La conización del cervix.

Dr. José del Carmen Romero*

Este procedimiento de relativa sencillez fue descrito por primera vez en 1.810 en la "Medical Gazette" de París. Lisfranc lo utiliza para tratar afecciones cervicales de todo tipo. En 1.861 Sims sutura el cuello con hilos de plata después de un cono, logrando cicatrización primaria. Stumdorf en 1.916 describe un método para cubrir las superficies cruentas del cérvix con epitelio cérvico-vaginal.

La cauterización química y luego la electrocauterización cervical relegaron la conización, usándose únicamente en cervicitis rebeldes. Con el avance en el conocimiento de la neoplasia cervical intraepitelial (carcinoma in situ), la necesidad de remitir al patólogo la mayor cantidad de epitelio plano-cilíndrico cervical, renovó el interés en la conización. Para algunas escuelas es un paso obligado en el manejo diagnóstico del carcinoma in situ; para otras, es medio diagnóstico y de tratamiento en proporciones diferentes.

Son los propósitos del presente estudio determinar el tipo de paciente, las indicaciones, las complicaciones y el valor diagnóstico y terapéutico del cono en el Instituto Materno Infantil (IMI), de Bogotá.

MATERIAL Y METODOS

El IMI es un hospital universitario adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Atiende pacientes obstétricas y ginecológicas de nulos o escasos recursos económicos, algunas de ellas remitidas de otras instituciones, como "Profamilia", o por médicos particulares.

Se revisaron las historias clínicas de las pacientes conizadas en el Instituto desde el 1.º de julio de 1.966 hasta el 30 de junio de 1.975. Durante este lapso se efectuaron 216 conos, pero sólo se tuvieron en cuenta 202 (93.5%) de 198 pacientes con ex-

pediente clínico completo.

El Laboratorio de Citopatología del Instituto, informa el estudio de citología vaginal (CV) en 4 grados: I, Normal; II, Atipias benignas; III, Sospechoso de malignidad y IV, Positivo. Nosotros tuvimos en cuenta la CV más positiva de las varias que se tomaron a cada una de las pacientes. A su vez, el Laboratorio de Anatomía Patológica utiliza los términos de displasia ligera, moderada, severa y carcinoma in situ para describir los cambios histopatológicos. En algunos casos si la CV era III y la biopsia "displasia severa", se tuvo en cuenta éste diagnóstico para practicar la conización; en otros, si la CV era IV y la biopsia "displasia severa", se tomó aquella como indicación del procedimiento. Si en la biopsia se describieron 2 tipos de lesiones, se dio preferencia a la más avanzada.

No existe en el IMI una técnica única para efectuar el cono; nos encontramos con siete técnicas diferentes que describiremos más adelante y dos pacientes a quienes se les practicó la operación de Manchester, con amputación del cuello.

Las complicaciones se dividieron en operatorias, post-operatorias inmediatas (primeras 24 horas) y post-operatorias mediatas (después de las primeras 24 horas).

Como morbilidad febril, se encasilló toda temperatura oral mayor de 38,3°C en dos lecturas y con intervalo de 6 horas, excluyendo las primeras 48 horas del post-operatorio.

Técnica Histopatológica: Marcado el cono con seda a nivel de las 12 de las manecillas del reloj, se envió el tejido al Laboratorio, donde fue cortado a ese nivel y luego colocado en bloque de parafina, sujetándolo con alfileres que no perforaron el epitelio, fijándose en formol al 10%. Enseguida se cortó longitudinalmente, obteniéndose de 10 a 20 bloques. De cada bloque, se obtuvieron de 10 a 20 láminas que se colorearon con hematoxilina-eosina.

RESULTADOS

1. Edad: La paciente más joven tenía 19 años y la más añosa 71. La edad promedio fue de 38,42 años (Ver cuadro No. 1).

CUADRO No. 1		
EDAD DE LAS ENFERMAS CONIZADAS		
AÑOS	CASOS	%
25 o menos	17	8,4
26 - 35	71	35,2
36 - 45	63	31,2
46 - 55	32	15,8
56 ó más	19	9,4
T O T A L	202	100,0

2. Paridad: Hubo 4 nulíparas; la mayor gravidez fue de 18 embarazos. El número promedio de embarazos fue de 6,37. (Ver cuadro No. 2). Diez pacientes estaban embarazadas al efectuarse el cono.

