

## CARCINOMA IN SITU DEL CERVIX

Por los doctores Haroldo Calvo Núñez (\*) y Theodore Winship (\*\*)

Washington, D. C.

Muchas son las denominaciones que se le han dado al carcinoma in situ del cuello uterino. Se le ha llamado carcinoma intraepitelial, carcinoma pre-invasor, carcinoma incipiente, enfermedad de Bowen del cervix, etc.

Este tumor se comporta como un verdadero cáncer del cervix y se caracteriza por su limitación al epitelio estratificado sin que se efectúe la penetración de la membrana basal. El diagnóstico presenta algunos problemas, pues el exámen ginecológico y aún el examen microscópico practicado por el patólogo, no revelan, en la gran mayoría de los casos, la lesión. Esto se debe a que los cambios histológicos son tan limitados que sólo el examen cuidadoso de la biopsia pone en evidencia el tumor. Los cambios microscópicos comprenden el aumento relativo del número de células escamosas, el hiper cromatismo de los núcleos y la pérdida de la polaridad (Fig. N<sup>o</sup> 1), considerándose esta última como el hallazgo más constante. La pérdida de la polaridad celular se extiende desde la capa basal del epitelio hasta las células escamosas aplanadas de la superficie. El diagnóstico debe basarse además, en la alteración de la relación citoplásmica-nuclear, en la notoria disparidad del tamaño y forma de los núcleos y en la presencia de un número variable de mitosis en todas las capas de la epidermis. Ninguna otra lesión del epitelio cervical muestra estas mitosis desde las capas basales hasta la periferia. (Fig. N<sup>o</sup> 2.).

---

(\*) El doctor Calvo Núñez es Director del Departamento de Anatomía Patológica de la Fac. de Medicina de la Universidad de Cartagena y actualmente Residente en Patología en el Garfield Memorial Hospital. Washington D. C.

(\*\*) El doctor Winship es Patólogo Asociado del Garfield Memorial Hospital. Washington D. C.

En algunos casos de carcinoma in situ los cortes muestran cierta penetración del tumor profundamente hasta las glándulas endocervicales y si en esos casos los cortes histológicos son hechos tangencialmente, pueden aparecer falsos islotes de células malignas e interpretarse como una penetración de la membrana basal, haciéndose el diagnóstico errado de carcinoma escamoso común del cervix, cuando en realidad se trata del tipo intraepitelial, de pronóstico mucho mejor y cuyo tratamiento, como veremos más adelante, se separa mucho del otro tipo. Por otra parte, la superficie epitelial, en algunos casos de carcinoma in situ, se extiende hasta las glándulas del endocervix, no debiéndose considerar tampoco esta penetración como invasión tumoral al estroma, pues la membrana basal permanece intacta. (Fig. N° 3).

La metaplasia del epitelio columnar del endocervix, lesión muy frecuente en patología ginecológica, y que consiste en la transformación del epitelio de las glándulas endocervicales en epitelio escamoso estratificado, no debe ser objeto de confusiones con el carcinoma in situ del cervix; pues además de no existir ninguna relación entre estas dos entidades, se caería en el error grave de confundir una lesión benigna, común, producida por el estímulo de una infla-

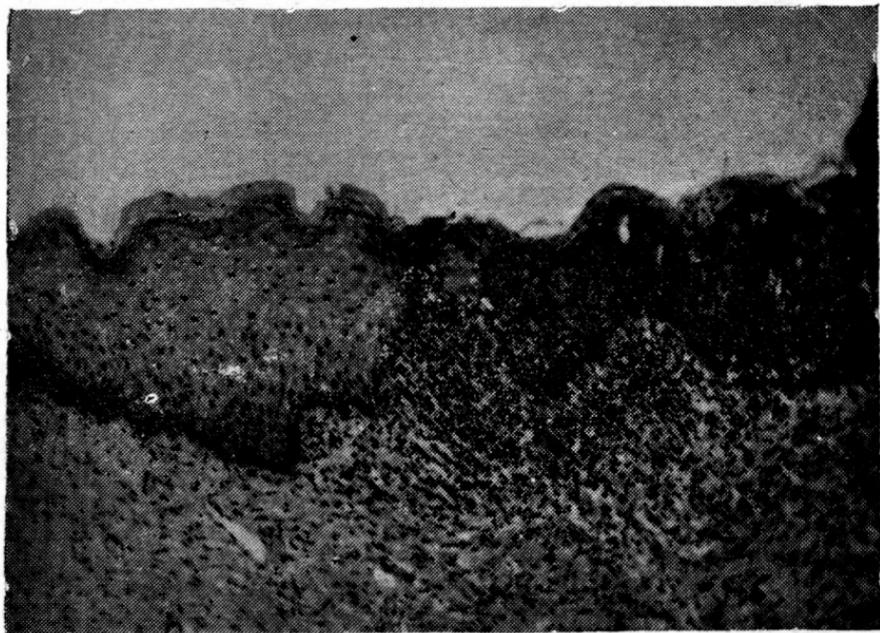


Figura N° 1

mación crónica del cuello, con un verdadero tumor maligno, que en todos los casos se comporta como tal, como veremos luego.

