

Procedimientos diagnósticos en el Carcinoma de Cuello Uterino

*Dr. José Fco. Cascante E.
Dr. J. Sagot Salgado*

RESUMEN

Se revisan retrospectivamente los procedimientos diagnósticos llevados a cabo en una serie de 1266 pacientes atendidas por carcinoma del cuello uterino en los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su primer década de labores, setiembre 1969 a agosto 1979.

El móvil fundamental de atención en las lesiones preclínicas fue por una citología alterada, en tanto en las fases clínicas de la enfermedad fue una descarga vaginal atípica.

La citología como método de selección se correlacionó positivamente con lesión intraepitelial en poco menos de la mitad de los casos, en tanto para los invasores alcanzó escasas dos terceras partes de la serie.

La colposcopia complementó adecuadamente el estudio de la paciente, permitiendo en más del 90% de los casos a través de las imágenes observadas, sugerir la posibilidad de lesión maligna y dirigir la biopsia a los sitios adecuados, asegurando en esta forma la certeza del diagnóstico a través de la biopsia en 80 a 90% de los casos, reduciendo por otro lado a escaso 6% la incidencia de conos negativos.

El estudio de úteros extirpados revela que la persistencia de lesión es máxima en los estadios invasores no conizados, siguiendo en orden descendente de frecuencia: carcinoma in situ no conizado, carcinoma invasor conizado y finalmente, carcinoma in situ conizado, con 5% de tumor residual. No se presentó lesión residual cuando la histología del cono fue de carcinoma in situ suficiente y la biopsia previa de displasia moderada o menor, o bien, histología del cono con displasia severa o menor, aún con biopsia previa de carcinoma in situ.

*Trabajo realizado como residentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Sección de Ginecología y Obstetricia, Hospital México C.C.S.S. 1979-1980.

INTRODUCCION

Las décadas del 60 y 70 en nuestro medio, han sido testigo de la extensión y popularización de procedimientos diagnósticos para el carcinoma de cuello uterino, de tal manera que las nuevas generaciones de médicos han sido promovidas desde las aulas universitarias a utilizar dichos procedimientos.

De hecho, desde la magistral clase de nuestros catedráticos, sin menospreciar la importancia del interrogatorio cuidadoso acerca de sangrados genitales anormales y flujos vaginales atípicos y la adecuada exploración genital con minuciosa visualización y palpación de estructuras genitales externas e internas, hemos sido partícipes de recibir insistentemente orientación hacia técnicas diagnósticas primarias en la detección precoz del carcinoma de cuello uterino.

Estas técnicas, que no constituyen una novedad en el armamentario médico, pero cuya utilización a grandes poblaciones de nuestra seguridad social sí lo es, es el motivo de la presente revisión, considerando que ésta es necesaria al cumplirse la primera década de trabajo en nuestro joven Servicio de Ginecología, Obstetricia y Oncología.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan retrospectivamente los expedientes clínicos de la población atendida por carcinoma de cuello uterino en los Servicios de Ginecología y Oncología del

Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, del 1º setiembre 1969 al 31 agosto 1979.

Se obtuvo en los mismos una serie constituida por 1266 pacientes, 592 portadoras de carcinoma in situ, 40 de microinvasor, y 634 de carcinoma invasor del cuello uterino.

Se analizan los síntomas o signos motivo de su consulta en nuestros Servicios, así como procedimientos diagnósticos de Citología, Colposcopia y Biopsias simple o de cuatro cuadrantes, dirigida por colposcopia, por conización del cuello uterino, o de útero como pieza quirúrgica, estableciendo la correlación pertinente entre cada método.

RESULTADOS

1. Síntomas y signos.

El carcinoma intraepitelial fundamentalmente asintomático, es referido a nuestros Servicios primariamente a través de una citología exfoliativa alterada, tres cuartas partes de los casos, siendo en segunda instancia motivo de asistencia de la paciente una leucorrea; los sangrados anormales, el

dolor pélvico, y datos a la exploración macroscópica del cuello, no son móvil de referencia de importancia (Cuadro No.1). Fenómeno totalmente inverso se presenta en las lesiones invasoras, que mueve a la paciente a consultar fundamentalmente por trastornos de sangrado genital y descarga vaginal atípica.

2. Citología exfoliativa.

La correlación positiva entre diagnóstico histológico y diagnóstico citológico es menor del 50% en lesiones intraepiteliales y se eleva escasamente a dos terceras partes en los invasores. (Cuadro No.2).

La negatividad, que alcanza 15.92% para el total de 1388 pacientes analizadas, es elevada en las displasias, fundamentalmente en la leve o moderada, relativamente baja en el carcinoma in situ y microinvasor, elevándose nuevamente en el invasor. Los falsos positivos alcanzan 17% en las pacientes portadoras de displasias.