CUADRO No. 2		
PARIDAD DE LAS ENFERMAS CONIZADAS		
GRAVIDEZ	CASOS	%
Sin datos	1	0,5
Nulíparas	4	2,0
1 - 3	33	16,3
4 - 10	130	64,4
11 ó más	34	16,8
T O T A L	202	100,0

3. Aspecto del cuello: El cuello estaba sano en el 29,7% y francamente sospechoso en el 8,4% de los casos. (Ver cuadro No. 3).

CUADRO No. 3		
ASPECTO DEL CUELLO		
ASPECTO	CASOS	%
Erosionado	109	53,96
Sano	60	29,7
Ulcerado	12	5,94
Cicatrizado-biopsia	6	2,97
Sin datos	4	1,98
Cervicitis	4	1,98
Leucoplasia	3	1,48
Pólipo endocervical	2	1,0
Ulcerovegetante	2	1,0

4. Citología Vaginal: En el 80% se encontraron células malignas en el frotis citológico y en el 98% se determinaron cambios celulares francamente patológicos. (Ver cuadro No. 4)

CUADRO No. 4		
CAMBIOS CITOLÓGICOS PREVIOS A LA CONIZACION		
CAMB. CITOL.	CASOS	%
Sin CV	2	1,0
A2-A2B4	2	1,0
A3 (sospecho-sa)	38	18,8
A4 (positiva)	160	79,2

5. Biopsias: No fue posible determinar las características de las biopsias tomadas. La mayoría fue de tipo ciego, alguna con tinción de cuello y muy escasas dirigidas por colposcopia. De las 198 pacientes estudiadas a 17 no se les tomó biopsia (8,58%). Se catalogaron las lesiones benignas con los siguientes tér-

minos: metaplasia escamosa, hiperplasia de células de reserva, epidermización, paraquetosis, hiperqueratosis. (ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 5		
LESIONES ENCONTRADAS POR MEDIO DE LA BIOPSIA		
LESION	CASOS	%
Benigna	15	8,28
Ligera o moderada	15	8,28
Severa	36	19,90
Ca in situ	110	60,77
Ca microinvasivo	4	2,21
Adenoca-muco-productor	1	0,55
T O T A L	181	99,99

6. Indicación del cono: El 64% de las conizaciones se efectuaron porque la biopsia había demostrado displasia severa o lesión más avanzada y el 36% por cambios patológicos en la citología. (Ver cuadro No. 6). Se realizaron 4 reconizaciones por citología vaginal A-3

CUADRO No. 6		
INDICACIONES PARA PRACTICAR LA CONIZACION		
INDICACION	CASOS	%
CV A3 repetidas	7	3,5
CV A4	64	32,3
Bx Displasia severa	12	6,1
Bx Ca in situ	110	55,5
Bx Ca microinvasivo	4	2,1
Origen Adenocarcinoma	1	0,5
T O T A L	198	100,0

postcono en dos casos; CV. A-4 postcono en un caso y por cono inadecuado y Ca.in situ en línea de resección, en un caso.

7. Diagnóstico histológico del cono: El 70% de los casos mostraron algún tipo de carcinoma y solamente el 6,5% tenían lesiones benignas. (Ver cuadro No. 7). En las reconizaciones se encontró en dos casos displasia moderada y en los dos Ca in situ.

CUADRO No. 7		
CAMBIOS HISTOLOGICOS ENCONTRADOS EN LOS CONOS		
LESION	CASOS	%
Les. Benigna	13	6,56
Ligera o moderada	26	13,13
Displasia severa	20	10,10
Ca in situ	118	59,59
Ca microinvasivo	9	4,54
Ca invasivo	10	5,05
Conos perdidos	2	1,02
T O T A L	198	99,9

8. Cirugía postcono: Después del primer cono diagnóstico, 133 pacientes (67,2%) necesitaron una nueva cirugía; efectuándose un total de 136 intervenciones. Excluyendo, según cuadro No. 8 a 3 pacientes reconizadas y 2 más con laparotomía exploradora, tendremos los 131 que muestra dicho cuadro.

CUADRO No. 8		
TIPO DE CIRUGIA POSTCONIZACION		
Tipo de Cirugía	CASOS	%
Histerectomías	128	64,64
Manchester + cuello	1	0,5
Reconización	1	0,5
Cuello +1/3 vaginal	1	0,5

9. Lesión residual: 37 pacientes (28,24%), tenían displasia severa, carcinoma in situ o carcinoma invasor en la segunda pieza histológica. (Ver cuadro No. 9).

