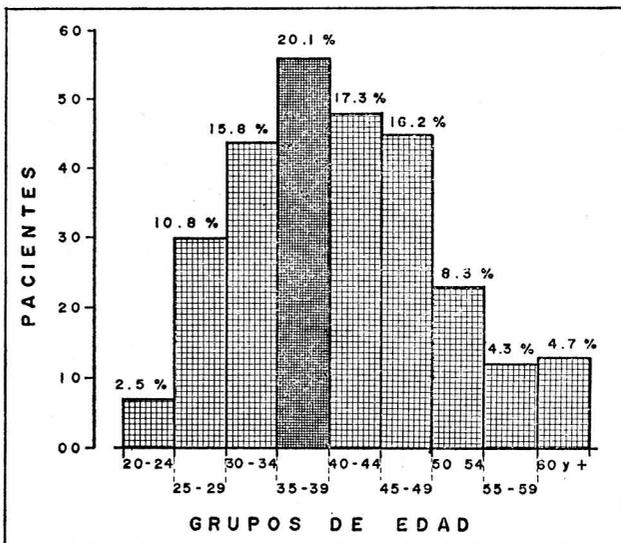
Se analizaron 278 historias por los respectivos departamentos de Ginecología y los datos fueron trasladados a tarjetas y tabulados gracias a la gentil y generosa colaboración de la I.B.M. de Colombia.

## Edad (Gráfica N° 1)

Puede observarse que el grupo de los 35 a los 39 años presenta la mayor frecuencia, lo cual está de acuerdo con observaciones similares en estudios extranjeros. Le siguen en frecuencia las décadas de 40 a 50 y de 25 a 35 años. Menos frecuentes de los 50 en adelante, cuando de todos es conocido, son más frecuentes las lesiones invasivas. Tan solo se encontraron siete (7) casos por deba-

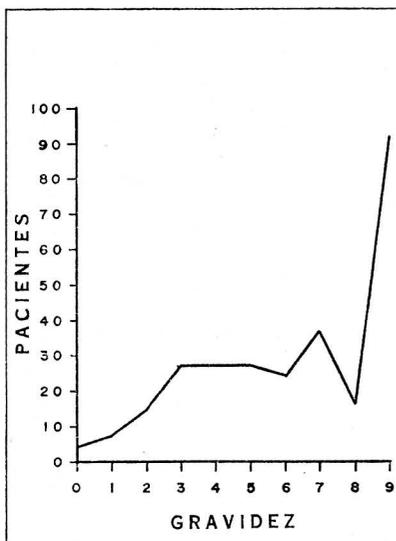
### CA. IN SITU DEL CERVIX. - 278 CASOS- PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	Pacientes	%
20 - 24	7	2.5
25 - 29	30	10.8
30 - 34	44	15.8
<u>35 - 39</u>	<u>56</u>	<u>20.1</u>
40 - 44	48	17.3
45 - 49	45	16.2
50 - 54	23	8.3
55 - 59	12	4.3
60 y +	13	4.7
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100.0</b>



Gráfica No. 1

### CA. IN SITU DEL CERVIX. - 278 CASOS- GRAVIDEZ Y PARIDAD

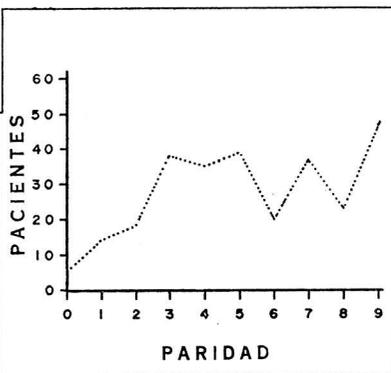


Gravidez	Pacientes
0	4
1	7
2	15
3	27
4	27
5	27
6	24
7	37
8	16
9	92
Sin datos	2

Paridad	Pacientes
0	5
1	14
2	18
3	38
4	35
5	39
6	20
7	37
8	23
9	47
Sin datos	2

**NOTA:** De los gráficos se excluyeron las dos pacientes sin datos.



Gráfica No. 2

jo de los 24 años. Estos datos hacen aconsejable planear campañas masivas de Citología en mujeres de los 25 años en adelante.

