

CONIZACION DEL CUELLO UTERINO

*Dr. Enrique Darnalt Restrepo**

TRABAJO PRESENTADO AL 1er. CONGRESO LATINOAMERICANO DE CANCER
Y 2º CONGRESO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

Entre nosotros la conización del cuello uterino se ha incrementado bastante en los últimos años debido al interés en hacer un diagnóstico precoz del Cáncer del Cérvix. El mejor conocimiento de la patología del epitelio cervical lo mismo que la ayuda de la citología cérvico-vaginal han sido factores decisivos en la investigación y procedimientos terapéuticos.

Con la conización se logra un estudio suficientemente completo de todas las alteraciones del epitelio y del estroma cervicales que nos sirven para descartar o confirmar y tratar convenientemente todos los casos sospechosos o positivos de carcinoma en sus estados iniciales. En cada paciente se debe determinar si existe una lesión maligna del cuello, si es invasiva o no antes de instituir un tratamiento. Por esta razón la conización es el mejor método que se tiene hoy en día para hacer un buen diagnóstico ya que es posible examinar una suficiente cantidad de tejidos (1). Además, según Thornton, Fox y Smith (2) piensan que el carcinoma pre-invasivo se inicia en la

mayoría de los casos en el canal endocervical. En 200 conizaciones con citologías y biopsias positivas encontraron en 193 especímenes que el epitelio endocervical, el glandular o ambos estaban afectados, en 6 el epitelio escamoso y el glandular, y solamente en uno estaba afectado el epitelio escamoso.

Teniendo en cuenta estos conceptos, un especialista ante cualquier lesión del cérvix debe estudiarla minuciosamente para confirmar o infirmar un diagnóstico de malignidad o practicar una medida profiláctica para eliminar procesos patológicos que ocasionen determinadas manifestaciones y que sin revisiones o controles sucesivos pudieran dar lugar al desarrollo de lesiones malignas en un futuro.

De esta manera la conización sirve como medio diagnóstico y procedimiento terapéutico.

La conización fué descrita por Lisfranc en 1810 en la Medical Gazette de París. En 1916 Sturmdorff inventó sus famosos puntos de sutura e hizo de la conización una intervención corriente, pero debido a las hemorragias post-operatorias y a las estenosis consecutivas fué perdiendo

* Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central, Bogotá. Ginecólogo del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá.

crédito. Hacia 1950 la atención se fijó en la investigación del carcinoma pre-invasivo e invasor en la unión del epitelio escamo-celular y endocervical como zona de origen, razón por la cual esta intervención tomó gran auge nuevamente con el fin de diagnosticar el carcinoma endocervical como un mejor procedimiento comparativo a las biopsias y a la citología cérvico-vaginal.

Según Parker y col. (3) el valor principal de las biopsias es diagnosticar el carcinoma invasivo como rutina de consultorio ante un caso clínico sospechoso y con citología atípica. La conización prevee una buena cantidad de tejido no traumatizado del exo y endocérvix para un diagnóstico seguro. Dilts, Elesh y Greene (4) sostienen que la conización es necesaria en pacientes con biopsias dudosas o que muestren una invasión mínima.

CUADRO N° 1

Indicaciones

1) Biopsias cervicales que demuestran carcinoma intraepitelial. En estos casos se deben repetir las biopsias y si son positivas practicar la conización para excluir focos invasivos.

2) Biopsias cervicales repetidas que hacen una difícil interpretación de un posible carcinoma invasor debido a escaso material del estroma.

3) Biopsias cervicales que presentan marcadas atipias o displasias epiteliales con citologías persistentemente positivas.

4) Procesos de cervicitis que no responden a tratamiento adecuado: cauterización, antibióticos locales, higiene, etc.

5) Entidades benignas del cérvix (hemangiomas, endometriosis).

6) Tratamiento del carcinoma intra-epitelial en mujeres jóvenes, o con deseos de más familia o que puedan presentar factores psicológicos ante una intervención más amplia. Estas pacientes deben ser sometidas a controles o revisiones periódicas.

