Carcinoma In Situ

DIAGNOSTICO Y MANEJO

BIOPSIA FRENTE A CONO

Hospital de San Juan de Dios de Cali 1970 – 1976

DR.: NESTOR H. AMOROCHO P.

DR.: FABIO HENAO A.

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar entre las neoplasias que afectan a la población Colombiana. (3).

Corresponde a la mitad de los cánceres que afectan el sistema reproductivo femenino, (3) (1) incluyendo la mama y una tercera parte de los tumores que se presentan en mujeres en la ciudad de Cali (5).

La introducción de la citología marca, en la historia de la práctica ginecológica, un cambio significativo en el diagnóstico del cáncer invasor de cuello uterino, permitiendo encontrarlo en etapa más temprana y sirviendo de guía hacia el diagnóstico de sus precursores: la displasia y el carcinoma in situ (11) (10) (12). El diagnóstico definitivo de cancer, dado por el estudio histopatológico de especímenes de cervix, obtenido por biopsia, fue mejorado notoriamente

cuando en 1929 Schiller aporta el método de toma de biopsia previa "aplicación de yodo y raspado del epitelio de la porción vaginal del cuello".

Fue necesario que transcurrieran años, para reconocer universalmente, que tanto la citología como la colposcopia, ideada por Hinselman desde 1925, tenían posibilidades pero también limitaciones en el diagnóstico del cancer de cervix y que ambos métodos se complementan. Dada la falta de suficientes colposcopistas con experiencia es difícil recurrir a ambos métodos para complementarlos.

En la actualidad, la función principal de la colposcopia consiste en la valoración clínica de pacientes con citología exfoliativa anormal y gran ayuda en la toma de biopsia "dirigida bajo colposcopia" (11) (10).

Se ha invocado la conización del cervix como único procedimiento

de seguridad diagnóstica histológica, para demostrar la neoplasia (7) y de otro lado hay quienes, en forma clásica, preconizan efectuar la biopsia como un método inicial de selección, seguida de conización, en casos escogidos (9-2).

Utilizando la prueba de Schiller, para efectuar "biopsia dirigida" del cuello uterino se ha señalado una exactitud de 84 a 97% para los casos de carcinoma in situ y temprana invasión del estroma (4) (8) (12).

En el presente trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo del carcinoma in situ de Cervix, a partir de la citología vaginal, para continuar la secuencia biopsia cirugía (histerec-mía) obviando el cono, (salvo casos especiales) en busca de una metodología racional que ofrezca un margen de seguridad adecuada, que disminuya labor de histopatología y abarate costos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes de este tipo, en el precario medio hospitalario de nuestro país.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se hizo en base al diagnóstico de egreso de pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, en un lapso de 7 años comprendido entre Enero 1º de 1970 y Diciembre 31 de 1976.

Es pertinente anotar que nuestro Hospital durante el periodo anotado y hasta la actualidad, se encuentra en proceso de remodelación y las dificultades locativas inheren-

tes a la construcción, se reflejan en disminución de disponibilidades en planta física y por ende en reducción de número de camas.

Se tomaron 119 historias clínicas que correspondieron al total de egresos de pacientes con diagnóstico de Carcinoma in situ de cuello uterino, en el lapso anotado.

A todas las pacientes se les había efectuado citología vaginal, rutina establecida en el Servicio de Ginecología del Hospital, previa a la consulta médica en consulta externa.

Siguiendo las normas para el manejo de pacientes, se efectúa biopsia de cervix bajo Schiller a todas aquellas cuya citología sea informada grado III o mayor y se hace la valoración clínica respectiva en base al diagnóstico Histopatológico de la biopsia que confirma el Carcinoma.

Los estados II y subsiguientes que en los primeros años (1970-1973) se diagnosticaron, fueron hospitalizados para complementar su estudio y posterior remisión a otro centro hospitalario para Cobaltoterapia; en la actualidad estas pacientes no se hospitalizan. Aquellos casos diagnosticados como Ca. in situ, siguiendo la conducta ya definida desde 1968, en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali (12), se llevan a Histerectomía, sin efectuar conización previa a la intervención.