En el carcinoma invasor (Cuadro No.3), en estadio I un poco menos de la mitad de los casos tuvo citología correlacionada con el

Cuadro No.1
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO
Síntomas y Signos en%

SINTOMAS Y SIGNOS	Carcinoma in situ 443 casos	Carcinoma microinvasor 36 casos	Carcinoma invasor 544 casos	Carcinoma total 1023 casos
Citología alterada	75.39	63.88	6.06	38.12
Trastorno menstrual . . .	6.09	11.11	20.58	13.97
Sangrado post-menop. . .	0.45	0.0	37.68	20.23
Sangrado post-coito. . . .	6.09	16.66	24.66	16.32
Leucorrea	15.34	16.66	30.51	23.46
Dispareunia	6.99	13.88	8.08	7.82
Dolor pélvico	2.25	0.0	1.28	1.66
Masa vaginal	0.22	2.77	0.55	0.48
Amenaza aborto	0.22	2.77	0.0	0.19
“Úlcera” cérvix	0.90	0.0	?	0.39
Hallazgo biopsia de útero	1.12	0.0	0.73	0.87

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro No.2
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO
 Correlación diagnóstico citológico vs. histológico, en porcentajes

CITOLOGIA*	Displasia leve y moderada** 400 casos	Displasia severa 240 casos	Carcinoma in Situ 495 casos	Carcinoma microinvasor 33 casos	Carcinoma invasor 226 casos
Negativa	13.50	3.84	1.41	0.0	3.09
Inflamatoria	25.00	10.25	1.21	3.03	5.75
Displasia leve	11.25	4.70	1.81	6.06	1.32
Displasia moderada	34.50	25.64	15.75	12.12	4.86
Displasia severa . . .	13.75	36.75	34.34	21.21	8.40
Carcinoma in situ .	2.00	14.95	40.40	45.45	13.27
Carcinoma invasor	0.0	3.84	5.05	12.12	63.27

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

*Se toma citología con diagnóstico más avanzado.

**Tomadas de trabajos previos de uno de los autores (6,7).

Cuadro No.3
CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO
Correlación diagnóstico citológico y estadio clínico

CITOLOGIA*	Diagnóstico histológico y clínico en %				
	Estadio I 90 casos	Estadio II 74 casos	Estadio III 39 casos	Estadio IV 23 casos	TOTAL 226 casos
Negativa	5.55	1.35	—	4.34	3.09
Inflamatoria	4.44	4.05	5.12	17.39	5.75
Displasia leve	1.11	2.70	—	—	1.32
Displasia moderada	10.00	—	5.12	—	4.86
Displasia severa . .	13.33	4.05	7.69	4.34	8.40
Carcinoma in situ .	20.0	8.10	7.69	13.04	13.27
Carcinoma invasor	45.55	79.72	74.35	60.86	63.27

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

estudio histológico, y alta incidencia de falsos negativos (10%), dicha negatividad disminuye en los estadios II y III, para elevarse en forma significativa en el IV.

3. Colposcopia.

En el cuadro No.4, para un total de 561 casos de carcinoma in situ y 35 casos de carcinoma microinvasor, hay un franco predominio de imágenes patológicas relacionadas con malignidad del tipo de leucoqueratosis: leucoplasia, base y mosaico, ocupando dos terceras partes de la serie, una cuarta parte los constituyen imágenes de eritroplasia, fundamentalmente zona de transformación anómala, en fin, un poco más del 90% de los casos la colposcopia evidenció imágenes patológicas sugestivas de malignidad, porcentaje igual que en el caso de lesiones invasoras, solamente que en éstos la imagen colposcópica de cáncer fue mucho más frecuente, aunque en el desglose de lesiones invasoras por estadio (cuadro No.5), un poco más de la mitad de los estadios I presentan leucoqueratosis o eritroplasia, incidencia que disminuye a 15% o menos en otros estadios con aumento paralelo de imagen típica de carcinoma.

4. Biopsia de cuello uterino.

De 1266 pacientes, fueron biopsiadas

en los Servicios de Ginecología u Oncología 924, en 33 no se hizo biopsia y 309 fueron estudiadas en otros Centros y referidas a nuestro Hospital. Las biopsias dirigidas por colposcopia constituyen 86.4% de los estudios efectuados.

En el cuadro No.6 se observa que 84.8% de las pacientes con carcinoma in situ, el diagnóstico definitivo fue el mismo de la biopsia de cuello uterino, porcentaje que permanece igualmente alto en la biopsia del carcinoma invasor, no así el microinvasor en que solamente 35% estuvo presente en la histología de la biopsia, siendo más frecuente que ésta mostrara un carcinoma in situ.

La biopsia falsa negativa en carcinoma in situ fue más frecuente cuando ésta no se hizo dirigida por colposcopia 5% de casos comparado con 0.54% cuando se orientó por la colposcopia; presentándose igualmente en 9% de los microinvasores y 1% de los invasores, cuando no se dirigió a través de la colposcopia, contra 0% cuando sí fue utilizada.

5. Conización del cuello uterino y correlación con la biopsia de útero.

Se ha practicado conización del cuello uterino en 601 pacientes, 533 portadoras de carcinoma in situ, 39 de microinvasor y 28

de carcinoma epidermoide invasor, el 92% de los conos fueron reportados histológicamente suficientes.

a. En el carcinoma in situ:

De las pacientes conizadas (cuadro No.7), en 3 cuartas partes la histología del cono reveló carcinoma in situ, las restantes se distribuyen en 19% de displasias y 6% de conos negativos por lesión.

Se ha practicado solamente conización cervical a 80 pacientes, de acuerdo al reporte histológico la incidencia de carcinoma in situ residual posterior a biopsia positiva de carcinoma in situ fue de 46% en 70 casos, casi la mitad de la encontrada en la totalidad de los conos practicados, disminución a expensas de un aumento al doble en la frecuencia de displasias (42%) residual, lo mismo que conos sin lesión (12%). (Cuadro No.7).