En cuanto a la primera indicación la razón de esta conducta se debe a que si las primeras biopsias muestran carcinoma intra-epitelial es necesario descartar la coexistencia de carcinoma invasor y en caso de comprobarse proceder al tratamiento adecuado que es en general histerolinfadenectomía radical. Si el segundo grupo de biopsias muestra nuevamente el carcinoma intra-epitelial se procede a la conización para estudio en cortes seriados. De acuerdo con el resultado se decide la necesidad de observación en mujeres jóvenes, histerectomía total en mujeres de determinada edad o histerolinfadenectomía radical.

Buchanan y Emich (5), Fluhmann y Lions (6), Harris y Peterson (7) y Wall (8) están de acuerdo en que después de biopsias con diagnóstico de carcinoma intra-epitelial se debe practicar la conización como una regla para descartar posible invasión en otras zonas. Otros autores en una revisión de 94 casos creen que excepto en determinados casos seleccionados la conización ofrece mayor ventaja a las múltiples biopsias (9).

En relación a la sexta indicación, o sea el tratamiento del carcinoma intra-epitelial Krieger y McCormack (10) y Martzloff (11) opinan que una conización amplia es un tratamiento adecuado y definitivo.

Nuestro criterio al respecto es que en mujeres multíparas y de determinada edad el tratamiento debe ser más radical practicando histerectomía total con o sin salpingo-ooforectomía y resección del tercio superior de la vagina teniendo en cuenta el origen multicéntrico de la lesión, la susceptibilidad carcinogénica del cérvix, haber observado en algunas

piezas quirúrgicas post-conización zonas con focos de carcinoma intra-epitelial y las recurrencias en la vagina que afortunadamente son las menos. Hester y Read (12) tienen además en cuenta las anomalías del epitelio cervical residual post-conización. La mayoría de los autores están de acuerdo con este procedimiento (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Conización

CUADRO Nº 2

Tejido normal o Tejido anormal benigno	Tratamiento adecuado si la conización ha sido correcta
Ca. In-situ o raros casos de microinvasión	Histerectomía total
Ca. Invasor (Estado I)	Conización seguida de citologías o biopsias frecuentes
	Histerolinfadenectomía radical o Radioterapia

En cuanto a la recurrencia en la vagina TeLinde (21) informa 7 casos de 275; Graham (22) 5 en 75 y Fennell (23) 3 en 118. En nuestra serie se observó un caso de carcinoma invasor en cúpula vaginal dos años después de haber practicado histerectomía total para carcinoma pre-invasivo.

Técnica. Colocada la paciente en posición ginecológica y bajo anestesia general se practica la antisepsia de los órganos genitales externos y el periné teniendo en cuenta de no lavar exageradamente la vagina para evitar remover las capas superficiales del epitelio cervical. Se colocan dos puntos de transfijión laterales en el cuello con catgut cromado que sirven de tracción y de hemostasis. Luego se hace la incisión circular en el cérvix incluyendo la unión escamocolumnar y llevándola de fuera hacia adentro para extirpar el bloque en forma de cono hasta cerca del orificio interno. El tamaño del cono

debe variar de acuerdo con la multiparidad o las laceraciones cervicales. Es conveniente en los casos de carcinoma intra-epitelial colocar un punto de sutura en la zona correspondiente a las 12 para orientación del patólogo.