Se reserva el Cono sólo para pacientes que no aceptan por razones

de edad y con miras a conservar la función Obstétrica, la extirpación del útero. En la revisión para este trabajo se encontraron cuatro pacientes a las cuales se les efectuó conización.

RESULTADOS

Este cuadro muestra el total de egresos del Hospital, distribuido por año y sexo, observándose que la demanda de servicios hospitalarios es mayor para mujeres - 58.32% - que para hombres - 41.68% en el total de los 7 años de la revisión.

EGRESOS HOSPITALARIOS

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO Y AÑO

AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
1970	2659	43.84	3.406	56.16	6.065
1971	2526	43.64	3.262	56.36	5.788
1972	2027	41.25	2.887	58.75	4.914
1973	2045	40.53	3.001	59.47	5.046
1974	1747	38.27	2.818	61.73	4.565
1975	1726	42.22	2.362	57.78	4.088
1976	1359	40.76	1.975	59.24	3.334
TOTAL	14.089	41.68	19.711	58.32	33.800

CUADRO Nº 1

DIAGNOSTICO CARCINOMA DE CERVIX (0-IV)

POR EGRESOS FEMENINOS

EGRESOS FEMENINOS		Ca. CERVIX	
Nº	%	Nº	%
19.711	58.32	229	1.16

CUADRO Nº 2

Efectuado el análisis estadístico de los diagnósticos que correspondieron a la población femenina atendida en el periodo 1970-1976, se en-

contró que el 1.16% fué Carcinoma de Cervix, sin hacer consideración del estadio clínico.

Dirigiendo la investigación diagnóstica hacia el Carcinoma in situ de Cervix y efectuado el cernimiento entre el número global de

pacientes con diagnóstico de Carcinoma de cuello uterino se concluyó que el estadio "0" representa 51.96% del total.

RELACION DE Ca. CERVIX IN SITU FRENTE A OTROS
ESTADOS POR AÑOS

AÑO	Ca. CERVIX CERO Nº	%	Ca. CERVIX 1-IV Nº	%	TOTAL Nº
1970	18	43.90	23	56.10	41
1971	15	40.54	22	59.46	37
1972	11	37.93	18	62.07	29
1973	20	62.50	12	37.50	32
1974	18	48.65	19	51.35	37
1975	25	65.79	13	34.21	38
1976	12	80	3	20	15
TOTAL	119	52	110	48	229

CUADRO Nº 3

Es conveniente anotar que para el último año del estudio -1976-, las pacientes con diagnóstico de estadio II a IV, se remitiéron al centro de referencia para Cobaltorapia con sólo el informe de biopsia, en tanto que en los años precedentes, el Hospital realizó los estudios y análisis complementarios previos al tratamiento con Cobalto.

gráficos que se encontraron consignados en las 119 Historias Clínicas, encontramos como otros autores (3) (5) (6) (12) que entre los 30 y 49 se encuentra la más alta incidencia, mostrando que el mayor riesgo corresponde a estos grupos de edad. Por debajo de los 20 años, no se presentó ningún caso, la paciente de menor edad registró 21 años y la de mayor edad 63 años.

En referencia a los datos demo-

CARCINOMA IN SITU EDAD POR GRUPOS

EDAD	Nº CASOS	%
15 - 19	0	3.36
20 - 24	4	5.88
30 - 34	29	24.37
35 - 39	23	19.33
45 - 49	20	16.81
50 - 54	8	6.72
55 - más	10	8.40
TOTAL	119	100

CUADRO Nº 4

El 40.34% de las citologías fueron informadas como sospechosas

(III) y el 59.66% fueron informadas como positivas (IV ó V).