El presente trabajo comprende el estudio de 1.238 cuellos uterinos. En un 72 por 100 de ellos hallamos cambios metaplásicos. Por otra parte, Howard y sus asociados, (1) han demostrado que la metaplasia ocurre en el 83 por ciento de sus casos. Es pues una lesión muy común del cervix; pero es innegable que hay casos en que el diagnóstico diferencial histológico entre la metaplasia o simple epidermización y el carcinoma in situ es difícil; pero si se tiene en cuenta que en la primera de las lesiones nombradas, las células son más grandes y uniformes, que no hay hiperchromatismo y que sólo se nota una que otra mitosis, el patólogo experimentado hace siempre el diagnóstico correcto.

Asunto importante en este tipo de cáncer, es el relacionado con la estadística libre de error, de la que puedan derivar datos precisos sobre su incidencia. Esta estadística se ha visto interferida un tanto por el empleo de una terminología confusa como: disqueratosis, leucoplasia, etc., vocablos que denotan una lesión dermatológica o bien, tienen un significado enteramente clínico, sin ninguna explicación histo-patológica. Por otra parte, los estudios previos sobre el carcinoma intraepitelial incluyen muchos casos (2) en que el diag-

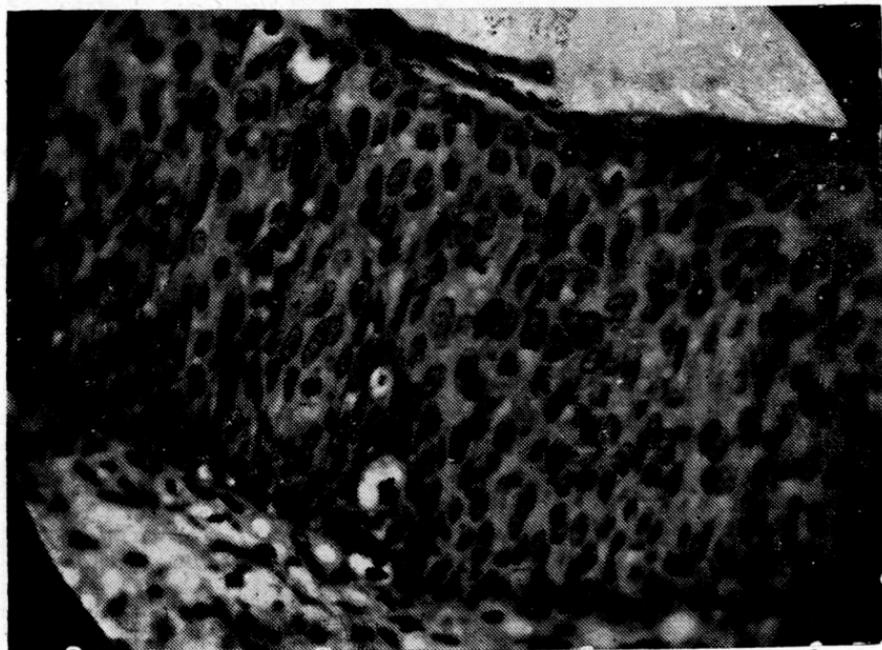


Figura Nº 2

nóstico definitivo se hizo por el estudio de una sola biopsia del cuello, lo que hace muy dudoso dicho diagnóstico. Recientemente Novak (3), reconocida autoridad en patología ginecológica, ha expresado que "el diagnóstico del carcinoma pre-invasor del cervix debe hacerse con gran cautela y solamente después de repetidas biopsias y estudios meticolosos". Y agrega: "de 75 casos en que se estableció dicho diagnóstico, las biopsias posteriores demostraron que en 55 de ellos, el cáncer era escamoso invasor". De todo lo anterior se desprende que es menester un criterio de selección muy rígido para establecer con seguridad el diagnóstico del carcinoma in situ de cervix. La presencia de un cáncer de este tipo en una biopsia de cuello puede pues significar dos cosas: 1) Que el corte ha sido tomado de la periferia de un tumor invasor, o 2). Que la lesión entera es de tipo intraepitelial. Y para poder hacer la distinción correcta, es necesario extirpar enteramente el cuello uterino y llevar a cabo un examen microscópico de todas sus partes. Por consiguiente, aquellos cuellos que han sido sometidos a irradiación no pueden ser incluidos, con absoluta certeza, en la categoría de carcinomas in situ. Así mismo los cuellos uterinos incompletamente extirpados, aún cuando hayan sido adecuadamente seccionados, tampoco pueden ser incluidos con seguridad. Creemos nosotros que sin este crite-

