

Conducta Clínica ante el Cáncer In Situ del Cuello Uterino

Por el Dr. Conrado Zuckermann.

Preliminar

¿Qué hacer y qué no hacer en presencia de cáncer in situ cérvico uterino?

¿Qué conducta debe seguir el ginecólogo, el cancerólogo, ante esa especial eventualidad?

Estas preguntas las hemos visto surgir con gran frecuencia en hospitales, sanatorios y en reuniones tocoginecológicas y de cancerólogos.

Han sido temas de mesas redondas, de discusiones coordinadas, lo que ha permitido exponer las más diversas opiniones.

Ahora en forma breve, pero lo más clara posible y de acuerdo con lo observado y el momento actual oncológico, señalaremos las diversas conductas que hemos realizado y los motivos que las fundan.

Afirmación de cáncer in situ

La sospecha de existir precisamente cáncer in situ, casi nunca se plantea en esta forma, sino como algo más general, más amplio y se refiere a pensar que pueda existir en el cérvix lesión maligna inicial o en mayor desarrollo. Los síntomas que pueden llevar a pensar, a sugerir, dicha existencia, es el apreciarse flujo crónico rebelde, pequeñas hemorragias traumáticas y, sobre todo, el observar en el cuello uterino cualesquiera de las siguientes alteraciones:

- ulceración, incluyendo aquellas que se aprecien como pequeñas, y superficiales;
- manchas, imagen en mosaico;
- papilomatosis, excrecencias o ectropiones;
- salientes, durezas o deformaciones;
- hipertrofías parciales o totales,
- etc.

El grupo más importante, más discutido y tal vez más valioso, es, sin embargo, aquel en que a favor de frotis vaginal positivo de cáncer, se sugiere su existencia, casi se afirma su realidad, a pesar de no existir alteración alguna ostensible que haga pensar en ello.

Cuando existen lesiones sospechosas que puedan señalar alguna topografía, lo indicado es realizar en dichos lugares tomas de fragmentos, generalmente de varios fragmentos, para efectuar el examen histológico más detallado.

Si fué el examen citológico cervical lo que condujo al conocimiento y no se aprecia por minucioso examen, tanto por palpación como visualización lesión biopsiable, lo indicado es hacer tomas tisulares horarias tan numerosas y repetidas como el caso lo amerite y el anatomopatólogo lo aconseje; generalmente comenzamos por realizar tomas a las doce, tres, seis y nueve y lo hacemos en los sitios intermedios en caso de así considerarse indispensable.

Es precisamente en estos casos sin lesiones o con lesiones que pudiéramos llamar mínimas, cuando la prueba tintorial de SCHILLER y la colposcopia pueden ayudar mucho a localizar el sitio propicio para la toma de fragmentos. Insistimos, sin embargo, en que lo primordial es multiplicar las tomas biópsicas y repetirlas cuantas veces se considere necesario, pues es precisamente el dato histológico el primordial.

No negamos, sino afirmamos, el gran valor detector, de guía, de inicial conocimiento del frotis cérvico-vaginal, pero el diagnóstico positivo —fundador de terapéutica—, es el realizado por el examen microscópico de fragmentos de tejidos y no de células aisladas. Apreciamos que es útil en algunos casos de cáncer, sobre todo superficiales, del epitelio cervical, tanto del endocérvix, como de la porción vaginal, hacer examen de productos de raspado y ratificar o rectificar el resultado por tomas tisulares.

En SINTESIS, el diagnóstico de cáncer in situ raramente es sospecha clínica, frecuentemente es identificación citológica y es afirmación histológica.

No entramos ahora en la discusión de los datos histológicos, pero si recordáremos que la responsabilidad del anatomopatólogo es grande en este diagnóstico y que es el conjunto a la

vez que el detalle, de los exámenes, repetidos, en suficientes preparaciones microscópicas, lo que permite afirmar que en el epitelio pavimentoso exocervical o en el epitelio cilíndrico-glandular endocervical, existen las alteraciones propias del cáncer, pero faltando el carácter migratorio, invasor, hacia el conjuntivo-vascular adyacente.

Limitaciones necesarias

Después de todo lo anterior, el ginecólogo deberá valorar varias otras circunstancias concomitantes o hechos anteriores, nos referimos a:

- tricomonas,
- gravidez actual,
- tratamiento radioterápico;
- edad de la paciente,
- nuliparidad o multiparidad y
- otras alteraciones uterinas, anexiales, etc.

Cuando se solicite examen de frotis vaginal celular en busca de cáncer o cuando el resultado de dicho examen sea positivo, deberá investigarse la existencia de tricomonas y en general de parásitos, principalmente si el flujo es abundante, sugerente de estados parasitarios o infecciosos (completándose entonces por la investigación microbiológica).

La tricomoniasis —como ya es conocido— es capaz de producir o estar acompañada de modificaciones celulares ostensibles en los frotis, que son en ocasiones parecidas a las que se descubren en algunos casos de cáncer in situ.

El embarazo puede estar acompañado de alteraciones cervicales, en su epitelio, que en los frotis celulares también pueden ser comparables o parcialmente semejantes a las que se observan en el cáncer in situ.

