

LA AMPUTACION DEL CUELLO UTERINO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN SITU.

**Resultados obtenidos en 140 pacientes seguidas y controladas en los últimos 10 años en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera".
La Habana — Cuba**

Dr. Armando Peralta

Jefe Depto. Obstetricia y Ginecología.

Dr. Emilio Camacho

Prof. Depto. Obstetricia y Ginecología.

Dr. J. Cabrera

Prof. Jefe Depto. Anatomía Patológica.

Dra. E. Pacheco

Jefe Sección Citología.

Dra. Carmen Luisa Casanova

Bio-Estadística.

Introducción

El tratamiento del Carcinoma in Situ va desde el tratamiento radiante hasta la histerectomía total con un manguito vaginal a los tratamientos conservadores como son la amputación de cuello, la exéresis parcial, la conización (4), la electrocirugía (5, 12), y más modernamente la crío cirugía.

En los últimos años la corriente mundial evoluciona hacia el tratamiento conservador (1).

Material y Método

En los últimos 10 años en la consulta de Patología de Cuello (7) de nuestro Hospital se han tratado 140

pacientes con amputación de cuello independientemente de la edad y la paridad de un total de 220 Carcinoma in Situ (6, 4).

El diagnóstico fue realizado en la consulta de Patología de Cuello a las pacientes que acuden de nuestras áreas de salud con citología III, IV y V.

El laboratorio de Citología radica en nuestro Hospital dirigido por un citólogo y 8 citotécnicas.

Se ofrecen dos consultas por semana (dos Ginecólogos calificados) y una consulta para toma de muestras, atendida por una Enfermera y una Citotécnica que toman las muestras de los casos en seguimiento.

El diagnóstico se realiza por biopsia dirigida previa colposcopia y legrado diagnóstico.

Los cuellos extirpados son enviados al Dpto. de Anatomía Patológica, se procesan con 14 fragmentos y cortes.

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento se realiza en el Hospital en coordinación estrecha con los seis policlínicos que atienden toda nuestra Sub-Región que cuenta con 220.000 habitantes y garantiza la asistencia periódica de la paciente una vez por trimestre en el primer año, semestralmente hasta los cinco años y después anualmente.

De las historias clínicas de estas pacientes y la fecha de consulta se han obtenido los datos que vamos a analizar.

Se realizó un estudio en un grupo de pacientes con Citología negativa de la Región para comparar datos epidemiológicos como: edad de las primeras relaciones sexuales, raza y paridad.

Resultados obtenidos

Del análisis de las primeras relaciones sexuales (Gráfico 1) el mayor porcentaje estuvo comprendido entre el grupo etáreo de 15-19 con un 67,14%.

GRAFICO No. 1

ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS DISTRIBUCION DE EDAD DE PRIMERAS RELACIONES SEXUALES SEGUN FRECUENCIA HOSPITAL ENRIQUE CABRERA AÑOS 1966-1975