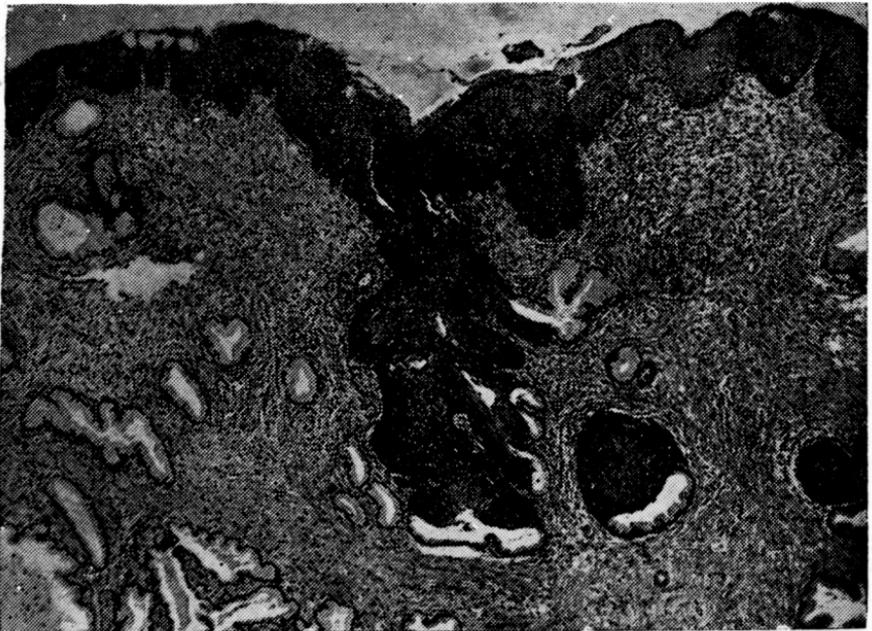


Figura Nº 3

rio básico que acabamos de exponer, cualquier estudio estadístico del carcinoma in situ del cuello uterino, tiene un valor clínico dudoso.

### *Métodos y resultados.*

El presente trabajo representa el estudio anatómo-patológico de los cuellos uterinos y del material de biopsias cervicales enviados al Departamento de Patología del Garfield Memorial Hospital de Washington D. C., durante un período de dos años y seis meses. De todas aquellas biopsias en que a simple vista había epitelio, se tomaron cortes múltiples. En todas las ocasiones en que el diagnóstico de carcinoma in situ fue establecido por el estudio de una biopsia, el cervix entero, extirpado quirúrgicamente, se fijó en formol al 10 por 100, tomándose luego un mínimum de 24 cortes para la inclusión en parafina. Luego se cortaron varias láminas seriadas de cada block. Siguiendo este método, nos aseguramos de que todo el epitelio cervical quedaba incluido en las preparaciones que posteriormente se estudiaron al microscopio. Para guardar un mejor orden en la descripción, hemos agrupado los casos en tres categorías, consultando siempre el más estricto criterio. (1). Carcinoma in situ plenamente comprobados. (2). Posibles carcinomas in situ tratados por irradiaciones y (3). Posibles carcinomas in situ diagnosticados por la biopsia; pero sin un estudio histo-patológico completo del cervix después de la extirpación quirúrgica del útero.

### *Casos del primer grupo.*

*Caso N<sup>o</sup> 1.*—Mujer de 35 años, blanca, soltera. Al tomarle su historia por un examen para empleo se halló que había tenido ligero flujo vaginal durante los seis meses anteriores al examen. Al especulum el cuello aparece de aspecto normal; sin embargo, se toman frotis cervicales (Papanicolau) de rutina, los que fueron interpretados como carcinoma. Se tomaron entonces biopsias múltiples del cuello alrededor del hocico, en la unión escamo-columnar. Bajo el microscopio dos de las biopsias mostraron carcinoma in situ. Se practicó histerectomía total y los cortes del cervix mostraron un foco grande de carcinoma in situ residual. La paciente se halla sin evidencia de metástasis después de un año y medio.

*Caso N<sup>o</sup> 2.*—Mujer casada de 33 años, blanca, es enviada a un ginecólogo con motivo de una erosión del cuello y flujo vaginal claro. Al examen se encontró una erosión superficial en el labio posterior

del cuello tomándose una biopsia de esa área. Al microscopio se encontró un carcinoma intraepitelial. Se hizo histerectomía total, y al examen microscópico de los múltiples cortes del cervix se encontró un pequeño foco residual de carcinoma in situ. La paciente vive y goza de buena salud después de un año y medio.

