Comentarios a la ponencia "Carcinoma intra-epitelial del cervix uterino"

Profesor Pedro Nel Cardona C., doctores Gustavo Isaza M., Gonzalo Vásquez V., Fernando Cardona A.

De la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Antioquia.

La Convención Nacional de Obstetricia y Ginecología ha designado como comentaristas de la Ponencia "Carcinoma Intra-epitelial del cervix uterino" presentada por la Delegación de Bogotá (Instituto Nacional de Cancerología), a la Delegación de Medellín.

Nosotros gustosos haremos el comentario del excelente trabajo presentado por los doctores Guillermo López Escobar, Luis A. Urdaneta, Enrique Darnalt, Germán Jordán, Hernando Osorio, Hugo Quijano y Jaime Salazar.

Es nuestro espíritu al hacer el presente comentario, el poner de relieve, dándole así un mayor realce las magníficas partes de la ponencia "Carcinoma Intra-epitelial del cervix uterino", y a la vez, presentar algunos puntos de vista, referentes al carcinoma intra-epitelial; con la sola intención de mostrar el mismo problema desde un ángulo diferente, para así poder tener una visión de mayor profundidad semejante a la que vemos en la pantalla cuando una imagen ha sido captada por dos cámaras en diferente ángulo.

La ponencia como bien la acaban de escuchar, ha sido dividida en tres partes: la primera en donde se presenta un resumen del cuadro histológico del cervix normal y patológico, y la investigación del glucógeno; la segunda en donde se presenta y discute el resumen de los carcinomas intra-epiteliales hallados, y la tercera en donde se hacen comentarios y se sacan conclusiones relacionadas con el diagnóstico y la conducta que ha de seguirse en el carcinoma intra-epitelial.

Comenzaremos comentando, como es lógico, la primera parte, es decir, la referente al cuadro histológico normal y patológico y a la investigación del glucógeno.

Los ponentes nos definieron en forma clara y académica los epitelios normales que se encuentran en el cervix, lo mismo que los estados de metaplasia, leucoplasia, anaplasia regenerativa, hi-

poplasia, y las modificaciones del epitelio cervical en el embarazo; en lo referente a las hiperplasias vimos que la clasificación seguida por nuestros ilustres y gentiles colegas fue la de las escuelas americanas y francesas; que nosotros consideramos correcta, lógica y acertada; sin embargo, creemos que la escuela alemana encabezada por Hinselmann, en lo referente a la clasificación de los epitelios atípicos, merece un breve recordatorio en nuestro comentario, ya que ella nos presenta los mismos epitelios pero catalogados en distinta forma, quizá un poco más didáctica, que no vacilamos en exponer, pues creemos que con ello cumplimos en parte con nuestros deseos al presentar estos tejidos atípicos desde un ángulo diferente (Clasificación tomada de "Atlas de Colposcopia de Gustav Mestwerdt").

Clasificación del epitelio atípico con tendencia queratinizante del cervix de Hinselmann:

Epitelio atípico **simple** con tendencia queratinizante.

= En extensión de superficie:

Rúbrica I.— Discontinuidad neta con el epitelio normal. Estratificación análoga a la piel: células basales (en general una capa), estratum germinativo (2 o 3 capas), estratum espinoso (muchas capas), estratum córneo (o bien queratinización verdadera o bien paraqueratosis).

Figura número 1. Rúbrica I

= Con desarrollo de las papilas:

Rúbrica II.—Desarrollo de las papilas hacia la periferia II-a

Figura número 2. Rúbrica II-a

Desarrollo de las papilas hacia el corion.... II-b

Figura número 3. Rúbrica II-b

Desarrollo de las papilas hacia las glándulas II-c

Figura número 4. Rúbrica II-c

Epitelio atípico **complejo** con tendencia queratinisante.

= En extensión de superficie:

Rúbrica III.—El epitelio de revestimiento está compuesto de capas que pueden ser eliminadas. Ausencia de estratificación del epitelio. Aumento manifiesto del número de núcleos con polimorfismo. Reacción de células pequeñas en el conjuntivo (Se diferencia principalmente de la Rúbrica 1 por la neoformación celular.

Figura número 5. Rúbrica III

= Con desarrollo de las papilas.