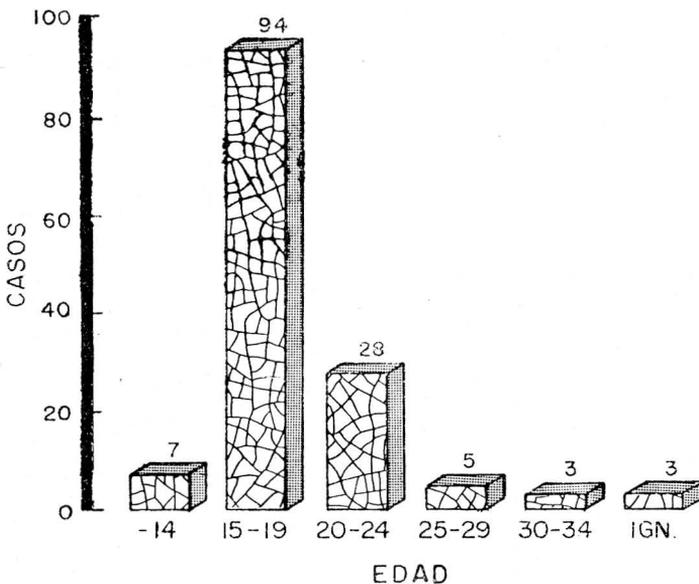
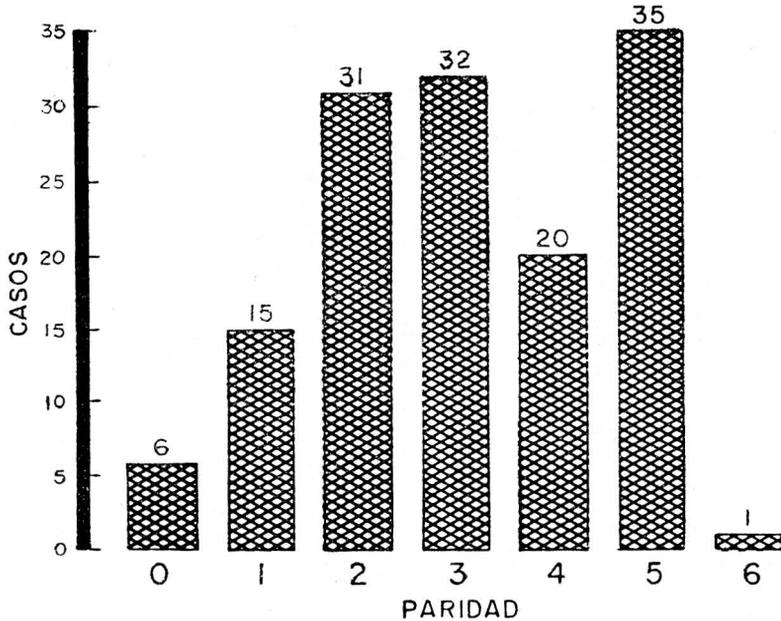


GRAFICO No. 2

ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE PARIDAD SEGUN FRECUENCIAHOSPITAL ENRIQUE CABRERA
AÑOS 1966-1975

El Grupo Control presenta un 48% en este mismo grupo etáreo, lo cual coincide con lo planteado por diferentes autores en relación con aumento de la incidencia de esta Patología y relaciones sexuales precoces (10, 2).

En relación a la paridad (Gráfico 2) encontramos 6 pacientes nulíparas que representa el 4,28%; con un hijo, 15 pacientes que representa un 14,7%; con dos hijos 31, para un 22,14%, el resto de las pacientes con 4 hijos y más se comporta muy similar en el % del grupo control (8).

La edad en que fue diagnosticado el Carcinoma (Gráfico 3), la mayor frecuencia apareció en pacientes en-

tre 30 y 34 años (40 pacientes) para un 28,5%, siguiendo el grupo de 25 a 29 (25 pacientes) para un 17,8%. Es de señalar una paciente entre 15-19 años. De 35 a 39 y demás grupos hasta 50 años y más se mantiene un % bastante uniforme.

Atendiendo al número de abortos (Gráfico 4) el mayor porcentaje está comprendido entre 44 pacientes que no tuvieron abortos para un 31,4% y las que tuvieron 1 aborto para un 23,5% (33 pacientes). Cifras similares se obtuvieron en el grupo control.

La raza blanca (Gráfico 5) representó un 71%, la negra el 16% y la mestiza un 13%. Estos datos coinciden con los encontrados en el grupo control.

GRAFICO N° 3
ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE EDAD EN AÑOS SEGUN FRECUENCIA
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA — AÑOS 1966-1975