CUADRO No. 9		
LESION RESIDUAL POSTCONIZACION		
Lesión residual	CASOS	%
Ligera o moderada	14	10,68
Ca in situ	13	9,92
Displasia severa	6	4,58
Ca invasivo	4	3,05
TOTAL	37	28,24

10. Control citológico postcono: Sólo 42 pacientes (21,21%) quedan en fase de cono y el control citológico es normal. Trece pacientes que estaban en fase de cono presentaron citologías anormales. Las pacientes hysterectomizadas rápidamente después del cono no tenían citologías, o éstas eran normales. (Ver cuadro No. 10).

CUADRO No. 10		
CITOLOGIA	CASOS	%
Sin CV	16	8,08
Remitidas al I.N.C.	9	4,54
CV A 1-2	160	80,88
CV A3 "	6	3,0
CV A4 "	7	3,5
TOTAL	198	100,00

"Dos pacientes se pierden del control; a 9 pacientes se les practicó Hysterectomía Abdominal ampliada; 4 de ellas tenían Ca in situ residual; a una se le practicó Hysterectomía radical por carcinoma invasor que se confirmó en la pieza histológica; finalmente una paciente va al Instituto Nal. de Cancerología.

11. Técnica quirúrgica: La existencia de varios grupos docentes permite delinear siete maneras diferentes de efectuar un cono. Los dos puntos de mayor discrepancia radican en los puntos hemostáticos laterales y si se cubre o no el área cruenta. A continuación veremos las diferentes técnicas seguidas:

1. Técnica: Puntos hemostáticos laterales, cono, puntos hemostáticos en área cruenta: 46 casos; y mecha hemostática: 63 casos. Total: 109. (55,05%).

2. Técnica: Puntos hemostáticos laterales, cono, puntos en área cruenta, puntos de Stumdorf: 18 casos; y mecha 4 casos. Total: 22 casos. (11,11%).

3. Técnica: Cono, puntos hemostáticos en área cruenta en 12 casos; y mecha en 5 casos. Total: 17 casos. (8,58%).

4. Técnica: Cono, puntos en área cruenta, puntos de Stumdorf 6 casos (3,035%).

5. Técnica: Puntos hemostáticos laterales, cono, puntos invaginantes de mucosa en 4 pacientes; mecha en uno. Total: 5 casos. (2,52%).

6. Técnica: Puntos hemostáticos laterales, cono, puntos en corona aplicados a la mucosa: un caso; y mecha en 3. Total: 4 casos (2,025%).

7. Técnica: Cono, puntos en corona a la mucosa en dos casos. (1,0%).

En 2 casos, el cuello se obtuvo por operación de Manchester utilizándose en un caso puntos de Stumdorf y en el otro puntos invaginantes. (1%).

No se encontró descripción quirúrgica en 31 casos (15,65%). En 142 pacientes se aplicaron puntos hemostáticos laterales (84%).

En 41 pacientes se cubrió el lecho cruento del cono con mucosa (24%). La mecha hemostática se usó en 76 pacientes (45%).

12. Complicaciones: En 47 pacientes (23,26%) se presentaron 52 complicaciones no relacionadas con su porvenir obstétrico. (Ver cuadro No. 11).

Complicaciones según la técnica quirúrgica:

Teniendo en cuenta que las perforaciones uterinas, las laceraciones del peritoneo, las dificultades técnicas y las complicaciones extrapélvicas no tienen

CUADRO No. 11		
COMPLICACIONES POSTCONIZACION		
COMPLICACIONES	CASOS	%
Hemorragia	31	15,34
Morbilidad febril	9	4,45
Perforación Uterina	3	1,48
Dificultad técnica	3	1,48
Laceración peritoneo	2	0,99
Extrapélvicas y otras	4	1,98

relación con el proceso quirúrgico en sí y que éstas complicaciones se presentaron sin relación con la técnica quirúrgica utilizada, el siguiente cuadro muestra el número de casos y el porcentaje de complicaciones según la técnica quirúrgica. Ocho pacientes (25,8%) que no tenían descripción quirúrgica del cono, tuvieron complicaciones.

