

Algunas Consideraciones sobre el Carcinoma de Cuello Uterino

Por el doctor Gilberto Angel

Si revisamos las estadísticas presentadas por las entidades esparcidas en los diferentes países que se ocupan del problema social del cáncer, vemos que esta afección ocupa por su frecuencia el segundo lugar como causa de muerte, aventajándolo sólo en pequeña proporción las cardiopatías. Anualmente en el mundo, cerca de un millón de personas mueren por diversos procesos neoplásicos y si pensamos que alrededor del 15 por 100 corresponden al cáncer del útero, en mayor proporción la forma cervical que la corporal, vemos la importancia de su diagnóstico precoz.

Como casos de verdadero diagnóstico precoz, se aceptan sólo aquellos que descubre el microscopio y que después de la biopsia no son reconocibles, por ser tumores de menos de 5 mm. de diámetro y sin infiltración en la profundidad; los localizados pero ya nodulares que pasan de esta dimensión con penetraciones profundas, dan siembras linfáticas importantes, pasando por una evolución silenciosa hasta varios años por lo que se consideran de diagnóstico más o menos temprano, según su localización y propagación en el momento de su reconocimiento; es la forma más frecuente, por evolucionar en sus primeros estadios en forma insidiosa y asintomática, dando sus manifestaciones cuando adquiere mayor desarrollo o se ulcera.

Entre los medios auxiliares en su diagnóstico clínico, contamos con la prueba de Shiller, basada en los hallazgos de Lahm en el año de 1926 al demostrar que las células superficiales de la mucosa cervicovaginal son ricas en glucógeno, elemento que desaparece cuando el epitelio se cornifica o sufre transformación maligna; pero no permite abrir juicio sobre la malignidad de los mismos, porque lesiones traumáticas, hiperqueratosis, epitelios atróficos, hipoplasias uterinas etc, etc, nos dan "test positivos". Kranzfeld con estudios histológicos sobre 1.300 pacientes que presentaban el test positivo, halló

lesiones cancerosas en el 2.2 por 100. El mismo autor de la prueba presenta la siguiente estadística. De 100 casos, más o menos 25 tienen lesiones que no son coloreadas por el Lugol; de éstas 10 o 15 son de tipo hiperqueratósico o traumático y de 1 a 3 son carcinomas. Pero si bien es cierto que no ofrecen ninguna especificidad, es ayuda de gran valor, como prueba orientadora en el examen colposcópico y al indicar el sitio predilecto para la toma de la biopsia por la presencia de un epitelio que se ha desviado de la normalidad.

La colposcopia ideada por Hinselmann es indudablemente un procedimiento de gran valor que permite interpretar las leucoplasias, mucosas atípicas y en ocasiones verdaderos carcinomas, pero la diversidad de imágenes cuya interpretación es dudosa, hace que pocas veces sea factible el diagnóstico temprano del carcinoma pero si descarta con su ayuda muchas lesiones banales de diversa índole que dan con el iodo respuestas positivas. Es un "test" que requiere gran práctica por parte del observador, rindiendo grandes beneficios en manos experimentadas, pues permite reconocer las zonas leucoplásicas que como veremos posteriormente juegan tan primordial papel en la iniciación cancerosa del epitelio ecto-cervical.

El concepto de que la atipia celular en el cáncer cervical precede a la heterotipia epitelial, inspiró en el año de 1928 a Babes publicar sus primeros trabajos sobre el valor de los extendidos vaginales en el diagnóstico precoz utilizando la coloración de Giemsa. En 1943 Papanicolau y Traut publicaron su interesante monografía sobre las características nucleares observadas, técnica de coloración nuclear a base de la hematoxilina de Harris y consideran a este procedimiento como uno de los más efectivos en su profilaxis por su inocuidad para la paciente y simplicidad en la toma del material. Posteriormente a la publicación hecha por Papanicolau se ha experimentado su método en todos los países y sobre su verdadera utilidad ha despertado numerosas polémicas. El autor afirma que sobre un total de 3.014 pacientes obtuvieron 2.820 resultados negativos y 194 positivos con una proporción errónea del 0.3 por 100. Meigs y sus colaboradores sobre un total de 220 casos obtuvieron 153 negativos y 61 positivos con 6 resultados falsos. Jones, Neustader y Mackensie en su trabajo "The value of the vaginal smears in the diagnosis of early malignancy" sobre 434 observaciones analizan 427 pacientes y en 91 de ellas el diagnóstico de malignidad fue realizado por el extendido vaginal con un porcentaje erróneo del 3.7 por 100. Curs y Catell ("A review of the vaginal smear method for early diagnosis of cancer") estudian 170