**Gravidez y paridad** (Gráfica Nº 2)

La mayor frecuencia se presentó a nivel de las multi-9, iniciándose el ascensos en la curva a partir de las multi-3, lo cual también está de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos, en que se relacionan la mayor frecuencia con la gran multiparidad. Tan solo 4 nulíparas presentaron lesiones de este tipo, es decir, el 1.4%.

**Aspectos del cérvix** (Gráfica Nº 3)

El 76.2% no mostraban lesión o esta no era sospechosa, y en 60 casos, es decir, el 21.6%, la lesión sí era sospechosa.

Esto confirma el concepto general de que la lesión neoplásica intraepitelial, no se diagnostica clínicamente y por lo tanto relleva la importancia de los exámenes genitales periódicos con Citología de rutina aun en mujeres con cervix clínicamente sanos.

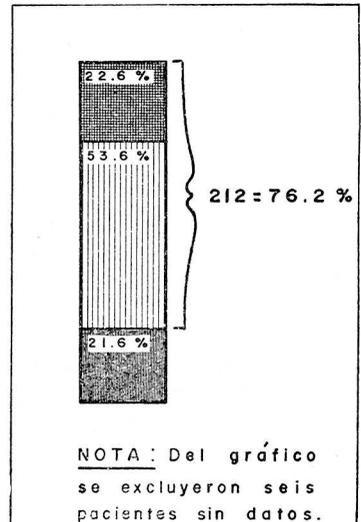
**Diagnóstico presuntivo** (Gráfica Nº 4)

Los casos fueron aportados en su diagnóstico inicial por las siguientes instituciones:

Instituto Nal. de Cancerología	106
Hospital San Juan de Dios	57
Profamilia	45
Hospital San Ignacio	16
Hospital Militar Central	10
Centro de Salud D. E.	3
Otros	39
I. C. S. S.	2

**CA. IN SITU DEL CERVIX. - 278 CASOS-  
A S P E C T O**

22.6 %	Sano ..... = 63
53.6 %	Lesión no sospechada... = 149
21.6 %	Lesión sospechosa..... = 60
Sin dato .....	= 6
<b>TOTAL</b> .....	<b>= 278</b>



Gráfica No. 3

Teniendo en cuenta que este es el primer trabajo cooperativo en relación al CA. in situ del cérvix realizado en el país, y que por lo tanto es la cifra más alta recopilada, es de anotar que corresponde a varios años y que las cifras superiores son las de las instituciones que más temprano iniciaron estos estudios, y salta a la vista que apenas estamos tomando conciencia de la importancia del diagnóstico precoz y que las campañas de educación en la población femenina están por realizar, si comparamos con las cifras de CA. invasivo del cérvix diagnosticados en el Instituto Nacional de Cancerología en los últimos años que sobrepasan los 500 casos anuales, y que en su gran mayoría corresponden a los estados más avanzados.