Puntos hemostáticos laterales y complicaciones:

Con Puntos: 142 casos
28 complicaciones 19,71%

Sin puntos: 25 casos
4 complicaciones 16,0%

Cubrimiento con mucosa cérvico-vaginal y complicaciones:

Con mucosa: 41 casos
10 complicaciones 24,4%
Sin mucosa: 126 casos
22 complicaciones 17,46%

Taponamiento vaginal y complicaciones:

Con taponamiento: 76 casos
15 complicaciones 19,73%
Sin taponamiento: 91 casos
17 complicaciones 18,68%

Taponamiento vaginal y hemorragia postoperatoria:

Con Taponamiento: 76 casos
8 complicaciones 10,5%
Sin Taponamiento: 91 casos
13 complicaciones 14,3%

13. Antibióticos: se usaron en 35 pacientes (9,4%) se aplicó sangre, de 500 a 1.500 cc.

Taponamiento vaginal como tratamiento de la complicación hemorragia: Se aplicó en 19 pacientes (9,4%). Hemorragia operatoria un caso; hemorragia inmediata 11 casos y hemorragia tardía 7 casos.

No hay diferencia importante entre taponar en la cirugía y no taponar (9,2% y 8,8% respectivamente) con relación a un taponamiento posterior. (Ver Cuadro No. 12).

CUADRO No. 12		
TECNICA	CASOS	%
Puntos hemostáticos laterales Lecho descubierto	19	17,43
Puntos hemostáticos laterales y puntos de Stumdorf	6	27,27
Puntos hemostáticos en area cruenta. Lecho descubierto	3	17,64
4-5-6-7 y Manchester con amputación de cuello	7	36,8
Otras	8	25,8

15. Cono y embarazo: Esta asociación se observó en 10 casos (5%). En uno se trataba de un embarazo reciente, hallado en el material de raspado. En las pacientes restantes el cono se hizo en los siguientes trimestres: 2 en el primero; 5 en el segundo y 2 en el tercero. En 5 pacientes no hubo complicaciones, y las observadas, se muestran en el cuadro No. 13.

Hubo un parto vaginal a término, 3 cesáreas hysterectomías, una hysterectomía radical en una embarazada de 13 semanas y una paciente se pierde de control.

COMENTARIOS

Debido a su importancia discutida, el cono ha sido objeto en nuestro medio de pocas publicaciones. Habitualmente se le incluye en los estudios de Ca in situ o de displasias cervicales y sus resultados no

CUADRO No. 13
COMPLICACIONES DE LA CONIZACION EN MUJERES GRAVIDAS

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	MOMENTO DE APARICION
Hemorragia	5 casos (50%)	Operatoria: un caso Inmediata: Un caso
Aborto	2 casos (20%)	Tardía: 3 casos A los 2 y 3 meses postcono
Parto prematuro	1 caso (10%)	A las 35 semanas.

son muy objetivos. En la revisión bibliográfica de temas gineco-obstétricos de 1.888 hasta 1.969, Sánchez Torres (15) recoge cinco citas. Las dos primeras son tesis de grado y relacionan al cono como tratamiento de la cervicitis crónica. Las otras tres indican la experiencia del Instituto Nal. de Cancerología y del Hospital Militar como medio diagnóstico. Desde el año 70 el cono se informa unido al estudio del Ca in situ. En nuestro estudio esta relación es también muy aparente y se llevó a cabo en el 99,5%, para confirmarlo o destacarlo.

La mayor frecuencia de edad para practicar la conización está entre 26 y 45 años, con un promedio de 38,4. Jordan y col. (12-13-19) encuentran la mayor frecuencia entre 30 y 39 años. Baquero y col. (1) la sitúan entre los 40 y 49 años. Bjerre y cols. (2), de Suecia por su parte, la ubican entre los 25 y 34 años. Hay que tener en cuenta que a medida que el Ca in situ se descubre más temprano, la conización se hace en pacientes más jóvenes, con un número insuficiente de hijos, convirtiéndose el procedimiento a la vez en medio diagnóstico y terapéutico.

El 97,5% de nuestras pacientes habían estado por lo menos una vez embarazadas, siendo el promedio de embarazos de 6,37. A este respecto, no es fácil la decisión, cuando en una paciente nulípara se descubre por CV o por biopsia una lesión compatible con Ca in situ. La conización puede comprometer su futuro obstétrico (18).