*Caso N° 3.*—Mujer de raza blanca, casada, de 23 años. Es enviada a la consulta de un ginecólogo por un médico general debido a una erosión superficial del cuello uterino. La biopsia que se tomó de dicha área reveló un carcinoma in situ. Como tratamiento se practicó histerectomía total hallándose por el examen microscópico del cervix un foco residual de dicho tumor. La paciente no ha presentado ningún síntoma después de dos años y medio.

*Caso N° 4.*—Mujer de 46 años de edad, raza negra, casada. Al ser examinada en la clínica ginecológica del hospital, debido a un flujo vaginal de tipo mucoso, no se encontró ninguna anormalidad en el cervix, sin embargo se tomó biopsia del labio anterior, la que al microscopio reveló un carcinoma intraepitelial. Se sometió a la enferma a una histerectomía por el método de Wertheim; no pudiéndose hallar carcinoma residual en los muchos cortes tomados del cuello. La paciente hasta el presente no ha tenido ninguna manifestación patológica después de dos años y medio. Este caso es el único en nuestra serie en que el tumor fué extirpado totalmente por la biopsia.

*Caso N° 5.*—Mujer negra de 35 años, casada. Entra al hospital quejándose de ligeras hemorragias intermenstruales. Una biopsia del cervix reveló un carcinoma in situ. Se practicó una histerectomía de Wertheim con modificación de la técnica y los cortes seriados del cuello mostraron focos residuales del tumor. La paciente falleció dos años después de la intervención y en la autopsia no se halló ninguna evidencia de carcinoma.

*Caso N° 6.*—Mujer de raza blanca, de 43 años, casada. Al serle practicados los tests previos como donante en un banco de sangre fue descartada por padecer de anemia. Por esta razón consultó días después a un médico quien en el curso de un reconocimiento general tomó frotis del cervix (Papanicolau). Los frotis fueron positivos para carcinoma. Al practicar nuevo examen ginecológico no se pudo encontrar lesión visible del cuello y el nuevo interrogatorio a que fue sometida la enferma, tampoco reveló ningún dato compatible con un carcinoma. La enferma fue hospitalizada en el Garfield Memorial y se tomaron varias biopsias del cuello uterino a las 12, 3, 6 y 9 horas del reloj.

Además, se practicó curetaje del endometrio y endocervix. Sólo un pequeño fragmento de epitelio correspondiente al curetaje endocervical mostró un pequeño foco de carcinoma in situ. Ante la confirmación del diagnóstico se practicó una intervención de Wertheim modificada dos días después. Se tomaron 26 cortes del cervix y dos mostraron restos del tumor.

*Caso N° 7.*—Mujer de raza negra, casada, de 37 años. Se examina por tener algunas manchas vaginales desde tres semanas atrás. La biopsia del cervix mostró un carcinoma intraepitelial, y una semana después se practicó una intervención de Wertheim modificado. El examen histológico del cuello mostró una pequeña área de carcinoma in situ, en los cortes correspondientes al orificio externo. Además, se encontraron varios mio-fibromas pequeños en el fondo del útero.

Todas estas historias clínicas son representativas de los casos en que el diagnóstico de carcinoma in situ del cervix fue plenamente comprobado. Estos casos fueron vistos en el Garfield Memorial Hospital durante un período de dos años y seis meses (tabla N° 1). En total se estudiaron 1.238 especímenes provenientes del cervix, representando los casos descritos arriba, de conformidad con el criterio adoptado por nosotros, una incidencia de 0.57 por ciento.

TABLA N° 1.

*Grupo N° 1.—Casos comprobados de carcinoma in situ \**

Caso No.	Edad	Método empleado para el diagnóstico	Invasión	Tratamiento
1	35	Frotis cervical (Pap)	Ninguna	Histerectomía total
2	33	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía total
3	23	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía total
4	46	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía Wertheim
5	35	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía Wertheim Modif.
6	43	Frotis cervical (Pap)	Ninguna	Histerectomía Wertheim Modif.
7	37	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía Wertheim Modif.

*Casos del segundo grupo.*

*Caso N° 1.*—Mujer blanca, casada, de 48 años de edad. Examinada en la clínica ginecológica del hospital debido a ligeras manchas sanguinolentas por la vagina. La historia de la paciente, así como

\* Cuatro de estos casos pertenecen al servicio del doctor J. K. Cromer.

el examen de la pelvis revelan que el útero fue extirpado quirúrgicamente (histerectomía sub-total) debida a miofibromas, varios años antes. Al visualizar el cuello se observa que este es friable y sangra con facilidad. El estudio microscópico de la biopsia revela un carcinoma in situ solamente. La enferma fue sometida a tratamiento por rádium así como a radiaciones externas, encontrándose aparentemente bien después de dos años y medio. Varios frotis cervicales por el método de Papanicolau, tomados a intervalos después del tratamiento, han dado resultados negativos.