Cuando la histología del cono fue suficiente (cuadro No.8), hubo persistencia de lesión por carcinoma in situ solamente en pacientes cuya histología del cono fue de carcinoma in situ. Cuando la histología del cono fue negativa por tumor, la pieza de útero extirpado fue igualmente negativa. En el caso de histología de displasia en el cono, la lesión no fue más severa en útero que la diagnosticada en el cono. De los úteros extirpados con cono

previo suficiente, en 91.5% la histología no reveló lesión y solamente 3.14% presentó carcinoma in situ residual.

Ahora bien, tomando solamente la población de pacientes con cono suficiente positivo por carcinoma in situ (Cuadro No.9), la histología del útero extirpado mostró carcinoma in situ residual en 4.25% de los casos en que la biopsia previa al cono también fue de carcinoma in situ. De 52 casos con biopsia previa al cono positiva por displasia severa, 5.76% mostraron carcinoma in situ residual y 1.92% displasia severa residual. En ningún caso con estudio histológico de displasia moderada o menor previo al cono, hubo lesión residual en el útero, excepto un caso de biopsia previa de cervicitis crónica, cono carcinoma in situ y útero de displasia leve.

Con respecto a la población cuya histología del cono se reportó positiva por carcinoma in situ e insuficiente (cuadro No.10) la persistencia del tumor se reportó en 26% de los úteros extirpados, fundamentalmente cuando la histología previa al cono fue de carcinoma in situ o displasia severa, excepto un caso de biopsia cervicitis crónica, cono carcinoma in situ insuficiente y útero con tumor residual, en 68% de los casos a pesar del reporte

Cuadro No.4
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO
Correlación imagen colposcópica y diagnóstico histológico

IMAGEN COLPOSCOPICA	Carcinoma in situ	Carcinoma microinvasor	Carcinoma invasor	Carcinoma TOTAL
	561 casos	35 casos	222 casos	818 casos
Imagen fisiológica	3.92	—	—	2.68
Patológica no relacionada con malignidad	3.56	5.71	1.35	3.05
Leucoqueratosis	62.38	65.71	14.86	49.63
Eritroplasia	23.52	25.71	16.66	21.76
De carcinoma	6.59	2.85	67.11	22.86

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro No.5
CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO
Correlación imagen colposcópica y estadio clínico

IMAGEN COLPOSCOPICA	Diagnóstico clínico en porcentajes				
	Estadio I 85 casos	Estadio II 78 casos	Estadio III 39 casos	Estadio IV 20 casos	TOTAL 222 casos
Imagen fisiológica:	—	—	—	—	—
Patológica no relacionada con malignidad.	2.35	—	—	5.0	1.35
Leucoqueratosis	31.76	6.41	2.56	—	14.86
Eritroplasia	25.88	8.97	12.82	15.0	16.66
Imagen de carcinoma	40.0	84.61	84.61	80.0	67.11

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro No.6
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO
Correlación biopsia de cuello y diagnóstico histológico definitivo

BIOPSIA DE CUELLO*	Diagnóstico histológico definitivo					
	Carcinoma in situ		Carcinoma microinvasor		Carcinoma invasor	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cervicitis crónica:	4	0.70	3	8.10	1	0.31
Displasia	82	14.48	4	10.81	9	2.80
Ca. in situ	480	84.80	17	45.94	20	6.23
Ca. microinvasor			13	35.13	—	—
Carcinoma invasor					291	90.65
TOTAL:	566	100.00	37	100.00	321	100.00

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

*Biopsia: simple, de 4 cuadrantes, o dirigida por colposcopia.

de cono insuficiente, la histología del útero no mostró tumor residual. En resumen, como se observa en el cuadro No.11, la probabilidad de tumor residual en útero posterior a

conización del cuello uterino es máxima cuando independientemente de la biopsia previa al cono, dicho cono es insuficiente. Cuando el cono es suficiente la probabilidad se reduce nota-

blemente, llegando a cero cuando la biopsia previa al cono fue de displasia moderada o menor, o bien, aún con biopsia de carcinoma in situ el cono fue de displasia severa o menor.

b. Carcinoma microinvasor.

De las 40 pacientes clasificadas como carcinoma microinvasor fueron conizadas 39. Once de ellas con biopsia previa al cono positiva por microinvasión, mostraron: una carcinoma microinvasor residual en el útero posterior a un cono de carcinoma in situ insuficiente y dos con carcinoma in situ residual con cono previo insuficiente y positivo por lesión intraepitelial carcinomatosa; las restantes 8 (72.7%) sin lesión residual. (Cuadro No.12).

En las 28 pacientes con cono positivo por microinvasión (cuadro No.13), una mostró carcinoma in situ residual posterior a cono insuficiente de microinvasión y dos pacientes con carcinoma in situ residual con cono previo de in situ suficiente. Las 8 pacientes con cono previo de carcinoma microinvasor y biopsia precono de displasia severa o menor, no mostraron lesión residual en la histología de útero, encontrando un total de 85.71% de úteros sin lesión.

c. Carcinoma invasor.

De las 634 pacientes clasificadas como carcinoma epidermoide invasor, en 28 se realizó conización cervical, 22 en estadio I-a, 4 I-b y 2 en estadio II-b.

Como se observa en el cuadro No.14, la histología de la biopsia previa al cono, excepto un caso de microinvasor, el resto mostró lesiones intraepiteliales. La histología del cono reveló lesiones invasoras en 82.2% de los casos; en relación a la persistencia de lesión, de 16 úteros extirpados el 25% mostró invasión residual, de los cuales 3 casos fueron cono insuficientes, dos casos presentaron carcinoma in situ residual en útero. En total, 35.7% no mostraron lesión, 21.4% con invasión o in situ residual, y 42.8% no fueron historecomendadas.