Es posible que la colposcopia que delimita completamente la lesión, permita su resección con la biopsia, pero si la colposcopia no es satisfactoria deberá entonces, efectuarse un cono (terapéutico). No es la edad sino la paridad la objeción más importante al cono.

Como se indicó anteriormente, hubo una época en que el cérvix severamente inflamado era objeto de amputación o de conización terapéutica; hoy día, ésta indicación ha sido relegada. Por lo tanto el aspecto del cuello tiende a relacionarse con la presencia de Ca in situ. En nuestro estudio apareció sano en el 30% y con lesiones francamente sospechosas en el 8,4%. La aplicación de Lugol para delimitar el área que debe resecarse con el cono, de uso sistemático en nuestro medio, parece ser una prueba de relativa utilidad, según el estudio de Rubio y Thomassen (14). Ellos encontraron que solamente 2/3 de los cuadrantes teñidos de yodo tenían displasia o Ca in situ. La colposcopia, en cambio, ofrece una mejor alternativa para detectar las áreas que deben incluirse en el cono.

El 98% de las citologías mostraron patología cervical, siendo positivas para neoplasia intraepitelial el 79,2%. Hubo concordancia entre la CV y el cono en 93,4%. El índice de falsos positivos fue de 6,1% y el de falsos negativos de 0,5%. Este índice es de gran valor y pone de presente que las CV repetidas aumentan el porcentaje de seguridad. Sin embargo, como este estudio es de tipo retrospectivo el índice de

falsos negativos pierde parte de su valor. Solo las CV positivas mostraron en el cono carcinoma infiltrante. El 80% de las citologías anormales suelen corresponder en el cono a una displasia severa o lesión más avanzada.

De manera general la biopsia dió falsos negativos en el 8,4%. En 124 casos de Ca in situ o lesión más severa, falló en el 26,6%. En cuanto a las indicaciones del cono creemos que la CV positiva o la biopsia con Ca in situ son las mejores. La presencia de una displasia severa también es indicación del cono ya que el Ca in situ es concomitante con esta lesión en un 32,55% (8). Una indicación poco usual es la de determinar el origen de adenocarcinomas o para el tratamiento de cervicitis rebeldes. Inicialmente ninguno de los conos en el IMI se hizo como tratamiento. Conocido el resultado anatomopatológico en el 21,21% quedó como tratamiento. En otros centros, donde el cono se usa como tratamiento, sólo se indica como medio diagnóstico en el 2% de los casos (13).

La reconización es un procedimiento poco usual; es la presencia de Ca in situ los bordes de resección o CV postcono sospechosas o positivas su principal indicación. Bjerre (2) en su estudio de 2.144 casos reconoció al 6% de las pacientes y practicó hasta un tercer cono en 3 oportunidades.

Como a 131 de las 198 pacientes de nuestra revisión se les efectuó una cirugía posterior a la conización (66,2%), el valor del cono como medio diagnóstico pudo ser netamente evaluado. El cono falló en el 1,5% de los casos para diagnosticar carcinoma invasor. A ese respecto, la biopsia falló en el 6,56% Darnalt (6) encontró en 95 pacientes 5 Ca invasores no diagnosticados por biopsias múltiples (5,3%). A su vez, Jordan y Barros (11) en 150 histerectomías encontraron 4 carcinomas invasores (2,6%) en pacientes estudiadas con biopsias dirigidas por colposcopia. Por su parte, Baquero y cols (1) dan para la biopsia múltiple sin colposcopia un error del 2,2%, en otros medios, Stafl y cols. (17) citan errores del cono entre 0,6% hasta un 9%.

De 102 pacientes que tenían Ca in situ en el cono solo 11 (10,78%) lo mostraron en la histerectomía. Este porcentaje es inferior al informado por Baquero y cols. (1) que es de 34%; para Creasman y Rutledge (4) fue del 22%; para Van Nagell (20) del

29,9%. Jordan y Cols (13) en 8 casos de histerectomía posterior a cono encontraron Ca in situ residual en 5 pacientes. Se ha observado que la recurrencia de Ca in situ es menor en el control citológico que en la pieza de histerectomía. Esto es patente en nuestro estudio donde solo aparecieron 13 (7,5%) citologías anormales, en tanto que 32 piezas histológicas tenían lesiones residuales (18,49%) sobre 173 casos. Jordan y cols (12) en 79 pacientes conizadas encontraron 6 (7,59%) con citologías sospechosas o positivas.