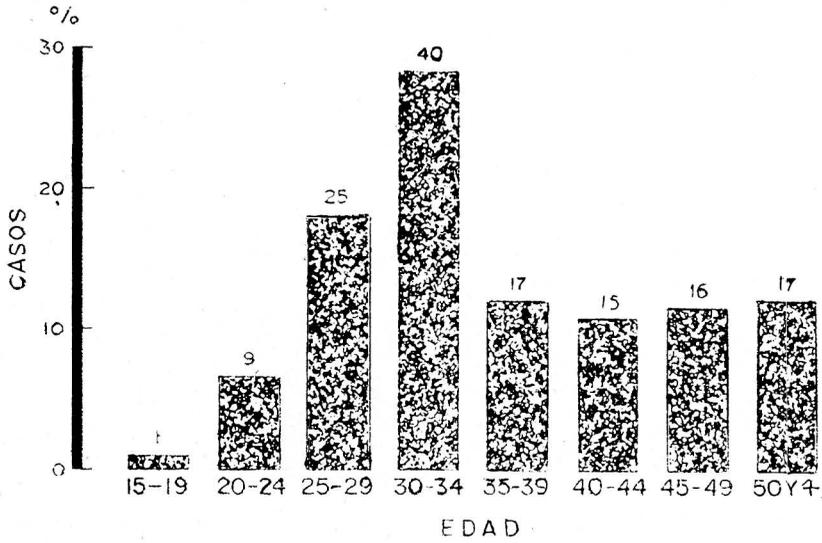


GRAFICO N° 4
ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE NUMERO DE ABORTOS SEGUN FRECUENCIA
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA — AÑOS 1966-1975

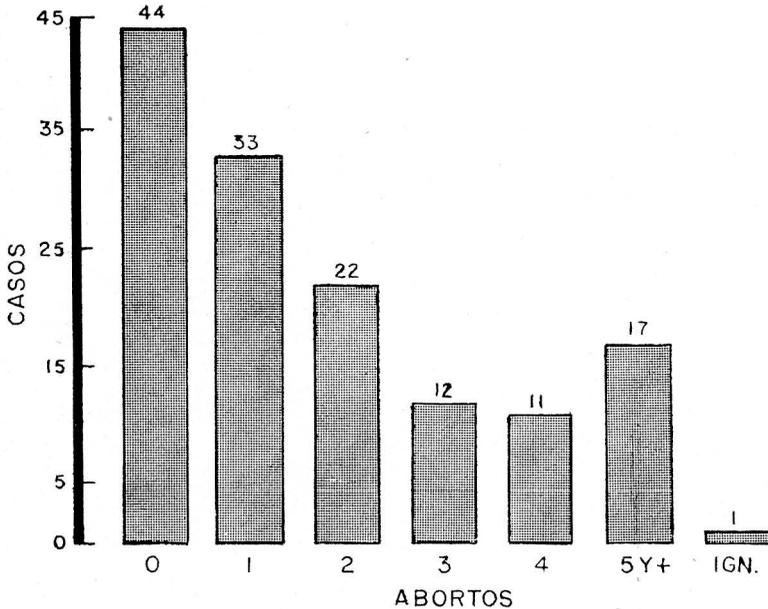
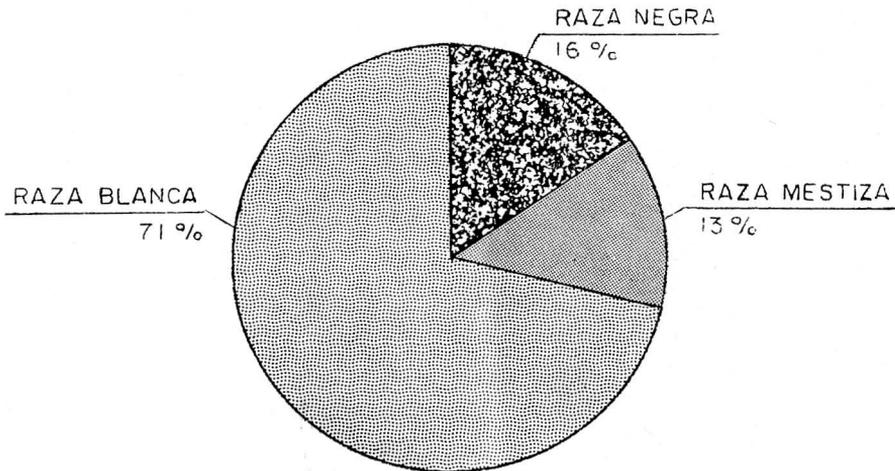


GRAFICO No. 5

ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE RAZA SEGUN FRECUENCIA
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA
AÑOS 1966-1975



La tasa del Carcinoma in Situ en relación al número total de Citologías es de 0.15%. Estos datos epidemiológicos coinciden con lo planteado por otros autores.