6. Histología reportada en útero de pieza quirúrgica.

El cuadro No.15 muestra cómo tres cuartas partes de los úteros extirpados por procesos malignos, no evidencian histológicamente lesión residual, fundamentalmente a expensas del carcinoma in situ conizado, en que 90% se reporta sin lesión, ya que en úteros sin conización previa se presentó carcinoma in situ residual en 60% de los casos, similar a la lesión residual en la histología de cono en pacientes solamente conizadas. (Cuadro No.7).

Para el carcinoma invasor la persistencia de lesión en la histología de útero alcanza igualmente tres cuartas partes de la serie, más elevada incluso que en el caso de carcinoma in situ en pacientes no conizadas, presentándose también más frecuente lesión residual aun en las conizadas.

El carcinoma microinvasor se comporta en forma similar al carcinoma in situ.

De los carcinomas invasores sometidos a histerectomía radical, se reportó positividad en ganglios linfáticos en 9, 4 clasificados como estadio I, 5 en estadio II.

COMENTARIO

En la primera mitad del presente siglo se han sucedido dos aspectos fundamentales con respecto al carcinoma de cuello uterino. El primero de ellos: el inicio y perfeccionamiento de las técnicas terapéuticas de irradiación, así como el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, ambas de innegable utilidad en el tratamiento de carcinoma de cuello uterino, igualmente son acompañadas de limitaciones y, de hecho, la curabilidad en los estadios invasores está lejos de ser en el 100% de los casos.

El segundo aspecto, consecuencia lógica del primero, es el convencimiento de que la única arma con 100% de sobrevida lo es el diagnóstico de lesiones precoces, concepto sustentado en la observación de que el resultado final, el carcinoma invasor, es precedido en más o menos una década, prácticamente en la totalidad de los casos, por alteraciones intraepiteliales (carcinoma in situ y displasias), susceptibles de diagnóstico y tratamiento eficaz.

Es así como hacia el final de la primera mitad del siglo, inicia su popularidad técnicas

Cuadro No.7
CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO
 Correlación: histología de biopsia vs. histología del cono

HISTOLOGIA BIOPSIA PREVIA AL CONO	CASOS	Histología del cono en porcentajes			
		Sin lesión	Ca. in situ	Displasia severa	Displasia moderada o leve
TODOS LOS CONOS:					
Carcinoma in situ	426	7.74	68.07	13.14	11.03
Displasia severa o menor	107	—	100.00	—	—
Total:	533	6.0	74.5	10.5	9.0
SOLO CONIZADAS:					
Carcinoma in situ	70	12.85	45.71	21.42	20.0
Displasia severa o menor	10	—	100.00	—	—
Total:	80	11.25	52.5	18.75	17.50

Servicio de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro No.8
CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO
 Cono suficiente: correlación con histología del útero

HISTOLOGIA DEL CONO	CASOS	Histología del útero No. de casos			
		Sin tumor	Ca. in situ	Displasia severa	Displasia moderada o leve
Carcinoma* in situ . . .	317	286	13	8	10
Displasia severa	39	37	-	1	1
Displasia moderada . . .	23	22	-	-	1
Displasia leve	10	9	-	-	1
Sin tumor	24	24	-	-	-
TOTAL CASOS:	413	378	13	9	13
Porcentaje:	100.0	91.52	3.14	2.27	3.14

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

*Cuadro No.9 se detalla la histología biopsia previa al cono. El resto de casos la biopsia fue como positiva por carcinoma in situ.

Cuadro No.9
CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO
 Correlación: como positivo por CIS suficiente, biopsia y útero

Biopsia previa del cono HISTOLOGIA	CASOS	Histología del útero No. de casos			
		Sin tumor	Ca. in situ	Displasia severa	Displasia moderada o leve
Ca. in situ	235	209	10	7	9
Displasia severa	52	48	3	1	-
Displasia moderada	9	9	-	-	-
Displasia leve	2	2	-	-	-
Cervicitis crónica	3	2	-	-	1
Sin biopsia	16	16	-	-	-
Total:	317*	286	13	8	10
Porcentaje:	100.0	90.22	4.10	2.52	3.49

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.

*Incluye 6 pacientes reconocidas por como insuficiente, 2: como suficiente.

de diagnóstico precoz tales como la CITOLOGÍA EXFOLIATIVA basada en las publicaciones de G.N. Papanicolaou (1928) y Papanicolaou y H.T. Traut (1943) (26); la tinción con solución de lugol comúnmente denominada prueba de Schiller desarrollada en 1938 por dicho autor (4); e igualmente la COLPOSCOPIA iniciada por Hinselman en 1924 y publicada en 1925 (5,14,18,23) y finalmente, la conización del cuello uterino descrita hace 150 años en la Gaceta Médica de París y popularizada por Sturmndorf en 1861, tomó realmente importancia a mitad del presente siglo. (7).

El tercer cuarto de siglo ha sido testigo del florecimiento de estas técnicas diagnósticas, las que a pesar de los escollos interpuestos por preferencias individuales y de grupos hacia cada una de ellas, han logrado un claro y definido lugar como parte de los recursos con que cuenta el ginecólogo moderno y a su vez, es consenso general, que su utilización no es excluyente, sino que oportunamente se complementan aumentando así la eficacia diagnóstica.