Figura número 6. Rúbrica IV-a

Rúbrica IV.—Desarrollo de las papilas hacia la periferia.....	IV-a
Desarrollo de las papilas hacia el corion....	IV-b

Figura número 7. Rúbrica IV-b

Desarrollo de las papilas hacia las glándulas	IV-e
--	------

Figura número 8. Rúbrica IV-c

Como lo comentó uno de nosotros en un trabajo publicado hace varios años, las Rúbricas III y IV presentan una estructura histológica característica; se ha perdido por completo la estratificación normal, todo el espesor está formado por células inmaduras con irregularidades celulares y nucleares; se observan abundantes mitosis atípicas, es muy marcada la alteración de la relación núcleo-protoplasmática, y a veces se observa capa córnea, éste es el epitelio exacerbado de los autores alemanes y corresponde al carcinoma intra-epitelial, carcinoma superficial, carcinoma in situ de los autores americanos y franceses. Actualmente se halla claramente demostrado que el "epitelio exacerbado" es en realidad un carcinoma de desarrollo superficial incipiente que presenta la membrana basal intacta, concepto éste de Roberto Meyer y que se halla en completo desacuerdo con el postulado de Virchow, quien sostenía que solo podía considerarse como carcinoma aquellas alteraciones celulares epidérmicas que hacían su crecimiento con invasión hacia el corión, destruyendo la membrana basal.

Comentan los ponentes en seguida de la descripción de los epitelios, el problema de la interpretación exacta del carcinoma intra-epitelial o *in-situ*, y nos dan el concepto de los Laboratorios de la Clínica Ginecológica de París, y el de Memoir Marsh; creemos que los conceptos por ellos emitidos son sustancialmente los mismos sostenidos por Roberto Meyer. Sin embargo, juzgamos que las anomalías en el número y en la disposición de los cromosomas descrita por Moricard y presentada en el Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología de Ginebra, deben ser tenidas en cuenta; ellos se refieren a la gran cantidad de células que

presentan sus cromosomas en metafase (más del 50%), con anomalías en su posición y en su número (más del 10%), características éstas que no se encuentran en las otras lesiones cervicales, siendo esto efecto y no causa del carcinoma intra-epitelial, como lo señala el autor.

Con gran satisfacción vemos que nuestros colegas de Bogotá, hacen un justo elogio al test de Schiller y a la importancia del estudio del glucógeno en las preparaciones microscópicas, creemos sinceramente que su estudio es un gran paso en el difícil problema de los epitelios atípicos del cervix, y en nuestra cátedra de ginecología no vacilamos en enseñar y preconizar lo expuesto por los ponentes, que es el fiel reflejo del pensamiento europeo. Sin embargo, creemos que debe tenerse siempre presente al hacer un estudio del cervix, lo demostrado por el doctor Hans Limburg, de la Universidad de Hamburgo, de que algunos carcinomas de alta diferenciación celular contienen gran cantidad de glucógeno y son por consiguiente yodo positivos; esto si bien en parte le resta un poco de valor al Schiller, en nada perjudica el estudio de las preparaciones microscópicas; ya que el mismo doctor Limburg nos dice que son carcinomas de alta diferenciación celular. También ha demostrado este tumor que en algunos casos el lugol altera, en parte, los epitelios y ello, si no lo tenemos en cuenta, puede inducirnos a error al leer los cortes histológicos.

En la segunda parte de la ponencia los doctores de Cundinamarca nos presentaron un resumen de 21 casos de carcinoma intraepitelial, y al margen el comentario de 4 casos no incluidos por las razones por ellos anotadas.

Por carecer de los informes anatomopatológicos de cada caso, del número de cortes efectuados a cada espécimen, y de sus correspondientes imágenes que los ponentes por inconvenientes seguramente mayores, no pudieron remitir con el trabajo, nos abstemos a comentar los casos separadamente.

Queremos solo resaltar el hecho, que bien merece tenerse en cuenta, de que en uno de ellos la citología fue negativa antes del tratamiento de la lesión, dato éste opuesto a la positividad de los extendidos vaginales del carcinoma intra-epitelial encontrado por Funck Brentano y sus colaboradores, y al hallado por uno de nosotros en el trabajo anteriormente citado.