La Citología (según grados de Papanicolaou (Gráfico 6) encontrada en la primera consulta presenta el mayor % entre los grados IV y V para un 68,5%. Cuarenta y cuatro paciente tuvieron Citología III para un 31%.

De las 140 pacientes el 23,7% tienen 5 años y más de operadas (Gráfico 7) y con 4 años un 60% (9).

No hemos tenido fallecidos en ninguna de las pacientes ni recidivas de Carcinoma in Situ. Una paciente tuvo una Citología III persistente a los 2 años de operada, se le realizó histe-

rectomía con resultado A. Patológico de una Displasia severa.

A un 22,8% de todas las pacientes se les realizó posteriormente Histerectomía total. (6 semanas post-amputación).

La mayor indicación fue que el Carcinoma in Situ llegaba al borde de sección o a sugerencias del Patólogo (11).

En 14 úteros extirpados de un total de 32 fueron encontrados restos del tumor para un 43,7%, en 16 no se encontró resto alguno de Neoplasia para un 50%, lo que confirma lo planteado por otros autores que la cicatrización post amputación puede hacer desaparecer los restos de un Carcinoma in Situ (11).

GRAFICO N° 6

ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE RESULTADO P.C. SEGUN FRECUENCIA
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA — AÑOS 1966-1975

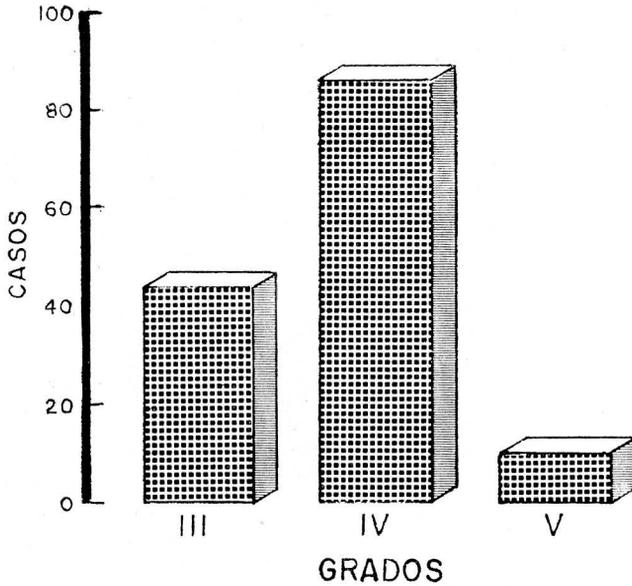
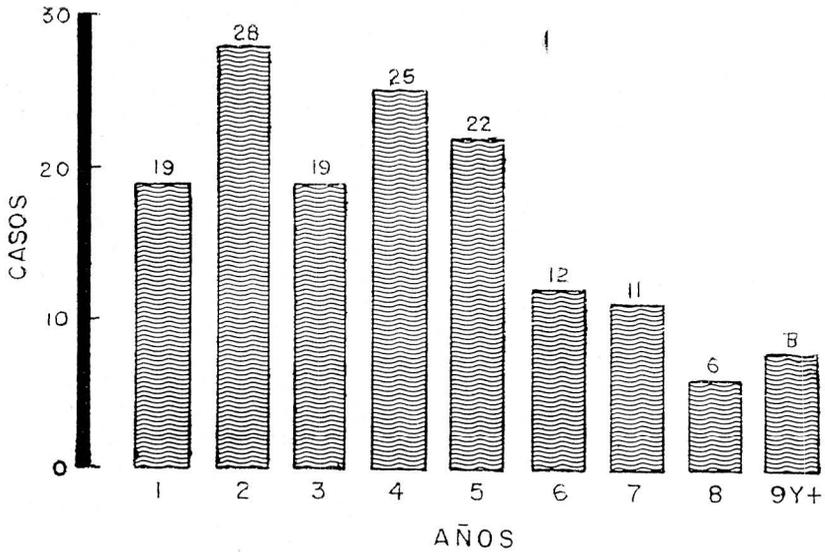


GRAFICO N° 7

ESTUDIO DE 140 CASOS SEGUIDOS DURANTE 10 AÑOS
DISTRIBUCION DE AÑOS DE OPERADA SEGUN FRECUENCIA
HOSPITAL ENRIQUE CABRERA — AÑOS 1966-1975



Otro útero con displasia moderada y uno con metaplasia escamosa.