Las enfermas que hubieran recibido radioterapia por alteraciones neoplásicas del cuerpo uterino —sean benignas o malignas— o para tratar de disminuir o abolir la función ovárica en caso de cáncer mamario, igualmente pueden presentar en los frotis celulares, alteraciones que pudieran sugerir la existencia de cáncer in situ.

En relación con las modificaciones que la opoterapia, sobre todo la estrogénica, es capaz de producir en el epitelio cérvico vaginal, procuramos que la investigación citológica e histológica se realice en ausencia de dicha medicación y en caso de existir informamos de ello al citólogo y al anatomopatólogo.

El apreciar debidamente edad, tiempo de matrimonio, número de embarazos e hijos y lo referente a otros padecimientos, miomas, quistes ováricos, prolapso, etc., ayudarán bastante para considerar lo referente a la terapéutica semi-conservadora o extirpadora que deberá realizarse.

Observación y espera

En contraste con la conducta activa, quirúrgica o radioterápica, decididamente anticancerosa y de radical tendencia aconsejada en el cáncer invasor del cuello uterino asociado a embarazo, en el cáncer in situ en igual asociación, preconizamos esperar, vigilar clínica, histológica y citológicamente a la enferma durante la gravidez hasta que se llegue al término del embarazo y hacer después nuevos exámenes tan completos como sea necesarios y proceder en razón del resultado de ellos. Naturalmente que si cambiase el diagnóstico a cáncer invasor en momento alguno del proceso —embarazo, puerperio—, la conducta será inmediatamente anticancerosa.

Cuando existan algunas de las otras circunstancias señaladas, tricomonas, terapéutica radioterápica anterior —opoterapia excesiva—, es de aconsejarse vigilante espera de semanas solamente, mientras se tratan las tricomonas, pasa el efecto de la irradiación, o el hormonal, para en seguida realizar exámenes detallados, sobre todo histológicos y proceder a lo apropiado a cada caso clínico.

En personas jóvenes, nulíparas o con pocos hijos y fundado deseo de maternidad, la espera con periódica vigilancia histológica y citológica es también de permitirse.

Conducta activa

Si consideramos que el cáncer in situ puede volverse invasor con frecuencia aproximada del veinticinco por ciento de los casos y constituye peligro y amenaza constante, apreciamos la necesidad de eliminarlo de la paciente.

Las técnicas operatorias para realizar esta extirpación son varias:

extirpación del cuello uterino más o menos amplia con o sin cuchillo eléctrico, con o sin diatermoseccionador;

histerectomía total simple con o sin extirpación ovárica, e histerectomía total ampliada, comparable a la operación de WERTHEIM.

La sola coagulación diatérmica del cérvix tiene el inconveniente de no permitir el estudio posterior inmediato del cuello y de poder dejar fragmentos epiteliales de potencia cancerígena en las cuales pueden presentarse posteriormente alteraciones blastomatosas.

Por lo anterior, se desaconseja la diatermo-coagulación como tratamiento habitual del cáncer in situ cervical.

El estudio seriado del cuello extirpado, realizado con detalle, con prolijidad, permite afirmar que se trata de cáncer in situ, intraepitelial y que éste no pasa o no llega al borde del corte quirúrgico y además corrobora la ausencia de cáncer ya invasor, pero si este último llega a encontrarse la mayor extirpación se impone como de realización inmediata.

La histerectomía total simple, con el corte pegado al cuello, casi sin sacrificio vaginal, es buena operación cuando el conjunto de las alteraciones lo imponga, la edad o multiparidad lo permitan; suministra pieza operatoria cuyo examen histológico elimina casi siempre las dudas.

Al igual que otros clínicos, cirujanos, hemos preferido en buen número de casos realizar la histerectomía en forma no tan sencilla, sino algo ampliada, quitando la parte cercana de la cúpula vaginal y del tejido paracervical, es decir, efectuando ligadura de la uterina afuera del uretero o por lo menos separando éste y quitando al mismo tiempo que el útero los tejidos cercanos al cuello.

Esto que hemos señalado corresponde parcialmente a la operación de WERTHEIM y nos ha parecido que no tiene mayor gravedad que la histerectomía total simple y que en cambio

elimina porciones cercanas al sitio alterado, blastomatoso inicial; la extirpación de las partes cercanas de la vagina, es particularmente conveniente en los cánceres in situ de tipo pavimentoso, epidermoide, que son los más comunes y en los cuales con alguna frecuencia se observa alteración epitelial sospechosa de cancerización o con inicial cancerización, no sólo en el cuello propiamente dicho, sino en la zona cercana vaginal.

En lo referente a radioterapia no ha sido empleada por nosotros en cáncer in situ (pre-invasor) y la mayoría de los radiólogos siguen igual conducta prefiriendo en lo general que se realice lo que hemos anteriormente señalado; sin embargo, nuevos trabajos pueden en el futuro modificar este concepto.

Resumen

El diagnóstico de cáncer in situ del cuello uterino raramente es sospecha clínica, frecuentemente es identificación citológica, y es afirmación histológica.

La conducta en presencia de cáncer in situ afirmado por examen histológico detallado, repetido, varía según cada observación y según las circunstancias acompañantes, edad, paridad, embarazo, otras alteraciones, etc., y puede ser:

espectación con observación clínica, citológica y sobre todo histológica, repetida, periódica;

extirpación del cérvix uterino y examen histológico minucioso de dicho cuello;

histerectomía total que puede ser simple o mejor ampliada.