Consecuencia lógica y fundamental ha sido el descenso en el número de casos de carcinoma invasor, a la par de la mayor frecuencia de lesiones preinvasoras susceptibles de tratamiento eficaz (45), lo mismo que el énfasis anotado en publicaciones y enseñanza (21), en el adiestramiento de personal médico y paramédico para la utilización de dichos procedimientos diagnósticos.

En nuestro medio, la extensión a grandes poblaciones se inició en los años sesenta y publicaciones al respecto (24,25,30) son testigos del esfuerzo realizado por los pioneros de estos métodos y del mérito que las nuevas generaciones de beneficiarias deben conceder a los mismos.

Sin embargo, estos hechos no deben inducir a "dormir el sueño del camarón, porque nos lleva la corriente". En la década recién pasada, un número importante de pacientes acudió a consulta por síntomas y signos clásicos de neoplasia avanzada del cuello uterino, aspecto que debe ser motivo de insomnio para todo personal médico consciente del problema. Por otro lado, una población, también numéricamente significativa, ha recibido el beneficio de la acuciosidad de los servicios médicos, y siendo aún asintomática, fue tratada con máximas

posibilidades de éxito. (42).

Ahora bien, el primer eslabón en el organograma de nuestros servicios de detección y quizás en los de la mayor parte del mundo, es la citología exfoliativa, método básico de selección de masas. Si bien el frotis de Papanicolaou ha prestado la mayor contribución hasta la fecha, no ha de considerarse infalible. (45). Diversas publicaciones (5,8,10,32) han establecido correlación de 40 a 60% entre la citología y el diagnóstico histológico definitivo, igual a nuestros resultados, también los hay cuyas cifras son mayores. (24). Sin embargo, creemos la mayor atención debe dirigirse a los índices de falsos negativos, ya que es ésta la población que puede seleccionarse en los programas de masas como sana, retrasándose así su diagnóstico. Los índices de falsos negativos se reportan de 12 a 24% (10,16,17,22,37,40); sin embargo, no es unánime, autores los hay que reportan 62.5% de pacientes con cáncer clínico sintomático y citologías previas negativas, en tanto otros (19,27,28,29) reportan índices tan bajos como 0.8% a 1.4%. Aquí entramos en la consideración de que la citología depende de (4): a) óptima técnica en la toma; b) técnica en la preparación e interpretación de la lámina y c) la idiosincracia de algunos procesos neoplásicos de una descamación irregular e intermitente. Nuestros índices de falsos negativos son adecuados a la luz de citas en la literatura; sin embargo, tanto para lesiones muy tempranas, como las más avanzadas, debe insistirse en mejorar la calidad del material. Algunos autores recomiendan mejorar los resultados con aumento del volumen del material tomado, ya sea en los procedimientos de obtención del mismo y fijado en una sola lámina, o bien, la fijación en dos láminas en el mismo tiempo exploratorio o con intervalo de 3 a 6 meses. (36,38,39).

En la marcha diagnóstica de la patología neoplásica del cuello uterino, sigue en segundo lugar la colposcopia. Si la citología tiene su aplicación en la selección de masas, la colposcopia lo es en seleccionar las pacientes con citología alterada o alteración macroscópica del cuello, dirigiendo la atención hacia áreas específicas del cuello sugestivas de lesión, orientando así la toma del tejido más representativo para el estudio histológico, procedimiento que para algunos

Cuadro No.10
CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO
 Correlación: cono C.I.S. insuficiente, biopsia y útero

HISTOLOGIA BIOPSIA PREVIA AL CONO	CASOS	Histología del útero No. de casos			
		Sin tumor	Ca. in situ	Displasia severa	Displasia moderada o leve
Ca. in situ	23	19	4	-	-
Displasia severa	10	3	5	1	1
Displasia leve	1	1	-	-	-
Cervicitis crónica	1	-	1	-	-
Sin biopsia.	3	3	-	-	-
TOTAL:	38	26	10	1	1

Servicios de Ginecología y de Oncología, Hospital México, C.C.S.S.
 *Hay 2 casos de cono insuficiente con histología D.S., biopsia previa de carcinoma in situ y útero sin tumor residual.

Cuadro No.11
CARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO
 Incidencia tumor residual en histología de útero

# Casos	Histología biopsia	Histología de cono	Utero con carcinoma in situ residual	Utero con displasia severa residual
235	C.I.S.	C.I.S. suficiente	4.25%	2.97%
52	D. severa	C.I.S. suficiente	5.76%	1.92%
30	D.M. o menor	C.I.S. suficiente	0.0 %	0.0 %
96	C.I.S.	D.S. o menor	0.0 %	1.04%
23	C.I.S.	C.I.S. insuficiente	17.39%	0.0 %
5	D. severa	C.I.S. insuficiente	50.00%	10.0 %
5	D.M. o menor	C.I.S. insuficiente	20.00%	0.0 %

Servicios de Ginecología y de Oncología - Hospital México - C.C.S.S.
 C.I.S. = Carcinoma in situ. D.S. = Displasia severa. D.M. = displasia moderada.

Cuadro No.12
CARCINOMA MICROINVASOR DE CUELLO UTERINO
 Correlación: histología del cono vs. histología del útero

HISTOLOGIA DEL CONO	Casos	Histología del útero. No. de casos				
		Sin tumor	Carcinoma microinvasor	Ca. in situ	Displasia severa	Displasia moderada o leve
Sin cono	4	-	-	1	-	-
Cervicitis crónica	1	1	-	-	-	-
Displasia leve	1	1	-	-	-	-
C.I.S. insuficiente	2	1	-	1	-	-
C.I.S. suficiente	7	5	1	1	-	-
Ca.* microinvasor	28	24	-	3	-	1
TOTAL:	40	32	1	6	-	1

Servicios de Ginecología y de Oncología - Hospital México - C.C.S.S.
 * La histología de biopsia previa al cono en Cuadro No.13. El resto todos con biopsia de carcinoma microinvasor.