*Caso N° 2.*—Mujer de 42 años, raza blanca, casada. Acude al médico por notar la presencia de flujo vaginal mucoso y ligera metrorragia. Al examen el cervix aparece granuloso y ulcerado, sangrando fácilmente. La biopsia muestra un carcinoma in situ y la paciente recibe tratamiento con radium y además, radiaciones transvaginales del cuello, desapareciendo la lesión. Durante un período de dos años no se observa reaparición de ningún síntoma ginecológico, falleciendo la paciente a consecuencia de otra enfermedad. Desafortunadamente, no fue posible obtener permiso para la necropsia.

TABLA N° 2.

*Grupo N° 2.*—Posibles carcinomas in situ tratados por radium.

Caso No.	Edad	Método empleado para el diagnóstico	Invasión	Tratamiento
1	48	Biopsia cervical	Ninguna	Radium y radiaciones externas
2	42	Biopsia cervical	Ninguna	Radium y radiaciones transvaginales

Estos casos (tabla N° 2) bien pudieran reunirse con los del primer grupo, pues el diagnóstico de carcinoma in situ fue establecido por la biopsia; sin embargo, existe la posibilidad de que la muestra de tejido fuera tomada de la periferia de un cáncer escamoso invasor, pues ambas pacientes mostraron síntomas clínicos muy claros de cáncer cervical. La presencia o ausencia de invasión al estroma no pudo ser probada con certeza y por esta razón los agrupamos aparte, siguiendo el método que nos hemos trazado para hacer la clasificación de los cánceres intraepiteliales del cuello uterino.

*Casos del tercer grupo.*

*Caso N° 1.*—Enfermera de 33 años de edad que acude al examen ginecológico debido a flujo vaginal. La visualización del cervix revela una erosión superficial alrededor del orificio externo. La biopsia tomada fue interpretada como "cervicitis crónica con epitelio anormal". Al revisar las preparaciones microscópicas catorce meses después, hallamos un típico carcinoma in situ. Se practicó histerectomía total en otro hospital y algunos cortes tomados del cuello no mostraron cambios malignos.

*Caso N° 2.*—Mujer de 40 años, blanca. Al ser examinada en la clínica de cáncer del hospital se encontró una erosión cervical. Una de las dos biopsias tomadas mostró un carcinoma in situ. La enferma se sometió a histerectomía total en otro hospital después de seis semanas de establecido el diagnóstico. Se examinaron cuatro cortes del cervix y ninguno reveló restos del cáncer intraepitelial.

*Caso N° 3.*—Mujer de raza negra, de 40 años, soltera. Se examina en la clínica de cáncer hallándose una pequeña zona, rojiza y granulosa en el labio posterior del cuello. El frotis (Papanicolau) cervical del área sospechosa reveló un carcinoma intraepitelial incompletamente extirpado. Se practicó una histerectomía sub-total en otro hospital y no fue hallado cáncer residual en los pocos cortes de cuello que se examinaron al microscopio.

*Caso N° 4.*—Esta paciente fue admitida al hospital con motivo de padecer de menorragia. El cervix aparece "hipertrofiado y lacerado", siendo el útero de tamaño normal. Solamente se practicó un curataje y el epitelio cervical que accidentalmente fue tomado con la cureta, mostró un carcinoma in situ. El examen histológico del cuello después de la histerectomía total a que se sometió la enferma, mostró un pequeño foco del cáncer in situ, evidenciado en varios de los cortes. Este caso, al igual que el caso N° 6 del grupo 1, muestra cómo puede hacerse el diagnóstico de un carcinoma intraepitelial del cervix con el material obtenido con la cureta, cuando se raspa con alguna presión el endocervix. Igualmente, este caso demuestra que la conización del cuello no es un método adecuado de tratamiento del carcinoma in situ, porque, como hemos dicho arriba, el tumor, sin dejar de ser intraepitelial, puede llegar hasta las glándulas del canal cervical.

No es posible determinar si ciertamente estos casos (tabla N° 3) del grupo 3 son ejemplos de carcinoma in situ o si la biopsia o el frotis

representan solamente la parte superficial de un carcinoma escamoso invasor. Como no se puede establecer una prueba definitiva, estos casos también los excluimos del grupo 1, pues de otra manera alteraríamos la incidencia de aquellos casos debidamente comprobados.

TABLA N<sup>o</sup> 3.

Grupo N<sup>o</sup> 3.—Posibles carcinomas in situ en casos en los cuales los especímenes quirúrgicos no fueron completamente estudiados.