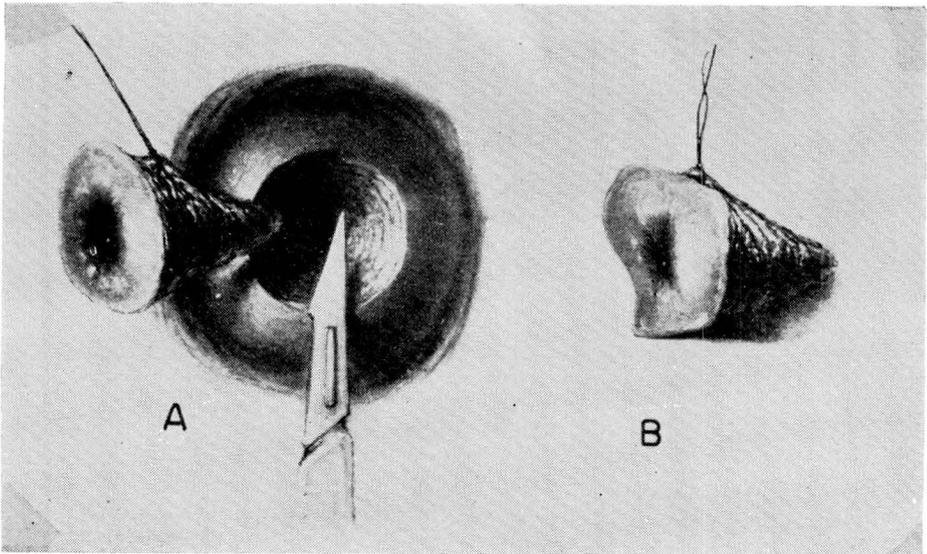
Posteriormente se dilata el orificio interno y se hace raspado completo de la cavidad uterina.

En algunos casos es necesario colocar algunos puntos de sutura para cohibir hemorragias y ocasionalmente se pueden aplicar los puntos de Sturmdorff que además ofrecen un buen aspecto estético.

Finalmente se aplica un buen taponamiento vaginal que se retira a las 24 horas. En algunos casos ha sido necesario repetir el taponamiento o cauterizar los vasos sangrantes.

Material

Se presentan 87 casos de conización del cérvix, practicados 75 en el



Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá desde 1958 a Julio de 1965 y 12 en el Hospital Militar Central de Bogotá entre 1962 y Julio de 1965. De los 87 casos a 67 se le hizo conización y raspado y a 8 únicamente conización.

CUADRO N° 3**Edad**

De	20	a	29	años	9
de	30	a	39	años	29
de	40	a	49	años	31
de	50	a	59	años	11
de	60	a	69	años	5
de	70	a	79	años	2

Como se observa en este cuadro las alteraciones del cérvix fueron más frecuentes en las pacientes de 30 a 50 años.

En cuanto a la gravidez y paridad la mayoría eran grandes múltiparas.

Las conizaciones se practicaron por lesiones del cuello uterino en que las citologías o las biopsias o ambas mostraban carcinoma intra-epitelial, sospecha de éste o alteraciones epiteliales marcadas.

De los 87 casos se practicaron estudios citológicos previos en 74 o sea el 85.05% y a todos o sea el 100% se tomaron biopsias así:

Casos con un estudio citológico	44
Casos con dos estudios citológicos	28
Casos con tres estudios citológicos	2
TOTAL	74
Casos con una biopsia	21
Casos con dos biopsias	56
Casos con tres biopsias	10
TOTAL	87

El hecho de definir una, dos o más biopsias indica que en cada examen se tomaron múltiples fragmentos.

Las biopsias positivas para carcinoma intra-epitelial fueron 47

(54,02%), las biopsias dudosas 12 (13,79%) y las citologías clase IV-V fueron 38 (43,67%). En la casi totalidad de los casos con citología clase IV o V se tomaron biopsias del cuello que se repitieron cuando fueron positivas para carcinoma intraepitelial o existía duda o sospecha de malignidad. En un grupo menor hubo casos en que se tomaron hasta 3 biopsias.

Respecto a la citología se encontraron 7 casos de falsos positivos y 6 de falsos negativos y en cuanto a las biopsias 7 casos de falsos positivos y 5 de falsos negativos, de manera que la relación aparente de las citologías y las biopsias están más o menos iguales, lo que nos indica el valor importante que tiene ambas investigaciones.

En 32 casos con biopsias positivas para carcinoma intraepitelial y con citologías clase III, IV y V el resultado histológico de la conización mostró carcinoma intra-epitelial o sea el 36,78%.