Cuadro No.13
CARCINOMA MICROINVASOR DE CUELLO UTERINO
Correlación: Cono microinvasor, biopsia y útero

HISTOLOGIA BIOPSIA PREVIA CONO	Histología del Utero		
	No. Casos	Sin tumor	Ca. in situ
Sin biopsia.	3	3	—
Cervicitis crónica	3	3	—
Displasia moderada	1	1	—
Displasia severa	1	1	—
Carcinoma in situ	17	14*	2
Carcinoma microinvasor	3	2	1**
TOTAL:	28	24	3

Servicios de Ginecología y de Oncología - Hospital México - C.C.S.S.

* 2 casos cono insuficiente.

**con cono insuficiente - 1 caso biopsia CIS-útero displasia leve.

aumenta la certeza diagnóstica a 99%. (5). Podría pensarse que compite con la prueba de Schiller; sin embargo, a ésta la acompañan índices de falsos negativos de 64% y falsos positivos de 31% (33) y por otro lado, aunque no es unánimemente aceptado por los colposcopistas, es útil en el diagnóstico diferencial de algunas imágenes colposcópicas (5,14,18) complementando así el estudio.

Es clásico aceptar que no hay imagen patognomónica de diagnóstico histológico, por lo tanto la colposcopia no hace diagnóstico, sino que instrumenta la toma de la biopsia, de tal modo que si el procedimiento es totalmente satisfactorio (85 a 90% de los casos) (2), la certeza diagnóstica puede alcanzar de 80 a 90% de los casos (2,3,8,30,32,43). Algunas imágenes son más sugestivas de determinadas patologías, sobre todo la francamente neoplásica, así algunos se aventuran a efectuar diagnóstico colposcópico, reportando correlación de colposcopia e histología en porcentajes de 85 hasta 100%. (2,3,10,15,31,42). Nosotros nos limitamos a aceptar que las leucoqueratosis y fundamentalmente las zonas de transformación anómala traducen altos índices de malignidad y que el 90% de las lesiones intraepiteliales y 31% de las invasoras, se

manifiestan por dichas imágenes.

Hemos practicado rutinariamente conización del cuello uterino en las lesiones intraepiteliales límites (displasia severa, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor), así como en las citologías que reiteradamente muestran mayor lesión que la evidenciada en la colposcopia y biopsia dirigida (9,41,46). De hecho, es extraordinaria la contribución de la colposcopia en reducir el número de conizaciones del cuello uterino innecesarias, en casos tales como el embarazo, cobra aún mayor importancia (11,44). Los índices de histología negativa en el cono disminuyen significativamente a 5-6% cuando son precedidos por el estudio colposcópico (12) y en forma paralela aumenta la correlación positiva de biopsia dirigida por colposcopia y diagnóstico histológico definitivo hasta 70-90% (3,37), aunque para otros es ligeramente menor (1, 49), con índice total de error de casi un tercio. Es argumento de algunos autores (41,47) que estos índices aumentan en forma significativa cuando a la exploración colposcópica y toma de biopsia dirigida, se adjunta la toma de material endocervical por curetaje, procedimiento que no es rutina en nuestro Servicio, pero que es necesario cuando la colposcopia no es adecuada (10% de casos)

(2), por no alcanzarse la visualización adecuada del límite de epitelios.

Los bordes de resección de un cono libres de tumor, se reportan en la histología del 90% de las piezas analizadas (20); sin embargo, esto no es índice absoluto de tumor residual en el útero, como se observa en el 3.14% de nuestra casuística.

Independientemente de la suficiencia o no del cono, nuestros índices de tumor residual alcanzan 20%, menor que los reportes desde 22 a 36% (17,20,48) e incluso de hasta 65% (37). Debemos llamar la atención sí que en las pacientes portadoras de carcinoma in situ podemos esperar ausencia de tumor residual cuando el cono fue de carcinoma in situ suficiente con con biopsia previa de displasia moderada o menor, o bien, con cono de displasia severa o menor, aún con biopsia previa de carcinoma in situ.

Controversias aún son actualidad con respecto al diagnóstico de carcinoma microinvasor (23,24); sin embargo, el compor-

tamiento de esta entidad, desde el punto de vista diagnóstico, en nuestra serie, se asemeja más al carcinoma in situ que al invasor, condición que nos lleva a pensar que su estudio diagnóstico debe manejarse como el carcinoma in situ.

