

# LA BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO

DR. JULIO CÉSAR GRAHAM.\*

En nuestra consulta ginecológica en los años comprendidos entre 1944 y 1960, hemos estudiado a 30,970 mujeres encontrando que 6,900 sufrían de cáncer en los órganos genitales, 13,788 tenían procesos patológicos inflamatorios, 962 padecimientos tumorales no malignos y 500 se encontraron con sus órganos genitales sanos.

En las 6,900 pacientes que sufrían cáncer en sus órganos genitales se encontró la siguiente distribución en la localización.

6,121	en el cuello uterino
372	en el cuerpo uterino
278	en los ovarios
175	en la vulva
7	en la vagina y
3	en las trompas de Falopio.

El tumor canceroso más frecuente en nuestro país es el del cuello uterino. En nuestra casuística de 6,121 tumores del hocico de tenca la gran mayoría de los casos los hemos encontrado en etapas evolutivas avanzadas debido a la falta de exámenes ginecológicos hechos en época oportuna.

200	en etapa 0
720	en etapa I
901	en etapa II
3,125	en etapa III
1,175	en etapa IV.

El estudio histopatológico de la biopsia del cuello uterino es la base para establecer el diagnóstico cierto de cáncer y de instituir tratamiento adecuado. Por tal motivo debemos tener cuidado especial en procurarnos siempre una biopsia del cuello uterino adecuada para que el espécimen se obtenga de área realmente enferma y además en volumen suficiente para que el histopatólogo disponga de material que permita estudio fácil y hacer diagnóstico seguro.

Para obtener biopsia adecuada del hocico de tenca se necesita conocer con precisión el área enferma y disponer de instrumental adecuado. Es indispensable para hacer la localización precisa del área carcinomatosa, utilizar adecuadamente los métodos de exploración ginecológica, tanto generales como especiales, es decir, según el caso particular deberá utilizarse: el tacto vaginal, la inspección visual del cuello a través del espéculo vaginal, la colposcopia y la colpocitología. La exploración metódica del cuello uterino con los procedimientos anotados, nos llevará siempre con seguridad al sitio adecuado en donde deba tomarse el fragmento de tejido que permita establecer el diagnóstico.

En la toma de biopsia de cuello uterino se presen-

tan muy variables circunstancias de las cuales consideraremos las que más frecuentemente encontramos en la clínica diaria en nuestro Instituto:

1. En carcinomas cérvico uterinos voluminosos, exofíticos, vegetantes y ulcerados que ocupan toda la mayor parte de la porción vaginal del cuello, el simple tacto vaginal es suficiente para localizar el sitio en que se puede tomar la biopsia adecuada con pinza saca-bocados.

2. En carcinomas endofíticos, ulcerados, en forma de cráter, que han destruido la mayor parte de la porción periorificial y del canal endocervical, también el simple tacto vaginal permite localizar el sitio en que deba tomarse una buena biopsia.

3. En tumores cérvico uterinos pequeños, ulcerados, vegetantes o ulcerovegetantes, localizados a un sector que puede ser el labio anterior, posterior, alguna de las comisuras del orificio externo, derecha e izquierda, o bien del tercio externo del canal endocervical, no será suficiente el tacto vaginal para la localización del tumor, y entonces utilizaremos la inspección visual a través de espéculo vaginal, existiendo buena iluminación externa para determinar el lugar preciso de toma de biopsia.

4. En otras ocasiones el tacto vaginal y la inspección ocular a través de espéculo vaginal del cuello uterino, no serán suficientes para determinar el sitio adecuado de donde tomar la biopsia, debido a las pequeñas dimensiones del tumor o bien a la existencia de patología asociada de tipo inflamatorio o bien hormonal. En estos casos debemos recurrir a la colposcopia simple primero, cromática después con prueba Schiller y de Hinselmann. La colposcopia de áreas sospechosas nos permitirá electivamente hacer la toma de biopsia con pinza saca-bocado, procurando comprender parte de tejido sano junto con el enfermo para facilitar al histopatólogo su estudio.

5. Mujeres asintomáticas o con sintomatología muy exigua, como puede ser pequeño sangrado después del coito o de duchas vaginales, en que el tacto vaginal y la simple inspección a través de espéculo vaginal no revela ninguna patología en la mucosa exocervical, pero que al practicarse estudio colposcópico simple y cromático, y utilizando aumentos de 10 y 20 diámetros, se pueden descubrir imágenes colposcópicas de 2 a 3 mms. de diámetro que corresponden a lesiones de las llamadas pre-cancerosas o bien francamente carcinomatosas: leucoplasias, base de leucoplasia, zonas de mosaico, exoficias y pequeños nidos carcinomatosos en forma de diminutas úlceras sangrantes, es a través del colposcopio en donde se localiza el sitio electivo para la toma de biopsia.