CITOLOGIA QUE MOTIVO LA BIOPSIA		
GRADOS	Nº	%
III SOSPECHOSA	48	40.34
IV - V POSITIVA	71	59.66
TOTALES	119	100

CUADRO Nº 5

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO POST OPERACION					
INTERVENCION	D I A G N O S T I C O				
	CERVICITIS	DISPLASIA	IN SITU	MOCROINV.	INVASIVO
HISTERECTOMIA	9 (7.56%)	3 (2.52%)	94 (79%)	4 (3.36%)	5 (4.20%)
CONO			3 (2.52%)	1 (.84%)	

CUADRO Nº 6

El cuadro Nº 6 muestra el diagnóstico Histológico de la pieza quirúrgica, observándose la coincidencia con el informe de Biopsia en el 81.52% de los casos con exactitud, correspondiendo a Carcinoma In situ.

Si tomamos por efecto de la conducta quirúrgica a seguir como correctos los diagnósticos de Microinvasivo y Displasia -6.72%, y asimilamos en el mismo sentido 7.56% de Cervicitis, llegamos a un gran total de 95.80% de seguridad en el diagnóstico, en referencia a la conducta seguida.

De los conos efectuados en uno, informado como Microinvasivo, se llevó la paciente a histerectomía.

La correlación Citología - Biopsia - Pieza Quirúrgica - Cuadro Nº 7, presenta la Citología sospechosa o positiva discriminada por años v/s la Patología de la Pieza Quirúrgica, a partir del diagnóstico de Carcinoma In situ, establecido inicialmente por el informe Histológico de la Biopsia.

Haciendo el análisis del cuadro por años, podemos observar que sólo para el año 1975 se encuentran

dos citologías falsas positivas, hecho éste, anotado por otros autores (6) (7) (10) (11) que creemos pudiera deberse a la extirpación total del Carcinoma In situ con la Biopsia, no permitiendo corroborar el diagnóstico en la Pieza Quirúrgica.

Creemos que la Citología positiva (IV y V) es un buen indicio que, casi con seguridad, conduce al diagnóstico de Neoplasia, una vez se tome la Biopsia.

De todas maneras estamos convencidos que toda citología grado III o mayor es necesariamente tributaria de Biopsia de cuello uterino, siguiendo el esquema de manejo propuesto por Restrepo en nuestro Hospital (12), conducta que seguimos en todos estos casos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizan 119 Historias Clínicas correspondientes a pacientes con diagnóstico de Ca. In situ de Cervix, del Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, las cuales se presentaron en el período: Enero 1º de 1970 a Diciembre 31 de 1976.

La Biopsia de Cervix sirvió como punto de partida para hacer el estudio retrospectivo hacia la Citología (40% sospechosa 60% positiva) que la motivó y el prospectivo hacia el diagnóstico Histopatológico de la pieza quirúrgica (Histerectomía o Cono).

La correlación resultante: CITOLOGIA, BIOPSIA, PIEZA QUIRURGICA lleva a la conclusión que se puede omitir el Cono de ru-

tina, en el manejo del Ca. In situ de Cervix. Este procedimiento es la norma que se sigue en el Hospital de San Juan de Dios de Cali. El margen de error encontrado 4.2% establece un buen índice de seguridad para el tratamiento quirúrgico de estos casos en población hospitalaria, contribuyendo a disminuir los costos que presuponen efectuar Conización de Cervix en forma obligada.

El Cono se reserva para tratamiento definitivo en aquellas pacientes que rechazan la extirpación de útero en favor de conservar su función obstétrica.

Los casos que resultaron con diagnóstico definitivo de Carcinoma invasor, al seguir la secuencia Citología - Biopsia - Histerectomía, fueron referidos para Cobaltoterapia.

Los autores, de acuerdo a su experiencia, recomiendan la prueba de Schiller como un método apropiado y confiable para tomar la Biopsia de Cervix, pero no desconocen la seguridad que brinda la Colposcopia dirigida, utilizada en aquellos centros que poseen equipo y personal entrenado para su correcto uso.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

119 Casos de Ca in situ de cervix se analizan en la correlación citología - biopsia - pieza quirúrgica, concluyendo, aquí los autores, que se puede omitir la conización de rutina, ya que un margen de error de 4,2% parece un buen índice de seguridad.