CONCLUSIONES

1. La relativa seguridad de que la población femenina dispone de métodos para el diagnóstico precoz del carcinoma cervico-uterino, no nos debe hacer olvidar el interrogatorio minucioso de síntomas y signos, lo mismo que la exploración meticulosa, en busca del diagnóstico de neoplasia del cuello uterino.
2. Se debe insistir en aplicar métodos de selección tales como la citología esfoliativa y prueba de Schiller, en todo consultorio médico que atiende pacientes femeninas.
3. Es imperativa la necesidad de campañas en busca de disminuir la incidencia de

Cuadro No.14
CARCINOMA INVASOR CUELLO UTERINO
Correlación histología: biopsia-cono-útero

HISTOLOGIA BIOPSIA	#Casos	Histología cono	Histología Utero - Casos			
			Sin tumor	Ca. invasor	Ca. in situ	No. útero
D. severa	3	C.I.V.	3	—	—	—
D. severa	1	CIS insuf.	—	1	—	—
Carcinoma microinvasor. .	1	C.I.V.	—	—	—	1
Ca. in situ . . .	1	CIS suf.	—	1	—	—
Ca. in situ . . .	1	CIS insuf.	—	1	—	—
Ca. in situ . . .	2	Microinvasor	1	—	1	—
Ca. in situ . . .	4	Invasor insuficiente	1	1	1	1
Ca. in situ . . .	15	Invasor	5	—	—	10
TOTAL:	28	—	10	4	2	12

Servicios de Ginecología y de Oncología - Hospital México - C.C.S.S.

Cuadro No.15
CARCINOMA DE CUELLO UTERINO
 Histología de útero extirpado en relación a conización previa

	# Casos	Sin tumor	Histología del útero: en porcentajes					Displasia leve o moderada
			Carcinoma invasor	Carcinoma microinvasor	Carcinoma in situ	Displasia severa		
C.I.S. conizado	453	89.62	-	-	5.07	2.20	3.09	
C.I.S. no conizado	43	30.23	-	-	60.46	4.65	4.65	
C.I.S. total	496	84.47	-	-	9.87	2.41	3.22	
Carcinoma microinvasor . .	40	80.0	-	2.5	15.0	-	2.5	
Ca. invasor conizado.	16	62.5	25.0	-	12.5	-	-	
Ca. invasor no conizado . .	59	5.08	88.13	-	5.08	1.69	-	
Ca. invasor total	75	17.33	74.66	-	6.66	1.33	-	

Servicios de Ginecología y de Oncología - Hospital México - C.C.S.S.
 C.I.S. = Carcinoma in situ. Ca = carcinoma.

citología falsa negativa, campañas que abarquen adiestramiento de personal médico y paramédico para mejorar la técnica y transporte de las muestras, así como aumentar el número de personal competente en la preparación e interpretación del estudio.

4. Todo centro de ginecología y obstetricia con importante población de atracción, debe contar con instrumental y personal adiestrado en la exploración colposcópica, procedimiento básico en la selección de pacientes con citología alterada o patología macroscópica del cuello uterino, disminuyendo la necesidad de recurrir a la conización cervical como método diagnóstico en casos que no lo ameritan, mejorando el manejo de aquéllas que sí lo requieren.
5. El estudio histológico de útero no permite asegurar con certeza cuáles pacientes serán portadoras de lesión residual, pero sí sugiere que en aquellas pacientes que por razones de edad y paridad se desea un tratamiento conservador, si tienen un cono suficiente por carcinoma in situ con biopsia previa de displasia moderada o menor, o bien, biopsia de carcinoma in situ y cono suficiente de displasia severa o menor, el clínico puede actuar con mayor confianza.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson, S.G. and Linton, E.B. "The diagnosis accuracy of cervical biopsy and cervical conization". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 99: 113. 1967.
- 2.- Benedet, J.L. et al. "Colposcopic evaluation of patients with abnormal cervical cytology". BRIT. J. OBSTET. GYNECOL. 83 (3): 177. 1976.
- 3.- Benedet, J.L. et al. "Colposcopic evaluation of pregnant patients with abnormal cervical smears". BRIT. J. OBSTET. GYNECOL. 84: 517. 1977.
- 4.- Briggs, R.M. "Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix". OBSTET. and GYNECOL. SURV. 34(1): 70. 1979.
- 5.- Carrera, J.M.; Dexeus, S.; Coupez, F. TRATADO Y ATLAS DE COLPOSCOPIA. Salvat Edit., S.A. Barcelona, 1973.
- 6.- Cascante, E. et al. "Tratamiento de la displasia leve y moderada por electrocauterización". (Trabajo aún no publicado).
- 7.- Cascante, E. "Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino". ACT. MED. COST. 22(3): 283. 1979.
- 8.- Chanen, W. et al. "Colposcopy and electrocoagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma in situ". OBSTET. and GYNECOL. 37(4): 623. 1971.
- 9.- Chanen, W. and Hollyock, V.E. "Colposcopic and conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ". OBSTET. GYNECOL. 43: 527. 1974.
- 10.- Dolan T.E. et al. "Cytology, colposcopy and directed biopsy: What are the limitations? GYNECOL. ONCOL. 3: 314, 1975.
- 11.- DePetrillo, A.D. et al. "Colposcopic evaluation of abnormal papanicolaou test in pregnancy". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 121:441. 1975.
- 12.- Fowler, W.C. and Shingleton, H. "Impact of dysplasia clinic on cervical conization rates". OBSTET. GYNECOL. 38(4): 609. 1971.
- 13.- Frable, W.J. et al. "Vaginal cuff cytology: some difficult diagnostic problems". ACTA CYTOL. 17: 135. 1973.
- 14.- González Merlo, J. et al. EL CUELLO UTERINO: Anatomía Patológica, citología, colposcopia. Salvat Edit. S.A. Barcelona, 1974.
- 15.- Hovadhanakul, P. et al. "Comparison of colposcopic directed biopsies and cold-knife conization in patients with abnormal cytology". SURG. GYNECOL. OBSTET. 142: 333. 1976.
- 16.- Kramer, W.M. and Kay, S. "Anaplasia clinic: aid in the diagnosis and treatment of pre-invasive cervical lesion". CANCER 20: 202. 1967.
- 17.- Lederer, H. and Lambourne, A. "Results of screening by cervical cytology and of histology examination of gynecologic operation specimens". J. OBSTET. & GYNAEC. BRIT. CWELTH. 80: 67. 1973.
- 18.- Mateu-Aragonés, J.Ma. ATLAS DE COLPOSCOPIA. Edit. JIMS. Barcelona, España, 1973.
- 19.- Meisels, A. "Dysplasia and carcinoma of the uterine cervix. IV. A correlated cytologic and histologic study with special emphasis on vaginal microbiology". ACTA CYTOL. 13(4): 224. 1969.