De las varias técnicas descritas, ateniéndonos a los resultados con relación a las complicaciones, parece que la siguiente técnica es la más sencilla, rápida y con el menor número de complicaciones: lavado vaginal suave, especulocopia y tinción con lugol de cuello y tercio superior de vagina, puntos de tracción laterales no necesariamente hemostáticos o pinzamiento con tenáculos, conización con bisturí, puntos hemostáticos en área cruenta o electrocauterio, raspado del endocervix restante y raspado endouterino. Se ha especulado que al cubrir el cuello con mucosa varios nidos de células neoplásicas quedarían cubiertos y no exfoliarían células para el frotis vaginal. El uso de la mecho no reduce el sangrado postoperatorio ni la cantidad de transfusiones.

Como en otros estudios encontramos en nuestro material 23,2% de complicaciones. Algún tipo de hemorragia se presentó en el 15,3% de los casos. En el Instituto Nacional de Cancerología las complicaciones van del 5 hasta el 8,7%. Bjerre (2) encuentra sangrado postoperatorio en el 11%. Claman y Lee (3) tienen un total de 26% de complicaciones. Flórez H. (7) encuentra hemorragia en el 10,4%. Se tiene la impresión de que los conos "grandes" (adecuados) dan más complicaciones que los conos "pequeños" (inadecuados). Es difícil encontrar laceraciones del peritoneo, pero en este estudio se encontró en el 1%. Las perforaciones uterinas se equiparan a la de otros estudios (1,5%). En ninguno de nuestros casos la complicación del cono nos impuso una histerectomía de urgencia.

En el presente estudio en el 5% de los conos se informó que existía Ca microinvasivo. En un caso se encontró en la histerectomía un carcinoma invasor. (savage (16) y Creasman y Parker (5) no creen

que las biopsias en forma exclusiva, incluso si son dirigidas por colposcopia, sean adecuadas para valorar pacientes en quienes se sospecha Ca microinvasor. El cono es pues el mejor medio para diagnosticar esta afección. (9).

Aunque nuestra casuística es pequeña, confirmamos el alto porcentaje de complicaciones que se presentan al efectuarse el cono en mujeres embarazadas, siendo la hemorragia la más frecuente (10).

CONCLUSIONES

1. La conización se efectúa con mayor frecuencia en pacientes de 26 a 45 años.
2. El 98% de las pacientes conizadas son multiparas.
3. Las CV A4 y las biopsias con Ca in situ son las principales indicaciones del cono.
4. El cono falla en el 1,5% para diagnosticar Ca invasor.
5. Las pacientes conizadas se complican en el 23,3% de los casos y la hemorragia es la causa más importante, sobre todo si existe embarazo.
6. El cono sigue siendo el mejor medio diagnóstico cuando se sospecha carcinoma microinvasor.
7. Tanto el número reducido como el insuficiente control de pacientes con Ca in situ dejadas en fase de cono no nos autorizan a aconsejarlo como método terapéutico. De otros estudios puede deducirse que cerca del 10% de las pacientes conizadas a los 5 años tendrán citologías anormales y nuevas cirugías.
8. El seguimiento de pacientes con Ca in situ es muy difícil en nuestro medio y por lo tanto aconsejamos la histerectomía ampliada como el mejor medio de tratamiento.
9. El cono diagnóstico debe reservarse para aquellos casos donde, utilizados otros medios diagnósticos menos onerosos, persistan serias dudas.

RESUMEN

Nueve años de historias ginecológicas

del Instituto Materno Infantil de Bogotá son revisadas (del 1o. de julio del 66 al 30 de junio del 75), obteniéndose doscientos dieciséis casos en los cuales se practicaron conos cervicales, considerando para el estudio solo 202 (93,5%) cuyas historias se hallan completas. Los estudios de citopatología clasificaron los casos en cuatro grados: Grado I Normal; Grado II atipias benignas; Grado III sospechoso de malignidad y Grado IV Positivo. El laboratorio de Patología utilizó los términos: Displasia ligera, moderada, severa y/o Carcinoma in situ; todo lo cual se tuvo en cuenta para la conización.