casos con 146 resultados negativos y 5 positivos no demostrándose en éstos, malignidad histológica en las piezas operatorias. Graham y colaboradores en el año de 1945 reunieron 1.015 pacientes con 861 resultados negativos y 154 positivos con una proporción de falsos resultados en el 4 por 100. En el año de 1948 publicaron su trabajo "A comparasion of the accuracy in diagnosis of the vaginal smear and the biopsy in carcinoma of the cervix" donde examinan 5.000 extendidos de 3.800 pacientes encontrando 288 carcinomas pavimentosos. En el 82 por 100 tanto el extendido vaginal como la biopsia fueron positivos y la combinación de ambos métodos permitió alcanzar un 99 por 100 de diagnósticos correctos sobre 178 casos. Numerosos autores han publicado trabajos al respecto como Amor, Arzac en México, Batres G. en Guatemala, Vespaciano Ramos, Amarad en Brasil. Di Paola, Mezzadra, Terzano, Herrera, Arenas en la Argentina, Ayre, Babes, Premont-Smith, Gates, Marren, Graham-Guidoux, Haumeder, Isidor, Jones, Meigs, Papanicolaou en Estados Unidos etc. emitiendo cada uno de ellos conceptos diferentes sobre su valor y utilidad.

Pocas veces el solo cito-diagnóstico permite establecer el diagnóstico neoplásico y el verdadero valor, depende de la práctica del observador, pues histiocitos, células basales vaginales, epidermizaciones glandulares, hiperplasias y descamaciones hiper-plásicas, pueden suministrar elementos con macro-núcleos hipercromáticos, polimorfismo nuclear y diversas alteraciones nucleares que se interpretan como células neoplásicas sin serlo y en otros, proliferas observaciones no presentan elementos atípicos a pesar de tener una confirmación neoplásica por medio de la biopsia. El procedimiento es muy útil en las consultas numerosas, donde por su inocuidad y facilidad en recoger el material, permite seleccionar las pacientes con resultados positivos o dudosos, pero por el polimorfismo de sus cuadros y la irregularidad de sus imágenes, no permite por sí solo dar un diagnóstico categórico de neoplasia o benignidad.

La biopsia, como dicen Forgue y Novak sigue siendo la única garantía en el diagnóstico precoz que debe practicarse en todos los casos en los que el cuello presente erosiones, pólipos, mucosas ectrópicas etc., pues muchos carcinomas son tomados como lesiones de poca trascendencia o inversamente interpretar éstas por carcinomas en su comienzo. Algunos han emitido el concepto que el pequeño traumatismo ocasionado al tomar el material para su estudio histológico, era causante de siembras y metástasis al abrir los linfáticos y vasos sanguíneos, concepto que no es compartido por la mayoría, ya que si existe

la posibilidad, no se observa en la práctica ningún hecho evidente que permita afirmarlo. R. Mayer dice, que no existe ninguna relación entre la diseminación y el trauma requerido por la biopsia, según lo ha comprobado en numerosas pacientes y Novak nos dice: "No hay que temer a la biopsia, siempre es preferible a la duda; —en qué otra forma puede hacerse el diagnóstico precoz? Si permanecemos a la expectativa podemos dejar evolucionar una lesión maligna y no podemos ser radicales en los estados llamados pre-cancerosos porque muchos no lo son. El microscopio es el que debe decidir".

Desde el punto de vista histológico Hinselmann estableció para los primeros estados 4 grupos o "Matrices" de diferente interpretación y de acuerdo a ella diferente terapéutica, "matrices" que tanto clínicamente como histológicamente son leucoplasias en diferentes períodos evolutivos.

La Matriz I" muestra en lugar de las tres capas que normalmente se encuentran en el epitelio ecto-cervical, cinco capas. La basal pierde su alineamiento habitual en empalizada, sus núcleos presentan mayor afinidad tintorial y algunas mitosis. Las capas intermedia y espinosa no ofrecen mayores cambios. En el "estratum granulosum" hay varios gránulos de queratínalina y existen varias capas de cornificación superficial. Hay infiltración linfocitaria del dermis y mayor sinuosidad del límite dermo-epidérmico. La "Matriz II" presenta las mismas características anteriores, salvo una pronunciada tendencia de proliferación que puede ser hacia la superficie (matriz II a) de penetración hacia la profundidad (matriz II b) o seguir la luz glandular (matriz II c).