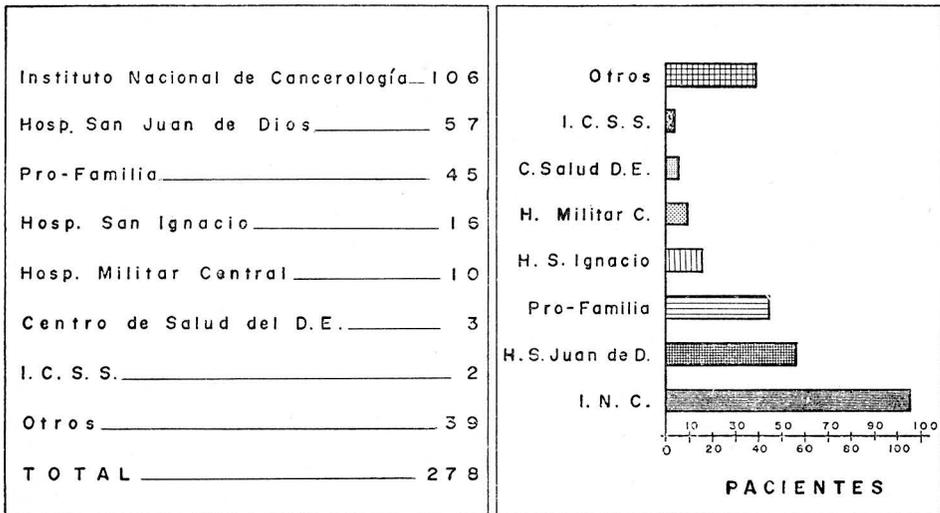
**Métodos de diagnóstico (Gráfica 5)**

**1. Citología**

	Nº de Casos
No se practicó	36
Clase I	11
Clase II	7
Clase III	65
Clase IV	75
Clase V	84
Total	278

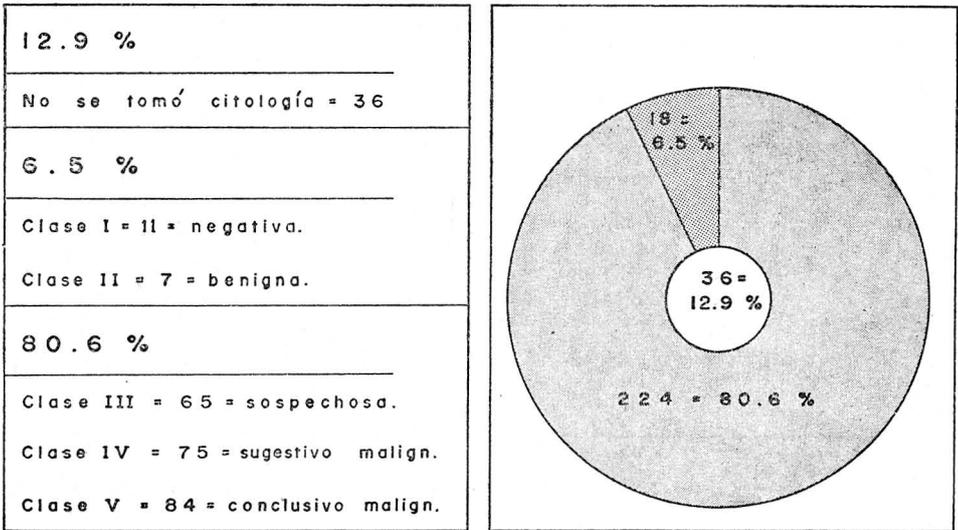
El número de falsos negativos correspondientes a las Clases I y II equivale a un 6.5%. Las clases restantes que indujeron a la sospecha de lesión neoplásica corresponden al 80.6%. Estas cifras, motivo de satisfacción, permiten reconocer que en