- 20.— Mora Aguilar, A. "Conización cervical: estudio de la conización cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios". REV. MED. de C.R. 463: 55. 1978.
- 21.— Novak, E.R.; Jones, G.S.; Jones, H.W. TRATADO DE GINECOLOGIA. 8a.Edición Edit. Interamericana. México, 1970.
- 22.— Nyrjesy, I. "Atypical or suspicious cervical smears: aggressive diagnostic approach". J.A.M.A. 222: 691. 1972.
- 23.— Papadimitriou, G.C. et al. "Diagnostic and therapeutic problems associated with microcarcinoma of the uterine cervix". INTERNAT. SURG. 58: 473. 1973.
- 24.— Pereira G., C.M. et al. "Estudio citopatológico de lesiones cervicales". REV. MED. de C.R. 416: 27. 1969.
- 25.— Prada Díaz, C.M. y Cordero, C. "Diagnóstico precoz del cáncer genital". REV. MED. de C.R. XXXIV: 81. 1967.
- 26.— Pschyrembel, W. GINECOLOGIA PRACTICA. 1a. Ed. Edit. Alhambra, S.A. Madrid, España, 1969.
- 27.— Reagan, J.W. and Liu, F. "An evaluation of the vaginal irrigation technique in the detection of the uterine cancer". ACTA CYTOL. 11: 374. 1967.
- 28.— Richart, R.M. "Evaluation of the true false negative rate in cytology". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 89: 723. 1964.
- 29.— Richart, R.M. "Influence of cell collection techniques upon cytologic diagnosis". CANCER 18: 1474. 1965.
- 30.— Robert Aguilar, O. "Detección del cáncer del cérvix en el I.M.I.C. por medio de la colposcopia". REV. MED. de C.R. 22: 57. 1965.
- 31.— Rome, R.M. et al. "Observation on the surface area of the abnormal transformation zone associated with intraepithelial and early invasive squamous cell lesions of the cervix". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 129: 565. 1977.
- 32.— Ronk, D.A. et al. "Evaluation of abnormal cervical cytology". OBSTET. GYNECOL. 49(5): 581. 1977.
- 33.— Rubio, C.A. and Thomassen, P. "Critical evaluation of the Schiller test in patients before conization". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 125: 96. 1976.
- 34.— Ruch, R.M. et al. "Microinvasive carcinoma of the cervix". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 125: 87. 1976.
- 35.— Rylander, E. "Negative smears in women developing invasive cervical cancer". ACTA OBSTET. GYNECOL. SCAND. 56: 115. 1977.
- 36.— Sedlis, A. et al. "Evaluation of two simultaneously obtained cervical cytologic smears: comparison study". ACTA CYTOL. 18: 291. 1974.
- 37.— Selim, M.A. et al. "Cervical biopsy versus conization". OBSTET. & GYNECOL. 41: 117. 1973.
- 38.— Shulman, J.J. et al. "The papanicolaou smear: and insensitive case finding procedure". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 120: 446. 1974.
- 39.— Shulman, J.J. et al. "The pap smears: take two". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 121: 1024. 1975.
- 40.— Silvar, E.L. and Woodruff, J.D. "Evaluation of biopsy cone and hysterectomy in intraepithelial carcinoma of the cervix". OBSTET. & GYNECOL. 26: 89. 1966.
- 41.— Shingleton, H.M. et al. "Outpatient evaluation of patients with atypical papanicolaou smears: contribution of endocervical curettage". AM. J. OBST. GYNEC. 126: 122. 1976.
- 42.— Staff, A. and Mattingly, R.F. "Colposcopic diagnosis of cervical neoplasia". OBSTET. & GYNECOL 41: 168. 1973.
- 43.— Talebian, F. et al. "Colposcopic evaluation of patients with abnormal cervical cytology". OBSTET. & GYNECOL. 49(6): 670. 1977.
- 44.— Talebian, F. et al. "Colposcopic evaluation of patients with abnormal smears during pregnancy". OBSTET. & GYNECOL. 47: 693. 1976.
- 45.— Telinde, R.W. and Mattingly, R.F. GINECOLOGIA OPERATORIA, 4ta. Edición. Bernádez, S.A. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- 46.— Thompson, B.H. et al. "Cytopathology, histopathology and colposcopy in management of cervical neoplasia". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 114: 329. 1972.
- 47.— Urcuyo, R. et al. "Some observations on the value of endocervical curettage performed as an integral part of colposcopic examination of patients with abnormal cervical cytology". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 128: 787. 1977.
- 48.— Van Nagell, J.R. Jr. et al. "Diagnostic and therapeutic efficacy of cervical conization". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 124: 134. 1976.
- 49.— Villa Santa, U. "Diagnosis and prognosis of cervical dysplasia". OBSTET. & GYNECOL. 38: 811. 1971.