

EL DIAGNOSTICO OPORTUNO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA GINECOLOGICO

MARIANO BEDOYA HEVIA

El diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema ginecológico que requiere de una solución inmediata; porque seguimos viendo con sorpresa que el más alto índice de mortalidad por cáncer en la mujer lo ocupa el cáncer de cuello uterino; esto se debe indudablemente a que las enfermas llegan al tratamiento en un grado avanzado de la enfermedad; reconociendo que el diagnóstico se hace todavía tardiamente, no obstante la gran preocupación e interés demostrado por los investigadores médicos en superar las técnicas para lograr el diagnóstico precoz y si a todo esto añadimos la propaganda organizada por el Estado, vemos que es muy poco lo que se ha obtenido en relación con el gran esfuerzo desplegado. Esta es la razón por la que voy a presentar a la consideración de todos Uds. los progresos que en materia de técnica semiológica se ha alcanzado hasta el presente para llegar al diagnóstico precoz y el aporte personal en más de 15 años de observación.

Mis enfermas son sometidas al siguiente examen :

1) A una *Anamnesis* bien detallada que nos puede orientar en el diagnóstico. Así, en el Carcinoma in-situ —casi siempre asintomático— puede darnos en algunos casos como primer síntoma, una pérdida de sangre, post-coito o después de un examen pélvico, elemento diagnóstico de gran valor.

Los estadios incipientes del carcinoma invasivo presentan casi siempre sintomatología silenciosa y escasa.

2) El *Examen Clínico*, por palpación o instrumental da datos de escaso valor.

3) El papel que la *Colpocitología* ha adquirido en la investigación del cáncer de cuello es de gran importancia, la evaluación del método ha suscitado amplias divergencias entre los ginecólogos; sin embargo se ha logrado que tenga un lugar destacado en el arsenal diagnóstico ginecológico. Es un procedimiento de orientación que nos permite elegir los casos que se deben estudiar por biopsia, la que hará la evaluación clínica completa.

El método está fundado en que tanto los tejidos normales como los cancerosos desprenden continuamente células de su superficie, encontrándose en los extendidos vaginales elementos suficientes para plantar un diagnóstico, aún cuando las lesiones sean mínimas.

La técnica de la aspiración vaginal propuesta por Papanicolaou es de fácil ejecución y se hace con una pipeta de vidrio a la que se adapta una pera de goma; actualmente, se tiende a reemplazarla por la aspiración directa del orificio cervical y por la técnica de Ayre, estos procedimientos tienen la ventaja de dar células recién exfoliadas y en mayor concentración lo que permite hacer un diagnóstico rápido y seguro.

Las características de las células malignas son: su polimorfismo, el macronúcleo y el hiper cromatismo. Su interpretación es difícil y requiere de un citólogo experimentado.

Este procedimiento de detección fácil e indoloro realizado en el Consultorio como procedimiento de rutina, contribuye a resolver el más grande problema ginecológico, el cáncer del cuello uterino, ya que con él podemos controlarlo mejor.

Cuando deseamos enviar el extendido a otro laboratorio lejano se puede y recomiendo usar el método de Ayre y Dakin. Una vez efectuado el extendido, se fija en licor de Hoffmann durante una hora, luego se deposita sobre el material una gota de glicerina, se coloca sobre él otro portaobjeto, y se envía a su destino.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Loayza y en colaboración con el servicio de la Cátedra de Anatomía Patológica, hemos realizado de Junio de 1955 a 1956, 897 cito-diagnósticos, estos resultados corresponden al servicio ambulatorio y pacientes internadas. Los cito-diagnósticos los hemos efectuado en pacientes portadoras de prolapsos, fibromas, desgarros perineales, trastornos funcionales del ciclo, apendicitis, colecistitis y coledocitis, etc. Los resultados los apreciamos en el cuadro Nº 1.