Caso No.	Edad	Método empleado para el diagnóstico	Invasión	Tratamiento
1	33	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía total
2	40	Biopsia cervical	Ninguna	Histerectomía total
3	40	Frotis cervical	Ninguna	Histerectomía total
4	38	Çuretaje uterino	Ninguna	Histerectomía total

#### *Aspectos clínicos.*

El carcinoma in situ del cuello uterino es prácticamente asintomático y en la actualidad su descubrimiento se ha hecho más frecuente debido al empleo creciente del frotis cervical por el método de Papanicolaou en los servicios ginecológicos de este país.

Apesar de no ofrecer un conjunto de manifestaciones importantes, este cáncer cervical presenta casi siempre uno o varios de los pequeños síntomas ginecológicos, como lo hemos podido comprobar nosotros. Estos síntomas pueden ser: flujo vaginal, manchas sanguinolentas ligeras, o a veces después del coito; y en otros casos, pequeñas hemorragias intermenstruales; sin embargo, estos síntomas son tan comunes en clínica ginecológica que bien podrían no tener ninguna relación con el progreso maligno. En todo caso, en nuestra serie, uno o varios de estos pequeños síntomas fueron los que obligaron a las pacientes a consultar.

Por lo general, al practicar la inspección del cervix no se observa ninguna anormalidad; pero en algunos casos pueden descubrirse laceraciones, erosiones, pequeñas áreas de granulación, etc. Para la práctica de la biopsia, algunos autores (2) continúan dándole gran valor a la prueba de Schiller (Iugol).

Como en algunos casos el carcinoma in situ toma origen dentro del canal, llegando hasta las glándulas endocervicales, es preciso practicar en todas las ocasiones un curataje uterino, poniendo especial

cuidado en raspar con alguna presión la porción endocervical. Proce- diendo de esta manera, el ginecólogo además de confirmar o negar la posibilidad de un cáncer in situ en la unión escamo-columnar, tiene oportunidad de investigar la existencia de un posible adeno-carcinoma del fondo. Al mismo tiempo que se practica el curataje en la forma expuesta, deben tomarse varias biopsias alrededor del orificio externo del cuello a las 12, 3, 6 y 9 del reloj, según la técnica de Foote y Steward (4) pues, como estos autores han demostrado, tomando biopsias en dichos puntos, se logra descubrir la presencia de cáncer del cuello en un 92 por ciento. Puede también emplearse otro método que Novak preconiza (3), y que consiste en tomar una biopsia circular con la cuchilla de doble filo diseñada por este último autor, o simplemente emplear un bisturí corriente de hoja delgada. La biopsia se toma sin interrupción alrededor del orificio externo, sin profundizar mucho, ob- teniéndose así un buen pedazo de tejido tapizado por epitelio escamo- so, que resulta satisfactorio para el examen microscópico seriado. En muy pocos días aparece un tejido de granulación que cicatriza rápida- mente y en la mayoría de las ocasiones no hay necesidad de usar el termo-cauterio para suprimir la hemorragia. Empleando pues, cual- quiera de los métodos descritos, el tratamiento debe instituirse tan pronto como el diagnóstico se confirma histológicamente; pues aun cuando es cierto que esta variedad de carcinoma se mantiene intra- epitelial por largo tiempo en muchas ocasiones, nunca es posible predecir con certeza este hecho. Es importante destacar el hecho de que tres de los trece casos presentados en este trabajo fueron descubiertos mediante el frotis cervical según la técnica de Papanicolau. Y en dos de estas pacientes, la investigación completa no hubiera tenido lugar si no se hubieran hallado células sospechosas en los frotis to- mados de rutina. Este hecho, comprobado por otros autores (2), pone de presente la importancia del frotis cervical como procedimiento de rutina en toda paciente en quien se practica un examen clínico comple- to. Sin embargo, debemos agregar que los diagnósticos positivos es- tablecidos por este método, deben siempre comprobarse por la biopsia, antes de instituir cualquier tratamiento.

La terapéutica del carcinoma pre-invasor del cuello uterino es un problema que debe ser individualizado en cada caso por el ginecólogo y el patólogo. Schiller (5) y otros autores (2, 3, 6, 7) consideran que un tratamiento radical no es indispensable en este tipo de cáncer, si se comprueba plenamente que el tumor es intra-epitelial, es decir, que no hay invasión al estroma. Foote y Steward (4) han descrito de- talladamente estos puntos de vista. La traquelectomía es el tratamiento