6. En mujeres asintomáticas, a menudo no encontramos por el tacto vaginal, la inspección simple de cuello uterino, ni la colposcopia ningún proceso pato-

\* Jefe de la Sección de Ginecología, Instituto Nacional de Cancerología de México.

lógico en el epitelio pavimentoso de la porción vaginal ni en el epitelio cilíndrico de la porción más externa del canal endocervical; sin embargo, si utilizamos la colpocitología en el 1% de los casos, podemos encontrar que existe proceso descamativo de células cancerosas de extirpe epitelial o bien glandular, que comprobamos en frotis repetidos. Pensamos entonces, lógicamente, que el proceso tumoral carcinomatoso se localiza en el canal endocervical, y que la biopsia debe ser tomada precisamente del canal, utilizando pinza de conos de Gusberg, o bien pinza cortante de Nolan. El estudio del espécimen obtenido revelará la existencia del tumor y su extirpe tisural.

7. Casos se presentan en que no existe lesión de la mucosa pavimentosa exocervical ni aparente lesión del orificio externo y tampoco de la porción más externa del canal endocervical, en que el estudio colpocitológico da resultado positivo de carcinoma in situ o de carcinoma invasor y que en el estudio de la biopsia de canal endocervical no se encuentra proceso tumoral carcinomatoso in situ, ni invasor. Sin embargo, estudios colpocitológicos seriados siguen siendo positivos, en estos casos preferimos hacer una conización cruenta del cuello uterino por el procedimiento de Stumdorf. El cono obtenido deberá ser estudiado cuidadosamente por el histopatólogo, y en él encontrará el tumor.

8. Pacientes hemos estudiado en que existe mucosa endocervical sana, orificio externo sano, lo mismo que la porción más externa del canal endocervical, en que la colpocitología es positiva a proceso tumoral, en que después de biopsia de canal endocervical negativa hemos hecho conización del cuello uterino y en el espécimen obtenido no se ha encontrado proceso tumoral maligno. Nuevas colpocitologías persisten siendo positivas a descamación de células malignas. Hemos pensado siempre en la posibilidad de tumor de cavidad endometrial, hecho legrado biopsia de endometrio encontrando en el material obtenido al hacer estudio histopatológico de adenocarcinoma endometrial frecuentemente adenoacantoma o fibromiosarcoma varias veces.

9. Varios casos hemos estudiado de pacientes que presentaron colpocitología positiva a Ca. in situ o a Ca. invasor; en unos hemos llevado a cabo bajo control colposcópico, biopsias cervicales radiadas de tipo horario de áreas anormales, en que se ha comprobado la existencia de proceso tumoral maligno, y en otras hemos practicado biopsia de canal endocervical con pinza de conos de Gusberg en virtud de no existir patología del exocervix a la colposcopia, encontrándose la biopsia positiva a proceso tumoral. Posteriormente a la biopsia positiva se han repetido numerosas colpocitologías seriadas y no ha vuelto a descubrirse células tumorales exfoliadas. Estos hechos los hemos interpretado como curaciones llevadas a cabo por la extirpación del carcinoma in situ o bien micro-invasor al hacerse la toma de la biopsia.

10. También debemos considerar el hecho frecuente en tumores asintomáticos, de encontrar al hacer biopsias horarias, coincidencia en distintos radios de

carcinoma in situ y de carcinoma micro-invasor, que nos revela la existencia de tumores iniciales cérvico uterino multicéntricos.

11. Apartado especial debemos hacer la toma de biopsia en mujeres embarazadas en que se sospecha la posibilidad de existir un proceso tumoral maligno. La detección deberá hacerse preferentemente por colpocitología, debido a su simplicidad para obtener especímenes de estudio y en caso de positividad la biopsia se hará bajo control colposcópico de una manera electiva. Las imágenes colposcópicas con motivo de intenso edema existente durante la gestación, principalmente en la segunda mitad del embarazo, pueden ser menos claras y motivo de error en médicos poco entrenados en este tipo de endoscopia. La toma de biopsia en una gestante no es motivo de ningún riesgo para la madre ni para el producto, podrá ser única o bien múltiple y si es necesario se repetirá.

12. A todo lo anteriormente expuesto que corresponde a toma de biopsia cérvico uterina para establecer diagnóstico histopatológico y terapéutica adecuada sea con energía radiante o bien con cirugía, debemos agregar el papel que tiene el estudio de biopsia en el control periódico de curación en pacientes tratadas con radiaciones o bien con cirugía. Se presentan principalmente tres tipos de problemas para obtener una adecuada biopsia y conocer si hay o no actividad tumoral.