Ca In Situ de Cervix
Hospital de San Juan de Dios de Cali
1.970 - 1.976

Correlación Citología Biopsia Pieza quirúrgica

AÑO	No. Casos Biopsia Ca. In Situ	Citología		Patología pieza quirúrgica y Citología				
		Sospechosa	Positiva	Cervicitis	Displasia	Micro	Invasivo	In SITU
1970	18	5	13	$\frac{\text{III}}{\text{I}}$				17
1971	15	8	7	$\frac{\text{III}}{\text{I}}$		$\frac{\text{V}}{\text{I}}$	$\frac{\text{IV}}{1}$	12
1972	11	5	6			$\frac{\text{V}}{2}$		9
1973	20	10	10				$\frac{\text{IV}}{1}$	19
1974	18	6	12	$\frac{\text{III}}{1}$			$\frac{\text{IV V}}{2}$	15
1975	25	8	17	$\frac{\text{III IV IV}}{3}$	$\frac{\text{III}}{\text{I}}$	$\frac{\text{IV V}}{2}$	$\frac{\text{IV}}{1}$	18
1976	12	6	6	$\frac{\text{III}}{3}$	$\frac{\text{III IV}}{2}$			7
	119			9	3	5	5	97

CUADRO NUMERO 7

Admiten la conización como tratamiento definitivo en pacientes ansiosas de maternidad.

Cuando el diagnóstico definitivo fue carcinoma invasor se aconsejó cobaltoterapia.

El test de Schiller fue apropiado y confiable para dirigir la biopsia si bien se reconoce la seguridad de la colposcopia en esta selección.

3 Summary and conclusions.

119 cervix ca-in-situ cases are analyzed on the correlation cytology-biopsy- and surgical piece. The authors arrived to the conclusion that the routine conization can be omitted since 4.2 of error seems to be a good safety index.

They accept conization as a definitive treatment on patients who are anxious of maternity. When the final diagnosis was invading carcinoma, cobaltotherapy was advised.

The test of Schiller was appropriate and trustful to direct the biopsy if the safety of the colposcopy in selection is acknowledged.

BIBLIOGRAFIA

1. Amorochó, N., Henao, F., Carcinoma de Cervix en el Hospital de San Juan de Dios de Cali. XI Congreso Colombiano de Obst. y Ginec. Barranquilla 1975.
2. Creasman, W., Rutledge, F.: Carcinoma in situ of the Cervix Obstet. Gynecol. 39: 375, 1972.
3. Gaitán Yanguas, M., Jordán, G.: Boletín del Instituto Nal. de Cancerología Vol. 2, N.: 6. Bogotá, Colombia, 1974.
4. Griffiths, C., Younge, P.: Punch biopsy of the Cervix. Am. J. Obst. Gynec. 88, 1974.
5. Guzmán, N., Bueno, M.: Tendencia del cáncer de Cervix uterino en Cali. X Congreso Colombiano de Obst. y Ginec. Cali, 1973.
6. Jordán, G. y Cols.: Avances de el manejo de las neoplasias cervicales intra epiteliales. X Congreso Colombiano de Obst. y Ginec. Cali, 1973.
7. Scott, R.: Accurate Cervical Diagnostic studies. A necessity for individualized treatment of cancer of the uterine Cervix Obstet. Gynecol. Survey 24: 985, 1969.
8. Selim, M., So-bosita, J., Blair, O., Little, B.: Cervical Biopsy Versus Conization. Obst. and Gynec. and Gynec. 41, 1973.
9. Silbar, E., Woodruff, J.: Evaluation of biopsy, cone and hysterectomy sequence in intraepithelial carcinoma of the cervix, Obstet. Gynecol. 27: 89, 1966.
10. Spgut, H., Fechner, R.: Diagnóstico citológico de la displasia y carcinoma in situ del cuello uterino. Clin. Obst. y Ginec. Edit. interamericana, Diciembre 1967.
11. Staff, A., Friedrich, Jr. E., Mattingly, R.: Diagnóstico de neoplasia cervical - reducción del riesgo de error. Clin. obst. y Ginec. Edit. Interamericana, Junio 1973.
12. Restrepo, H.: Correlación Cito - Histológica en Displasia y Ca. in situ. X Congreso Colombiano de Obst. y Ginec. Cali, 1973.