**CA. IN SITU DEL CERVIX. - 278 CASOS-  
ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**



Gráfica No. 4

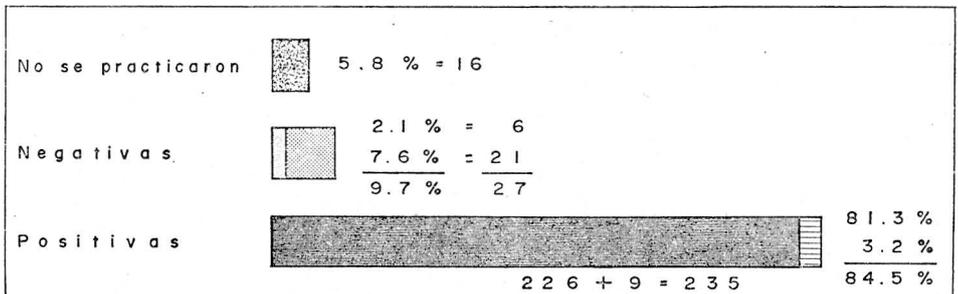
## CA. IN SITU DEL CERVIX. -278 CASOS- CITOLOGIAS



Gráfica No. 5

## CA. IN SITU DEL CERVIX. -278 CASOS- BIOPSIAS

	NEGATIVAS:	POSITIVAS:
No se practicaron 16	Negativas 6 Displasia 21	Ca. In Situ 226 Micro-Invasión 9
	} 27	} 235
<b>TOTAL</b>	<b>16 + 27 + 235 = 278</b>	



Gráfica No. 6

nuestro medio este procedimiento ya es altamente confiable y pone de manifiesto la calidad y entrenamiento de nuestros citopatólogos. En la actualidad los citólogos adicionan esta clasificación con la sugerencia diagnóstica, especificando el tipo de neoplasia. Esto naturalmente no supone una conducta terapéutica inmediata, sino los procedimientos diagnósticos complementarios.

## 2. Biopsias (Gráfica N° 6)

	Nº de Casos
No se practicó	16
Negativa	6
Displasia	21
Carcinoma in situ	226
Micro-invasión	9
<b>Total</b>	<b>278</b>
Total de casos positivos para lesiones neoplásicas	235

Esto da un porcentaje de efectividad en el diagnóstico de un 84.5%, que se puede elevar si se hacen las biopsias bien dirigidas valiéndose rutinariamente de las pruebas de Schiller o del uso del azul de toluidina, la colposcopia, y se practican las biopsias fraccionadas y rotuladas separadamente de exo y endocérvix, de manera que unas biopsias positivas, orientan exactamente hacia el sitio donde se debe practicar un segundo conjunto de biopsias que puedan descartar una lesión invasiva.

## 3. Conos (Gráfica N° 7)

	Nº de Casos
No se practicó	50
Negativo	12
Displasia	17
Carcinoma in situ	183
Micro-invasivo	16
<b>Total</b>	<b>278</b>

Total de casos en los que se practicó conización	228
Total de casos positivos para lesión neoplásica	199
Porcentaje de positividad para lesión neoplásica	71.6%

Los 12 casos negativos correspondieron seguramente a lesiones muy iniciales que fueron extirpados completamente en las biopsias. Un comentario semejante se puede hacer con las displasias, agregando únicamente que de acuerdo con la evolución natural de la lesión neoplásica intraepitelial, en la gran mayoría se pueden encontrar simultáneamente dos lesiones, pero en este estudio solamente se relacionan las más avanzadas.

## Complicaciones de las conizaciones:

Hemorragia	15 casos
Perforación	4 casos
Infección	1 caso
<b>Total</b>	<b>20 casos 8.7%</b>

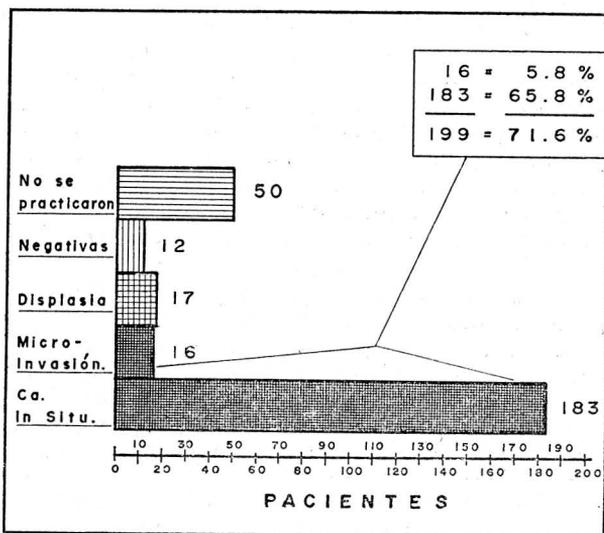
## Tratamiento (Gráfica N° 8)