El cuadro Nº 2 corresponde a mi clientela particular. Como en el cuadro 1, hemos descubierto casos de carcinoma in-situ e invasivo, asintomáticos, que consultaban por otros procesos.

CUADRO I

CITO DIAGNOSTICO			BIOPSIAS		
GRUPO	Nº CASOS	PORCENTAJE	RESULTADOS	CASOS	PORCENTAJE
II	868	96.76 %			
III	10	1.12 %	Cervicitis crónica.	8	80 %
			Carc. in-situ	1	10 %
			Carcinoma	1	10 %
IV	13	1.45 %	Falsos Positivos	2	15.38 %
			Carc. in-situ	3	23.08 %
			Carcinoma	8	61.54 %
V	6	0.67 %	Carcinoma	6	100 %

CUADRO II

CITO DIAGNOSTICO			BIOPSIAS		
GRUPO	Nº CASOS	PORCENTAJE	RESULTADOS	CASOS	PORCENTAJE
II	225	94.94 %			
III	5	2.11 %	Cerv. crónica	5	100 %
IV	5	2.11 %	Falso Positivo	1	20 %
			Carc. in-situ	3	60 %
			Carcinoma	1	20 %
V	2	0,84 %	Carcinoma	2	100 %

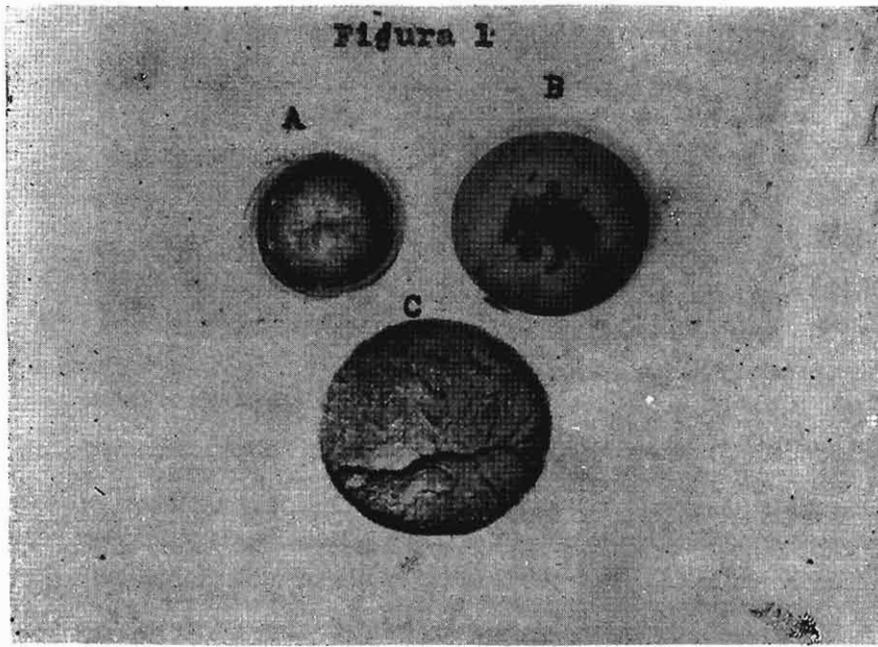


Fig. 1

4 *Test de Schiller*, se funda en la propiedad que tiene la sol. de Lugol (yodo metaloide 1, yoduro de potasio 2, agua destilada 50) de diferenciar los epitelios atípicos. Normalmente el epitelio de la mucosa ecto-cervical contiene glucógeno; la célula cancerosa, glucolítica, pierde esta propiedad. Cuando una sol. de lugol se pone en contacto con un epitelio normal se obtendrá una coloración caoba, más si existe un epitelio atípico la mucosa toma un color rosa pálido, fig. 1 A.

No es una prueba específica, pero descarta las lesiones sospechosas por medio de la biopsia. En nuestra práctica descubrimos 3 cánceres insospechables: 2 in-situ y uno invasivo.