A. En ocasiones el tratamiento con radiaciones produce como secuelas de radiomucositis, sinequias vaginales que bloquean el cuello uterino y que pueden permanecer con actividad tumoral, y no será posible detectar por esta circunstancia utilizando la colpocitología ni la colposcopia, si previamente no se excinden dichas sinequias lo cual es posible casi siempre al hacer el tacto vaginal.

B. En otras ocasiones la radioepitelitis exo y endocervical produce sinequia del orificio externo y para lograrse un buen control de curación será necesario previamente permeabilizar el orificio externo y dilatar el canal endocervical, después se hará detección por citología exfoliativa. Si el Papanicolaou es positivo se tomará biopsia de endocervix.

C. Finalmente pueden existir tumores residuales nodulares, localizados profundamente en el músculo cervical y el hallazgo nos lo da el tacto recto-vaginal y la confirmación diagnóstica la biopsia hecha por punción con aguja de Silvermann.

13. En los últimos años se ha utilizado la biopsia del cuello uterino como control de respuesta a irradiación haciéndose la evaluación en biopsias seriadas. El método de radiosensibilidad consiste en hacer biopsia cervical inmediatamente antes de la aplicación de radium y después a intervalos de 7 días, tomar biopsias seriadas en donde se evaluará histológicamente si existe o no buena respuesta al tratamiento haciéndose laborioso cuanteo celular. Buenas respuestas han predominado en el 87% de etapas evolutivas I y II y desfavorables en etapas evolutivas III y IV.

Lograda una adecuada biopsia de cuello uterino con el auxilio de los métodos exploratorios clínicos

generales y especiales, será el histopatólogo quien nos dé diagnósticos definitivos para establecer terapéutica adecuada.

Como se puede apreciar por la anterior exposición, es realmente fácil hacer una mala toma de biopsia si no se utilizan adecuadamente los métodos de investigación clínica. Las malas biopsias cérvico-uterinas son naturalmente la causa de los falsos estudios histopatológicos negativos. Procuraremos por este motivo tratar siempre de obtener certeras biopsias del cuello uterino para bien de nuestras enfermas.

#### RESUMEN

I. El estudio del cuello uterino debe ser hecho con método riguroso para conocer si existe o no patología tumoral.

II. Los métodos exploratorios que usamos actualmente para llegar a un diagnóstico cierto de salud o enfermedad del cuello uterino son el tacto vaginal, la visión visual a través de espéculo vaginal, la colposcopia, la colpocitología y el estudio histopatológico de biopsias tisulares.

III. La colpocitología nos indica si existe o no proceso tumoral maligno. La colposcopia nos señala el lugar adecuado para tomar biopsia. El estudio histopatológico de la biopsia nos da diagnóstico seguro.

IV. Sólo con diagnóstico hecho en biopsia de cuello uterino podrá fundarse con seguridad, terapéutica adecuada en los procesos tumorales malignos iniciales o bien residuales.

V. La obtención de una biopsia adecuada de los tumores asintomáticos, cáncer in situ y microinvasor, sólo se logra con el auxilio de la colpocitología y la colposcopia. Utilizando estos métodos de investiga-

ción hemos encontrado cánceres iniciales en el 1% de las enfermas que consultan en el Instituto Nacional de Cancerología de México.

VI. La biopsia de cuello uterino seriada como control de radiosensibilidad es sin duda prometedora para establecer tratamiento quirúrgico en época oportuna, si existe mala respuesta y el caso es quirúrgico.

#### SUMMARY

I. The study of the uterine cervix have to be done with a very scrupulous care, to know if it exists or not a tumoral pathology.

II. The exploratory methods that we use at present in order to reach a positive health and ill diagnosis of the cervix are the vaginal tact, the visual inspection through the vaginal speculum the colposcopy the colpocitology and from biopsies.

III. The colpocitology show us if there is or not a malignant tumorous process. The colposcopy show us the right place to take the biopsy. The histopathologic study give us an exact diagnostic.

IV. Only with the diagnosis made it, through the cervical biopsy we can establish safely the adequate therapy in the initial malignant tumoral process and also on the residual process.

V. To obtain an adequate biopsy of the symptomatic cancer in situ, and microinvasive is only made through colpocytology and colposcopy. Using those methods we have been found initial cancer invador of the 1% of patients who consult at Instituto Nacional de Cancerología de México.

VI. The biopsie of the uterine cervix using like a radio sensibility control is without doubt promising to fix the surgical treatment at the best time, if there is unsatisfactory response the case will be surgical.