	Nº de Casos
Sin tratamiento	17
Conización	88
Histerectomía	156
Histerolinfadenectomía	6
Radioterapia	3
Histerectomía + Radioterapia	1
<b>Total</b>	<b>271</b>
Histerectomía (Hallazgo)	7

En 17 casos no se efectuó tratamiento, uno de ellos por no aceptación de la paciente y los restantes por pérdida de control de las mismas después del diagnóstico.

## CA. IN SITU DEL CERVIX. -278 CASOS- CONIZACIONES

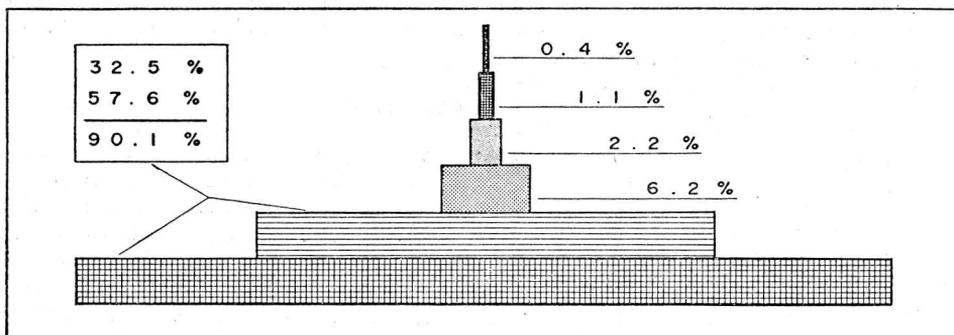
18.0 %	
No se practicaron	50
4.3 %	
Negativas	12
6.1 %	
Displasia	17
71.6 %	
Micro-Invasión 16	199
CA. In Situ 183	
TOTAL	278



Gráfica No. 7

## CA. IN SITU DEL CERVIX. -278 CASOS- TRATAMIENTO

Histerectomía + Radioterapia	1 = 0.4 %	No se hizo	17 = 6.2 %
Radioterapia	3 = 1.1 %	Conización	88 = 32.5 %
Histerolinfadenectomía	6 = 2.2 %	Histerectomía	156 = 57.6 %



Gráfica No. 8

En 88 casos el tratamiento único fue la conización. Este fue realizado en pacientes jóvenes, quienes deseaban gestaciones futuras o también que tan solo revelaban pocos focos bien diferenciados, o a quienes rechazaron cirugía más grande. Es de aclarar que en la mayoría de las pacientes a quienes se decidió esta conducta, eran fácilmente controlables. Recientemente se está practicando estudio exhaustivo del vértice del cono, y si este es negativo, teniendo concepto de negatividad a nivel de la línea de resección, se deja la paciente en observación, advirtiéndole la necesidad de vigilancia periódica.

En 156 casos se practicó histerectomía total. Este ha sido el procedimiento electivo en pacientes por encima de los 45 años, o en aquellas que presentan numerosos focos en el estudio del cono, o son muy indiferenciados, o no son pacientes fácilmente controlables. Tan solo se practicó salpingooforectomía complementaria en pacientes en menopausia no reciente.

Nueve (9) de las histerectomías fueron realizadas por vía vaginal, a pacientes con prolapso genital, o muy obesas.

En 6 casos se practicó histerolinfadenectomía radical, a aquellas pacientes que presentaron CA. microinvasivo en el cono, y con fines principalmente académicos. En todos los casos los ganglios fueron negativos.

A tres (3) pacientes por edad avanzada y mal estado cardiovascular se les hizo radioterapia.

En un caso se practicó histerectomía total y luego radioterapia por encontrarse en la pieza quirúrgica CA. infiltrantes.