El examen anatomopatológico de las 87 conizaciones mostró lo siguiente:

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO

CUADRO Nº 4

Carcinoma intra-epitelial	38
Carcinoma intra-epitelial con invasión glandular	2
Carcinoma intra-epitelial e invasor	5
Carcinoma intra-epitelial y posible microinvasión	4
Carcinoma escamo-celular microinvasivo	2
Adenoma endocervical y Ca. intra-epitelial	1
Lesión límite entre Ca. intra-epitelial y metaplasia escamosa	1
Restos de tumor escamo celular y	

cervicitis con metaplasia escamosa	1
Cervicitis, atipias y met. escamosa	32
Hemangioma del cérvix	1
TOTAL	87

Este cuadro nos muestra que de los 87 casos presentados 54 (62,06%) están directamente relacionados con carcinoma y el resto 33 (37,94%) con cervicitis, atipias, metaplasias escamosas y lesiones benignas.

Los resultados anatomopatológicos de los raspados uterinos variaron entre endometrio proliferativo, secretor, atrófico y unos pocos casos de hiperplasia endometrial. No se hace discriminación especial por no haber encontrado asociación directa o indirecta entre la patología cervical y endometrial. De todas maneras sí recomendamos que la conización debe ser complementada con el raspado uterino para descartar alguna patología endometrial.

En este trabajo no se presenta conizaciones efectuadas en mujeres embarazadas. Parker y col. (3) toman biopsias y practican conización en cualquier mujer embarazada que tenga citologías atípicas y una lesión del cuello uterino clínicamente sospechosas de ser maligna. Aunque no tenemos experiencia suficiente pensamos que la conización puede ocasionar una hemorragia grave o aún un aborto. Somos partidarios de tomar citologías periódicas y biopsias múltiples que pueden aclarar un diagnóstico evitando los graves riesgos arriba anotados.

Complicaciones. La complicación más frecuente es la hemorragia que es fácilmente controlable. En los 87 casos se presentaron 11 en que hubo necesidad de hacer nuevo taponamiento.

miento vaginal; 2 casos cauterización de los vasos sangrantes; 1 caso con intensa hemorragia y shock; 1 caso aplicación de puntos de transfijión y 1 con perforación uterina al hacer el raspado sin complicación ulterior.

Dos de los casos presentaron estenosis del cérvix que se trataron con dilataciones periódicas.

No se presentaron infecciones ni mortalidad.

CUADRO N° 5

Conizaciones sin complicaciones	72 casos (82.10%)
Hemorragia y nuevo taponamiento	11 casos
Hemorragia y cauterización	2 casos
Hemorragia y puntos de transfijión	1 caso
Hemorragia y shock	1 caso (17.30%)

Tratamiento post-conización. A 22 pacientes que mostraron carcinoma intra-epitelial se les practicó histerec-tomía: 20 abdominales y 2 vaginales.

Siete pacientes fueron sometidas a histerolinfadenectomía radical por mostrar adenocarcinoma endocervical y carcinoma intra-epitelial; restos de carcinoma invasor y biopsias anteriores positivas; carcinoma micro-invasor asociado a carcinoma intra-epitelial; y cuatro carcinoma invasor e intra-epitelial.

En las piezas quirúrgicas de las intervenciones se halló tumor residual en dos casos que mostró carcinoma intra-epitelial residual, y uno carcinoma escamocelular posiblemente invasivo superficialmente. Los demás fueron negativos para tumor.

De las 87 pacientes tratadas en una u otra forma han podido ser controladas 38 (43.67%) con citolo-

gías periódicas cuyos resultados han sido negativos.

SUMARIO

Se presentan 87 casos de conización de cérvix practicados en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá desde 1958 hasta Julio de 1965, y 12 en el Hospital Militar Central de Bogotá desde 1962 hasta Julio de 1965 destacando la importancia de dicha intervención como medio diagnóstico y medida terapéutica en las lesiones malignas o benignas del cuello uterino anotando las indicaciones especiales en que debe efectuarse, teniendo en cuenta la gran importancia que tienen los estudios citológicos y las biopsias previas que orientan en forma definitiva dicha intervención.

Se describe la técnica quirúrgica más usual, recomendando completarla con el raspado uterino; mostrando además las complicaciones que en orden de frecuencia son las hemorragias y las estenosis cervicales. Finalmente se indican los tratamientos más adecuados en los casos de carcinoma intra-epitelial.