5) *La prueba de Hinselmann* corresponde a la aplicación de ac. acético, al 3% que destaca las lesiones atípicas por su color blanco, fig. 1 C.

6) *El método de la Esponja biópsica de Gladstone*, con un pequeño trozo de esponja de celulosa o sintética o también con la esponja de gelatina que se utiliza con fines de hemostasia en cirugía, se aplica sobre la zona a examinar, recoge el material que queda retenido en las mallas de la esponja, tratando como un tejido por biopsia, permite hacer



Fig. 2

el diagnóstico microscópico. Hemos practicado el procedimiento, en pocas oportunidades, lo que no nos permite tener un juicio exacto de él. Muchos investigadores lo recomiendan y creen que tiene ventajas a la colpocitología y a la biopsia; pero las desventajas son: dificultad de aplicación en la mujer virgen, limitación de su aplicabilidad a los órga-

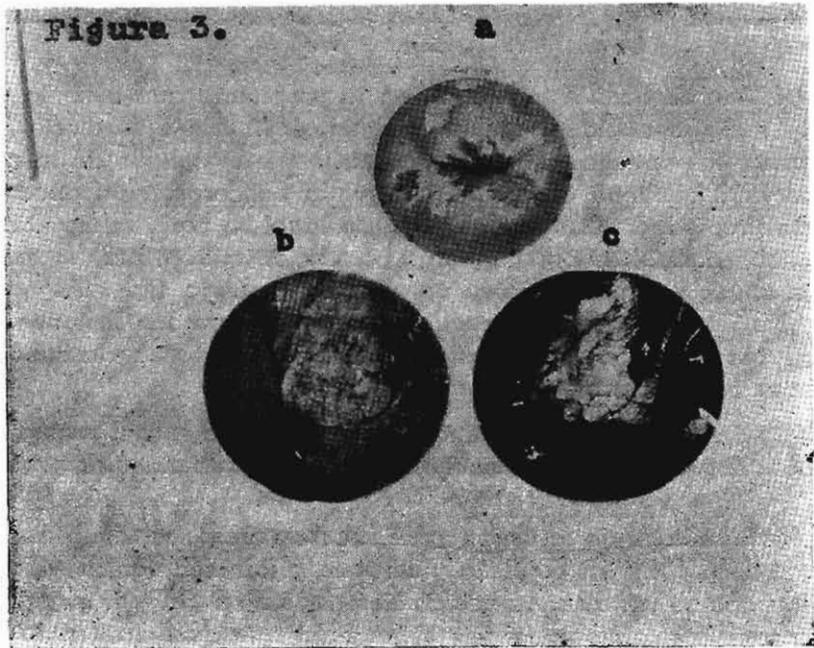


Fig. 3

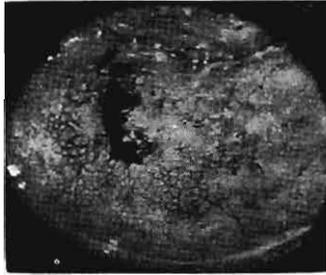


Fig. 4

nos accesibles al contacto con la esponja; y por biopsia, que es poco lo que nos informa de las capas profundas.

7) Es con la introducción del *Colposcopio* por Hinselmann en 1924 que se consigue un gran progreso en el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. El colposcopio es un instrumento binocular que permite obtener aumentos de 10 a 20 diámetros. Con el agregado de una lámpara de rayos ultra-violeta las lesiones se destacan con mayor nitidez y permiten señalar el sitio para tomar la biopsia.

Ejecución de la técnica.— Se recomienda evitar los tactos con 48 horas previas a la exploración. Colocado el espéculo se hace el examen directo del cuello sin limpiarlo; luego se limpia y se repite el examen; a continuación se toca el cuello con sol. de lugol o ác. acético.