Finalmente en 7 histerectomías que se realizaron por patología diferente,

el diagnóstico de CA. in situ fue un hallazgo.

Es de anotar que en las histerectomías practicadas post-conización en 140 casos, 24 revelaron tumor residual, que corresponden a un 24.2%. Este dato hace ver la importancia de estudiar cuidadosamente la conducta en particular en cada caso, y la responsabilidad del clínico al dejar pacientes en observación.

### Complicaciones de la Histerectomía:

24 casos presentaron complicaciones menores de orden respiratorio, digestivo, urinario, correspondiendo el mayor número a 11 abscesos, de pared abdominal o cúpula vaginal. Esta morbilidad corresponde a un 14,8%, que se explica en parte por el antecedente relativamente inmediato de la conización que ha favorecido el edema y la infección local.

Hubo una muerte por peritonitis y septicemia, siendo el porcentaje de mortalidad de 0.6%. Creemos que las cifras de morbilidad deben disminuir, efectuando la histerectomía no inmediatamente a la conización sino 6-8 semanas posteriormente, cuando hayan desaparecido los signos inflamatorios o infecciosos post-conización, ya que estos tratamientos hasta aquí informados se realizaron en un 72% en el primer mes de hecho el diagnóstico.

### Controles

61 pacientes se perdieron de vista después del tratamiento, es decir, el 22%. 217 que corresponden al 78%, han tenido controles posteriores, un 10% de ellos con más de 5 años y sin recurrencia. Este porcentaje aparentemente bajo, se explica, porque la gran mayoría de los casos no lleva aún 5 años de diagnosticados.

### Recurrencias

Se presentaron 10 casos:

4 Post-cono.

4 Post-histerectomía.

2 Multicéntricos.

En los cuatro (4) casos post-cono, se practicó reconización en dos de ellos e histerectomía en los dos restantes.

En los casos post-histerectomía se hizo tratamiento complementario con radium intravaginal. En los 2 casos que presentaron focos en vagina y vulva fueron tratados convencionalmente.

### Resumen y Conclusiones

Se hace la primera revisión integrada de varios hospitales sobre carcinoma in situ del cérvix, con 278 casos diagnosticados hasta el 1º de diciembre de 1968.

La mayor incidencia se presentó de los 35 a los 39 años, así como en las grandes múltiparas.

En el 76% de los casos, el cérvix era de aspecto sano o no sospechoso.

La Citología constituyó el más valioso procedimiento en el diagnóstico presuntivo con un porcentaje de acierto del 80.6% y confirmación de diagnóstico con biopsia en un 84.5% y conizaciones en un 71.6%.

Aproximadamente la tercera parte se trataron con conizaciones y las restantes con histerectomía total, encontrándose en el 24% tumor residual en el útero.

Se ha controlado el 78% de los casos.

Consideramos que se inicia con gran efectividad el diagnóstico de Carcinoma in situ del cérvix, pero que apenas es el primer paso en una gran campaña nacional por realizarse y que debe encontrar eco en las entidades médicas de dirección estatal.

### Summary and Conclusions

A first integrated revision has been made in various hospitals on carcinoma in situ of the cervix. There were 278 diagnosed cases reviewed until the first of December, 1968.

The mayor incidence appeared in the age group between 35-39 years, proportionately higher in the grand multipara patient.

In 76% of the cases the cervix showed either a healthy aspect or was not suspicious.

Citology was the most valuable procedure in presumptive diagnosis, with an 80.6 percentage of certitude. With biopsies there was 84.5% confirmation, and 71.6% with conizations.

Approximately one third were treated with conizations and the rest with total hysterectomy. Twenty-four percent were found with residual tumor in the uterus.

Seventy-eight percent of the cases are under control.

In our opinion, this is the beginning of an effective diagnosis of carcinoma in situ of the cervix, but this is only the first step of a larger national campaign to be accomplished with the cooperation of the national medical organizations.