En la tercera parte se hicieron comentarios y se sacaron conclusiones relacionadas con el diagnóstico y la conducta que ha de seguirse en el carcinoma intra-epitelial

Primero los autores se refieren al término que se debe precisar para esta entidad, y se muestran con lógica razón partidarios del término carcinoma intra-epitelial, pues juzgan que se debe de preferir el concepto histopatológico. Estamos seguros de que la gran mayoría de los médicos participantes en esta III Convención de Obstetricias y Ginecología acogen gustosos el término propuesto por los doctores de Bogotá, y que es el mismo adoptado por la Clínica Ginecológica de París que dirige el profesor Funck Brentano.

En seguida se refirieron los ponentes al arduo problema del diagnóstico del carcinoma intra-epitelial y nos precisaron las cinco características que ellos juzgaron indispensables para el diagnóstico de esta entidad, desde el punto de vista histológico; nosotros una vez más estamos identificados con el pensamiento de los firmantes de la ponencia y comprendemos el que hayan omitido la característica de la membrana conjuntiva basal intacta por considerar que su sola enumeración era ya un pleonismo.

Al margen de su definición y su diagnóstico en cuanto la separan de las lesiones displásicas, queremos hacer un breve comentario en lo referente a los factores esenciales para poder considerar un carcinoma intra-epitelial como tal, es decir, no invasor. Creemos que con el fin de tener unidad de criterio mundial, es necesario el que se fije un número determinado de cortes histológicos por milímetros; y cuánto es el mínimo de tejido sano necesario que debe ser incluido, y cuántos cortes deben efectuarse en él para considerar que una lesión es *in-situ*. Estamos íntimamente convencidos de que mientras no se logre esta unidad de concepto, es imposible el establecer relaciones entre trabajos sobre el mismo tema y sacar conclusiones sobre el "quid" más importante que es tratamiento, es decir, la conducta a seguir, ya que todos tendrán como base las apreciaciones subjetivas y ello por definición impide la unidad de criterio.

En seguida los autores nos comentan de nuevo el difícil diagnóstico del carcinoma intra-epitelial en el embarazo y la conducta que ha de tomarse en su presencia; nos parece admirable y plausible el pensamiento de los doctores bogotanos, pues solo con precaución y reserva, tanto en el embarazo como en el **post-partum** podremos estar en posesión de la verdad respecto a su diagnóstico y como consecuencia de ello, en la ruta certera para la conducta terapéutica.

A continuación se preguntan los ponentes si el carcinoma intra-epitelial evoluciona hacia un carcinoma invasor, y si el in-

vasor se encuentra siempre precedido de uno intra-epitelial. Creemos, como lo expusimos un poco más atrás, que mientras no se establezca una unidad mundial en la cantidad de tejido adyacente que debe de incluirse, y el número de cortes que deben de efectuarse por unidad de volumen, no es posible dar una respuesta cierta basados en el **sumum** de la verdad que es la experiencia, pues estaremos juzgando y sacando conclusiones de casos de diferentes grados clínicos.

Y lo mismo podemos decir referente a la incidencia, de allí el que nos expliquemos las variaciones de los porcentajes de 1.8% de Marsh y Hellman, de 1.2% de Funck Brentano, de 0.57% de Winship y de 0.25% de los ponentes.

Finalmente se nos expuso en el excelente trabajo que acabamos de escuchar un admirable resumen respecto al tratamiento a seguir en las diferentes edades y estados de las pacientes. Una vez más estamos identificados con el pensamiento de los ponentes en lo referente al tratamiento del carcinoma intra-epitelial en las embarazadas, en las premenopáusicas y en las que no pueden someterse a control, solo discernimos en las pacientes que pueden ser controladas, que en nuestro concepto mientras no se tenga la tan recalcada unidad y veamos la evolución en ellas, debemos ser partidarios de la histerectomía con o sin ooforectomía, tal como lo preconizan Meigs y Te Linde, citados en la ponencia y como lo rectifica éste último en el American Journal de Obstetricia y Ginecología, de octubre de este año.

Queremos antes de terminar felicitar una vez más a los doctores Guillermo López Escobar, Luis A. Urdaneta, Enrique Darnalt, Germán Jordán, Hernando Osorio, Hugo Quijano y Jaime Salazar por el admirable trabajo que nos han presentado, y en nombre de todos los convencionistas, y en el nuestro, damos las gracias a los doctores ponentes por las magníficas enseñanzas que tan generosamente nos ha dado.