Quince pacientes gestaron después del tratamiento para un total de 21 embarazos.

Resultados

- 7 partos fisiológicos
- 3 cesáreas
- 7 interrupciones
- 4 abortos

Entre 1974 y 1975 han sido controladas el 96% de las pacientes en la consulta y se les ha realizado una Citología vaginal.

Conclusiones

Creemos que el tratamiento conservador con amputación de cuello es la terapéutica a seguir en el tratamiento del Carcinoma in Situ.

El diagnóstico citológico con un 68% entre altamente sospechosas y positivas y un 31% de sospechosas es bueno.

De un total de 84 mujeres en edad fértil hubo 21 gestaciones en 15 pacientes para un 24,4% de embarazos.

Un 60% de nuestras pacientes tienen 4 o más años de operadas y un 23,7% con 5 años y más.

El 96% de las pacientes están controladas clínica y citológicamente. No tenemos fallecidas en nuestra casuística.

Este método es recomendable sólo cuando puede garantizarse un seguimiento adecuado de la paciente.

Conclusions

We believe that the conservative treatment of amputation of the cer-

vix uteri is the appropriate procedure for the treatment of carcinoma in situ.

The cytological diagnose with 68% of highly suspicious and positive indications and 31% of suspicious indications is good.

Of a total of 84 women in fertile age, there were 21 pregnancies in 15 patients for a total of 24.4% of pregnancies.

60% of our patients were operated four or more years ago and 23.7% have lived more years ago.

96% of the patients are clinically and cytologically controlled. We have no deaths in our cases.

This method is recommended only when an adequate treatment of the patient may be guaranteed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 COPPLESON-REID: Preclínica Carcinoma of the Cervix Uteri. 196-199 Pergamon Press 1968.
- 2 COPPLESON, M.: Carcinoma del Cérnix. Epidemiología y Etiología. British. J. Julio 1970.
- 3 GREEG G. H. 1966 Am. J. Obstet. Gynec. 94. 1009.
- 4 KULLANCHER S.: Treatment of Carcinoma in Situ of the Cervix uteri by Conization. A five years follow-up. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 50: 153-7-1971.
- 5 KOLSTAD, P.: Am. J. Obst. Gynecol. 96-1098. 1966.
- 6 L. A. NOVIKOVA. N. I. SHVAEVA. Delegación URSS. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino. C.A.M.E. La Habana, Cuba.
- 7 LAGRUTA, J. Et al. Cáncer del Cuello uterino. Intermédica. Buenos Aires, Argentina. 1966.

- 8 PERALTA ARMANDO: Ponencia-Consulta de Patología de Cuello. Fórum Nacional Cáncer Cervicouterino. MINSAP. La Habana. 1972.
- 9 ROTKIN I. D.; KING, R. W. 1962. Amer. J. Obst. Gynecol. 83-120.
- 10 SPRIGS. A. J. Follow-up on treated Carcinoma in Situ of the Cervix Uteri. Lancet. 2: 599-600, 11 Sep. 1971.
- 11 TERRIS, M.; DALMAU, M. R. (1960) J. Amer. Méd. AM. 174-1947. (Citado por Copleston. British. Journal of Hospital Medicine. Julio 1970.
- 12 WILLIAMSON et al. 1964. AM. J. Obstet. Gynec. 88-1092. Dilworth E. E. and Maxwell, G. E. 1962. Am. J. Obst. Gynec. 84. 83.
- 13 YOUNGE P. A. HERTIG A. T.: ARMSTRONG D. (1949). Amer. J. Obstet. Gynec. 58. 867.