BIBLIOGRAFIA

- 1 FLEMING, A. R.: J. A. M. A. 168: 866, 1958.
- 2 THORNTON, W. N., Jr., FOX, C. H., y SMITH, D. E.: Am. J. Obst. & Gynec. 78: 1060, 1959.
- 3 PARKER, R. T., GUYLER, W. K., KAUFMAN, L. A., CARTER, B., THOMAS, W. L., GREADICK, R. N., TURNER, V. H., PEETE, CH. H., y CHERNY, W. B.: Am. J. Obst. & Gynec. 80: 693, 1960.
- 4 DILTS., P. V., ELES., R. H., y GREENE, R. R.: Am. J. Obst. & Gynec. 90: 961, 1964.
- 5 BUCHANAN, C. T., y EMICH, J.: Am. J. Obst. & Gynec. 63: 645, 1952.

- 6 FLUHMANN, C. F., y LIONS, H. M.: California Med. 92: 3194, 1960.
- 7 HARRIS, J. H., y PETERSON, P.: Am. J. Obst. & Gynec. 70: 1092, 1955.
- 8 WALL, J. A.: Am. J. M. Sc. 230: 698, 1955.
- 9 THOMISON, J. B., y TOSH, R. H.: Am. J. Obst. & Gynec. 84: 98, 1962.
- 10 KRIEGER, JAMES S., y McCORMACK, L. J.: Am. J. Obst. & Gynec. 76: 312, 1958.
- 11 MARTZLOFF, K. H.: Am. J. Obst. & Gynec. 74: 792, 1957.
- 12 HESTER, L. L., Jr. y READ R. A.: Am. J. Obst. & Gynec. 80: 715, 1960.
- 13 CARTER, B., CUYLER, K., THOMAS, W. L., CREADICK, R., y ALTER, R.: Am. J. Obst. & Gynec. 64: 833, 1952.
- 14 DAVIS, C. H.: Am. J. Obst. y Gynec. 64: 846, 1952.
- 15 GALVIN, G. A., JONES, H. W., Jr., y TELINDE, R. W.: J. A. M. A. 149: 744, 1952.
- 16 KOTTMEIER, H. L.: Comunicación personal a Jones, H. W., Galvin, G. A., y Telinde, R. W.: Internat. Surg. 92: 521, 1951.
- 17 PEIGHTAL, T. C., BRANDES, W. W., CRAWFORD, D. B. Jr., y DAKIN, E. S.: Am. J. Obst. & Gynec. 69: 547, 1955.
- 18 PETERSEN, O.: Am. J. Obst. & Gynec. 72: 1063, 1956.
- 19 TELINDE, R. W., GALVIN, G. A., y JONES, H. W.: Am. J. Obst. & Gynec. 74: 792, 1957.
- 20 DARNALT, E., JORDAN, G.: Memorias de la Segunda Convención de Obstetricia y Ginecología. Carcinoma intra-epitelial del cérvix y su tratamiento. Edición especial de la Revista Colombiana de Obst. y Gynec. 113-116, 1955.
- 21 TELINDE, R. W.: Am. J. Obst. & Gynec. 78: 1060, 1959.
- 22 GRAHAM, J. D.: In Meigs, J. V., Editor, Surgical Treatment of cancer of the cervix, New York, 1954, Grune & Stratton. Inc., Chapt. 12, secc. 3, p. 423.
- 23 FENELL, R. H., Jr. Cancer. 9: 374, 1956.

8º CONGRESO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

F. E. B. R. A. S. G. O.

Recife — Pernambuco (Brasil)

Del 12 al 19 de Septiembre, 1966

TEMAS OFICIALES:

Progestógenos de Síntesis
Terapéutica del Cáncer Ginecológico Avanzado
Sufrimiento Fetal
Endocrinopatías de Origen Puerperal

MESAS REDONDAS:

Climaterio
Tensión Premenstrual
Flujo Vaginal en la Grávida
Conducción del Parto

SECRETARIO GENERAL:

Rúa Mons. Julio María, 94.
Recife — Pernambuco (Brasil).