quirúrgico aconsejado, si la presencia del carcinoma in situ ha sido demostrada. El cervix se fija en formol al 10 por 100, se seccionan luego 24 o más fragmentos delgados para hacer las preparaciones y se estudian al microscopio. Si después del examen de numerosos cortes se concluye que el tumor es enteramente intraepitelial y éste fue removido totalmente, no es necesario emplear otro método terapéutico adicional. Esta técnica quirúrgica es considerada como procedimiento seguro para el tipo in situ del cáncer cervical, habiendo demostrado el control histológico, de manera satisfactoria la ausencia de invasión al estroma. Por otra parte, la traquelectomía no siempre contra-indica el parto a término y por consiguiente el empleo de esta cirugía conservadora, además de asegurar la curación del carcinoma, permite en muchos casos la gestación y el parto. Esta última cuestión adquiere importancia en estas pacientes por el hecho de que el promedio de edad de aparición del carcinoma intraepitelial es diez años menos que el carcinoma escamoso invasor (37 años y 47 años respectivamente). Ahora bien, si el examen de los múltiples cortes tomados del cervix extirpado (traquelectomía), descubre que hay invasión al estroma o, que el carcinoma in situ se extiende más allá del corte quirúrgico, la histerectomía total es indispensable. Los ovarios no deben extirparse siempre, dependiendo la conducta a seguir, del criterio clínico-patológico establecido en cada caso. En resumen, se justifica el examen histológico completo del cervix en todos los casos de carcinoma in situ, porque, ocurriendo la enfermedad en mujeres que pueden procrear, se puede no sólo curar el cáncer, sino también permitir la gestación y el parto. La diferenciación pues, entre el tipo intraepitelial y el tipo invasor es asunto fundamental.

Una indicación que consideramos importante es la de no tomar nunca una biopsia de cuello empleando el electrocauterio porque se produce la coagulación de los tejidos hasta el punto de que los detalles histológicos se pierden, siendo imposible en muchos casos determinar con exactitud el tipo de lesión presente. Debe emplearse el bisturí corriente o al menos la pinza especial de biopsia.

Repetimos que, de acuerdo con nuestro criterio, no pueden considerarse como verdaderos carcinomas in situ del cervix, aquellos casos en que el diagnóstico se establece por una sola biopsia, sin estudio posterior del cervix. Resulta muy probable que estos casos sean cánceres escamosos invasores en los que la biopsia se tomó de la parte superficial.

*Discusión.*

Si se tienen en cuenta los conocimientos actuales y los métodos presentes de tratamiento del cáncer del cuello uterino, que arrojan poca supervivencia cuando el tumor ha avanzado, el desideratum sería poder establecer el diagnóstico cuando el tumor se encuentra en su estado intraepitelial. Porque este último tipo de cáncer del cuello es el único cuya curación puede asegurarse completamente, si se emplea el tratamiento adecuado, como lo hemos descrito arriba. De acuerdo con las estadísticas actuales el carcinoma in situ tiene una incidencia baja y el número de casos reales se desconoce en la actualidad debido a que se ha omitido un criterio estricto para distinguir entre los casos verdaderamente comprobados y los dudosos. Y es importante conocer que la mayoría de las biopsias que muestran un carcinoma in situ no constituyen prueba suficiente, pues en muchas ocasiones el estudio completo del cervix descubre el cáncer invasor.

Con la abundante literatura aparecida en los dos últimos años, es de esperarse que el reconocimiento de este cáncer se realiza con más frecuencia. Además, el número creciente de clínicas para el diagnóstico del cáncer y la práctica cada vez más generalizada de los frotis cervicales (Papanicolau) de rutina, seguramente servirán para facilitar el diagnóstico del cáncer del cervix en su etapa intraepitelial. Nuestros hospitales en Colombia deben interesarse más en la dotación de servicios para el diagnóstico del cáncer, especialmente en los servicios de mujeres en donde el cáncer del cervix y de la mama constituyen la causa más común de muerte en mujeres pasadas de los 35 años de edad. En los Estados Unidos, muchos centros médicos están llevando a cabo investigaciones sistematizadas para descubrir estos casos y en los últimos años se han descubierto y tratado un gran número de ellos. Rubin (8) y Schottlaender y Kermauner (9) y Schiller (10), tienen el mérito de haber sido los primeros en observar el carcinoma in situ del cuello uterino y de indicar su importancia. A Schiller se debe el concepto que se tiene en la actualidad de ese tumor y muy pocas modificaciones básicas se han introducido a sus observaciones iniciales. Este autor cree que los cambios que se verifican en el epitelio escamoso constituyen el estado inicial de la mayoría, de los cánceres del cervix, requiriéndose un período variable para que se conviertan en carcinomas clínicos. Desde que Schiller escribió estos conceptos muchos autores han adherido a ellos. En 1932 Broders (11) decía: "Ha pasado ya el tiempo en que el epitelio se considera como no-carcinomatoso o al menos como pre-carcinomatoso por el hecho de que el proceso tumo-

ral llega sólo hasta la membrana basal; o carcinomatoso, cuando se demuestra la penetración de esa barrera". Esta afirmación es tan verdadera hoy como cuando fue escrita: sin embargo, todavía hay algunos patólogos que creen indispensable la invasión de los tejidos vecinos, para hacer el diagnóstico de un carcinoma.