Estos dos primeros tipos de matrices no ofrecen ningún carácter de malignidad y su relación entre una evolución posterior hacia la neoplasia, ha sido motivo de varias contribuciones. Se ha puesto en evidencia que algunas son la base inicial de un carcinoma representando un estado pre-canceroso. Según Laffont y Laffarque (*Etats metaplasiques et hyperplasiques du col uterin. Gynec. et Obst. 1936, 34, 5*) las matrices hiperantósicas e inflamatorias serían un estado precanceroso por excelencia, concepto que no es compartido por Shiller (*Leucoplakia, leucokeratosis and carcinoma of the cervix. Amer. J. Obst. and Gynec. 1938, 35, 17*) para quien no existe relación causal entre para o hiperqueratosis y el carcinoma ectocervical. En Buenos Aires en la Cátedra de Clínica Ginecológica dirigida por el profesor Ahumada, se han observado algunos casos de carcinoma pavimentosos semimaduros, que inicialmente han tenido como

punto de partida Matrices I y II hecho que ha sido comprobado con diferentes biopsias eomadas como control y también el caso opuesto de ver evolucionar en forma benigna matrices iniciales de aspecto similar a las que han seguido evolución carcinomatosa. De donde podemos deducir que la leucoplasia no es una entidad nosológica definida, sino una impresión visual inespecífica que no siempre establece un pronóstico serio, pero que es preciso establecer el diagnóstico con exámenes y biopsias repetidas, a fin de seguir su evolución e instituir una terapéutica radical tan pronto como su potencia maligna se manifiesta, extirpando por decirlo así el cáncer en sus primeros días de vida.

Como tratamiento a estas dos formas de leucoplasias y teniendo en cuenta su posible transformación maligna, se ha preconizado la simple diatermo-coagulación de la pequeña lesión (Forti. "La leucoplasia del collo ell utero" Div. dóst e ginec. Prat. 1934, 16, 311) la amputación del cuello (Hammant y Chalmont. "Les leucoplasies du col uteri". Soc. de Obst. et Gyneco. de París" 1942, 21, 305) y aún la histerectomía total (Puccioni. "Leucoplachia e cancro de lla portio". Riv. Ital. di Gineco. 1934, 16, 25) con el afán de hacer profilaxis del epiteloma cervical y según Kresschmar (Leukoplagia of the uterine cervix. Ame. J. Obst. and Ginec. 1932-23-885) el Radium es el tratamiento de elección. Otros prefieren adoptar la siguiente conducta ante las leucoplasias diagnosticadas clínicamente: Biopsias de todas ellas y ante el cuadro histológico obtenido, electrocoagulación en los casos de matriz I y II efectuando periódicamente exámenes posteriores que indicaran si la lesión ha desaparecido, persiste sin modificaciones apreciables o evolucionan hacia la malignidad y amputación del cuello en los casos en que por diversos motivos no es posible seguir el control deseado de las pacientes.

Al segundo grupo carcinoide corresponden las "Matrices III y IV". En la matriz III, las células basales se muestran con frecuencia desordenadas, superpuestas, poliformas; en lugar del cuerpo mucoso de Malpighi, se observa una ancha capa de células muy pequeñas, sin espinas, con núcleos hiperromáticos, mitosis atípicas y monstruosidades, siendo lo fundamental la preencia de esta ancha capa nueva con todas las características de proliferación celular maligna. En la "matriz IV" los caracteres son similares a la anterior pero se ve tendencia a la proliferación que como la matriz II se denomina IV a. si es hacia la superficie IV b. a la profundidad o IV c. si invade las glándulas. Siendo estas dos leucoplasias verdaderos carcinomas iniciales, necesitan un tratamiento más radical te-

niendo hoy en día mayor aceptación en los casos que lo permiten, la histerectomía total y vaciamiento ganglionar a la actinoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Rogante Antonio*: Colposcopia y diatermo-coagulación. Buenos Aires, 1942.
- Bibiloni Pedro*: Diagnóstico y profilaxis del Cáncer cervical. Buenos Aires. 1942.
- Emil Novak*: Carcinoma of the cervix. Philadelphia. 1947.
- Usandizaga Manuel*: Cervicitis. Barcelona. 1946.
- N. Arenas*: Relato al Congreso de Ginecología reunido en Río de Janeiro en 1948. Buenos Aires. 1948.
- George N. Papanicolaou*: Diagnossi of Hinselmann y Leucoplasias. Buenos-Aires. 1943.
- O. Blanchard*: Matrices de Hinselmann y Leucoplasias. Buenos Aires. 1943.