Como conclusiones: se encuentra un mayor número de casos entre los 26 y los 45 años. El 98% de los casos conizados fueron de multiparas. Si bien en los primeros años de la estadística estudiada, se practicaron conos aún en casos excentos de patología tumoral, en los últimos años se utilizó este procedimiento únicamente en aquellos con diagnóstico previo de carcinoma intra epitelial. En el 66,2% de los casos se practicó cirugía posterior a la conización. De 102 casos que mostraron Ca in situ en el cono, solo 11 fueron comprobados en la pieza al practicar la histerectomía. La técnica empleada no fue única, pero si muy similar en todos los casos, con ligeras variaciones. Tanto en las ingravidas como en las embarazadas, la mayor complicación fue la hemorragia pos-operatoria hasta el punto de contraindicar el procedimiento durante el embarazo.

SUMMARY

In studying the gynecological clinical records of Bogota's Maternal-Infant Institute from July 1, 1966 through June 30, 1975, it was noted that in 216 cases cervical cones were practised, considering for the study 202 (93.5%) cases whose records are complete. Cytopathology studies classified the cases in 4 categories: Category I Normal; Category II Mild Athipias; Category III Malignancy Suspicious and Category IV Positive. The pathology Laboratory used the terms: light, moderate, severe dysplasia and/or Carcinoma in situ; all

of which was taken into account for the conization.

Conclusiones Most part of the cases are between 26 and 45 years. 98% of conized cases were from multipares. Although during the first years of the studied statistics, cones were practised even on cases exempt from tumoral pathology, in recent years this procedure was used only in those cases with previous diagnosis of intra-epithelial carcinoma. In 66.2% of the cases, surgery was practised after conization. Of 102 cases showing Ca. in situ in the cone, only 11 were verified in the place when practising the hysterectomy. The method used was nor unique, but very similar in all cases, with slight variations. Both in weightless and in pregnant women the worst complication was postóperation hemorrhage up to the point of counterindicating the procedure during pregnancy.

BIBLIOGRAFIA

1. Baquero, E., Tuberquia, J.C. y Diaz de Calle, C.: *Rev Col Obst y Ginecol.* 25:95, 1974.
2. Bjerre, B., Eliansson, G., Linell, F., Soderberg, H. y Sjoberg, N.O.: *Amer J. Obst Gynecol.* 125: 143, 1976.
3. Claman, A.D. y Lee, N.: *Amer J. Obst Gynecol.* 120:124, 1974.
4. Creasman, W.T. y Rutledge, F.: *Gynecol.* 39:373, 1971.
5. Creasman, W.T. y Parker, R.T.: *Clin Obst Gynecol* 16:261, 1973.
6. Darnalt, E.: *Tribuna Médica* 7:No. 306:27, 1967.
7. Flores, D.: *Rev Obst Gin Ven* 36:715, 1976.
8. Fonnegra, A., Guzman, R.D. y Cantillo, J.: *Rev Col Obst Gin* 24:333, 1973.
9. Guzman, R.D., Fonnegra, A., y Cantillo, J.: *Rev Col Obst Gin* 24:145, 1973.
10. Guzman, R.D., Fonnegra, A.: *Rev Col Obst Gin* 23:35, 1972.
11. Jordan, G., y Barros, F.: XII Congreso Col de Obst y Gin. Medellín 1977. Diciembre. Servicio Pfizer.
12. Jordan, G. y Espinoza, G.: *Tribuna Medica* 7, No.318:1, 1967.
13. Jordan, G., Quijano, H y Cols: *Boletin de Instituto Nacional de Cancerología* 2:9, 1973.
14. Rubio, C.A. y Thomassen, P.: *Amer J. Obst. Gynecol* 125:96, 1976.
15. Sánchez, F.: *Rev Col Obst Gin* 23:181, 1972.
16. Savage, E.W.: *Obstet Gynecol Annual* 1:453, 1972.
17. Stafl, A., Friedrich, E.G. y Mattinsly, R.F.: *Clin Obstet Gynecol* 16:238, 1973.
18. Te Linde, R.W. y Mattingly, R.F.: *Ginecología Operatoria*. Editorial Bernades. Buenos Aires. 1971. Pag. 419, cuarta edición.
19. Trabajo Cooperativo en el VI Congreso Nal. de Cirugía. Medellín Ca In Situ. *Rev Col Obsr Gynecol.* 22:71, 1971.
20. Van Nagell, J.R., Parker, J.C. y cols: *Amer J. Obst Gynecol* 124:134, 1976.