En la literatura médica aparecen varias comunicaciones de casos de carcinomas in situ muy pequeños, curados totalmente por la simple biopsia. De veinte casos de carcinoma in situ comunicados por Galvin y Telinde (12) no se encontró carcinoma residual en los cortes múltiples de diez de ellos después de la histerectomía total. Schiller por su parte, ha descrito carcinomas in situ del epitelio cervical que han medido menos de 3 mm. de diámetro. Por otra parte, se ha demostrado plenamente que estos cambios carcinomatosos pueden estar presentes en el epitelio por un período que varía entre uno y doce años sin que se produzca la invasión (5), (13), (15), sin embargo en la literatura no se registra un solo caso en que los cambios malignos intraepiteliales hayan desaparecido espontáneamente. Pero el hecho de que el tumor puede permanecer intraepitelial por largo tiempo, no justifica en ningún modo la demora en instituir el tratamiento adecuado cuando éste ha sido establecido por la biopsia, ya que es imposible determinar la duración del período de latencia en cada caso. El tratamiento pues, debe instituirse sin demora al igual que cualquier otro tipo de cáncer.

Existe una notable diferencia en la incidencia del carcinoma in situ del cervix en nuestra serie y las otras comunicaciones que han aparecido sobre este tumor. La incidencia hallada por otros autores (1), (10), (7), varía entre 1, 5, y 3, 9 por ciento. Algunas otras comunicaciones (14), (16), (17) no creemos que constituyen casos debidamente comprobados. Por ejemplo, de los veintinueve casos comunicados por Skapier (20), hallados entre mil mujeres, solamente son aceptables once, pues los diez restantes no tienen "datos sobre tratamiento o curso ulterior", o "fueron sometidos a radiumterapia". Nuestra figura de 0.57 por ciento representa solamente aquellos casos que caben dentro del criterio establecido al principio de este trabajo. Por tanto, creemos que si se sigue un criterio estricto al estudiar este cáncer, la incidencia bajará a un poco menos de uno por ciento.

#### *Sumario.*

En el presente estudio se comunican siete casos debidamente comprobados de carcinoma in situ del cervix. Estos casos representan el 0.57 por ciento de todos los cuellos uterinos estudiados en el servicio

de Patología del Garfield Memorial Hospital de Washington D. C., durante un período de dos años.

En el curso del artículo se propone la adopción de un criterio más estricto en la clasificación de este tipo de cáncer cervical, considerándose que dicho criterio es necesario antes de que se tome cualquier decisión relativa al diagnóstico o tratamiento.

Por último, se discuten brevemente los distintos aspectos clínicos y terapéuticos del carcinoma in situ del cuello uterino.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Howard L., Erickson, C. C., y Stoddard L.—Am. J. Path., 1949, 25, 794.
2. Younge Paul A., Hertig T. Arthur y Armstrong Dorothy.—Am. J. Gyn and Obs. 1949, 58, 867.
3. Novak Emil.—Am. J. Gyn and Obs. 1949, 58, 851.
4. Foote F. W. Jr., y Stewart F. W.—Cáncer, 1948, 1, 431.
5. Schiller W.—Surg., Gynec. & Obst., 1948, 66, 129.
6. Martsloff, K. H.—Am. J. Surg., 1940, 48, 238.
7. Pund E. R., Nettles J. B., Caldwell J. D., y Nieburgs H. E.—Am. J. Obst. & Gynec., 1948, 55, 831.
8. Rubin I. C.—Am. J. Obst., 1910, 62, 68.
9. Schottlaender J., y Kermauner F.—Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms. Berlín: S. Karger, 1912, página 35.
10. Schiller W.—Surg, Gynec. & Obst., 1933, 56, 210.
11. Broders, A. C.—J. A. M. A., 1932, 99, 1670.
12. Galvin G. A. y Telinde R. W.—Am. J. Obst. & Gynec., 1949, 57, 15.
13. Diddle A. W., Ashworth C. T., Brown W. W., y Bronstad M. T.—Ibid., 1949, 57, 376.
14. Stevenson C. S. y Scipiades E.—Surg, Gynec & Obst. 1938, 66, 822.
15. Younge P. A.—Arch. Path., 1939, 27, 804.
16. Knight R. V. D.—Am. J. Obst & Gynec, 1943, 46, 333.
17. Skapier J.—Surg, Gynec & Obst, 1949, 89, 405.

Washington, enero de 1951.