Datos colposcópicos: para Hinselmann se presentan tres imágenes:

a) Imagen normal (fig. 2 a y b).

b) El epitelio pavimentoso es sustituido por el epitelio cilíndrico. Una variedad la tenemos en el ectopión, fig. 1 a, b y c.

c) Se caracteriza por la existencia, al margen del epitelio endocervical, de una zona de transformación, de aspecto blanquecino, con un fondo rosado, con orificio de desembocadura glandulares, el aspecto es más brillante que el ectocervix, pero menos que el endocervix, su superficie es ligeramente irregular.

Para Hinselmann, es la zona peligrosa, pues en ella se pueden producir todas las alteraciones capaces de producir cáncer, fig. 1 b 1.

El epitelio atípico:

a) Las leucoplasias, corresponden a las matrices I-II-III de Hinselmann, son blancolechosas, opacas, de superficie lisa o irregular, no se observan vasos en su superficie, fig.: 3a 2- 3 b - 3 c.

b) El fondo leucoplásico o leucoplasia desnuda, llamada así porque se han desprendido las capas cornificadas de la leucoplasia, toman un color rojizo y en múltiples ocasiones es difícil de diferenciar del resto de la mucosa y está surcada por capilares, fig. 3a 4.

c) El Mosaico o Felderung, son pequeños campos cuadrículados separados por surcos que están ocupados por capilares, sobresalen de la superficie de la mucosa y tiene un color blanco mate, muchas veces se ven orificios glandulares, fig. 4- 5- 3a⁵.

Hinselmann recomienda hacer escisión o amputación cuando existen estas imágenes, para su completo estudio histológico.

La fig. 6 corresponde a una imagen de carcinoma in-situ.

8) El *Colpomicroscopio*, hace el examen microscópico directo del cuello uterino con una ampliación de 160 á 200 veces. El principio del instrumento consiste en un simple microscopio, que proporciona un campo visual de un milímetro cuadrado. Los detalles del epitelio se ven coloreándolo con Hematoxilina. En el cáncer se ven cel. desiguales, núcleos de diferente coloración y mitosis. Mientras más pequeñas son las lesiones mejor se ven. El fin del método es reemplazar a la biopsia. Su desventaja estriba en que no se puede la infiltración en profundidad. Disponemos de un método más para el diagnóstico precoz.

Biopsia.— Todos los métodos expuestos necesitan de una confirmación histológica de sus hallazgos para poder plantear una terapéutica conveniente.



Fig. 5

Fig. 6

Existen muchas técnicas para extraer el material para biopsia. Yo uso la pinza de Gaylor, practicando la biopsia dirigida de los casos seleccionados.

Stewart y Foote, practican la biopsia tomando 4 muestras a distancias iguales alrededor del orificio cervical. Ayre preconiza la "biopsia anular", controla la hemorragia por electrocoagulación y recomienda la dilatación para evitar la estenosis.

La Cátedra de Anatomía Patológica estudia los cortes en serie fig.: 7 y 8.

En resumen: Para curar el cáncer de cuello uterino el diagnóstico debe ser precoz; para detectarlo contamos con una serie de métodos que nos ofrecen grandes posibilidades de éxito y solo nos restaría crear el ambiente de responsabilidad tanto en el médico como en la paciente para afrontar el problema del diagnóstico precoz como la única forma actual de realizar el tratamiento eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- AHUMADA J. C.— El Cáncer Ginecológico. Tomo 1, pág. 301.
ALBERTELLI y TERZANO.— Cómo procurar el Diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino. Primer Congreso Argentino del Cáncer, 1951.
AYRE y ROGERS.— Cito diagnóstico del carcinoma "in situ". Noveno Congreso de Obstetricia y Ginecología. pág. 339.
BLANCHARD OSCAR.— Carcinoma del Utero. 1954.
NICHOLSON R.— El diagnóstico citológico del cáncer genital. 1952.
SYMPOSIUM CIBA.— 1955 - Octubre.