

Diagnóstico y Tratamiento de la Displasia Severa del Cuello Uterino

Dr. José Fco. Cascante Estrada**

RESUMEN

Se revisan los expedientes clínicos de 240 pacientes tratadas por displasia severa del cuello uterino en el Servicio de Ginecología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, entre el 1ero. de setiembre de 1969 y el 31 de agosto de 1979.

Contó la población estudiada con 466 citologías antes de tratamiento, de las cuales tomando el diagnóstico más avanzado, 35.8% se correspondió con el diagnóstico histológico de displasia severa, 18.3% una lesión más avanzada, 29.6% displasia leve o moderada y 13.8% negativas o inflamatorias, tomadas la mitad 6 meses previos al establecimiento del diagnóstico histológico. Se practicó 347 colposcopías diagnósticas, presentándose en 78.4% de las mismas imágenes patológicas asociadas con malignidad, con predominio acentuado de las leucoqueratosis (72% de las pacientes).

El tratamiento instituido de rutina fue la conización cervical, 226 pacientes (96 por la técnica de Sturmdorf y 101 DiPaola, en 29 no se especificó la técnica) en 3 pacientes se obvió el mismo por dificultades técnicas, recurriendo a la histerectomía, y 11 pacientes no se practicó tratamiento quirúrgico. La histología del cono reveló displasia severa en 45.83%, otras displasias en 35.4% y 23% sin lesión o inflamatoria.

En las citologías control se presentó negativa o inflamatoria 66.3%, con persistencia de lesión citológica 4.5%. De 919 colposcopías control, 86.94% correspondió a imágenes fisiológicas, y solamente 4.46% presentaron imágenes patológicas asociadas con malignidad. Se efectuó en 24 pacientes biopsias control postcono, con persistencia de la lesión en 6, avanzado a carcinoma in situ en 1,

displasia moderada en 6, leve 2, y cervicitis crónica 9.

Se practicaron 31 histerectomías, 15 por patología cervical, 8 por complicaciones del cono y el resto por otras patologías ginecológicas. Las complicaciones de la conización ocupan 8.4% de la serie, 11 sangrados, 5 estenosis y 3 casos de perforación uterina. Se obtuvo recurrencia de la displasia severa en 2.5% y sólo una paciente progresó la lesión a carcinoma microinvasor.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan retrospectivamente los expedientes clínicos de 240 pacientes diagnosticadas y tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período de 10 años del 1o. de setiembre 1969 al 31 de agosto 1979.

La serie en estudio comprende edades desde los 17 a 73 años, con incidencia máxima de los 20 a 40 años y un pico en el quinquenio de 25 a 29 años; la gran mayoría casadas o en unión libre; 65% dedicadas a oficios domésticos, 15% son profesionales; porcentajes similares de paridad desde uno a cinco o más; actividad sexual en la mayoría iniciada antes de los 19 años, con porcentaje alto de frecuencia mínimo de 3 por semana.

La gran mayoría acuden a la consulta de patología cervical referidas por citología alterada, y las menos por patología macroscópica del cuello uterino.

En todas (excepto seis) se realizó estudio colposcópico y biopsia dirigida por colposcopia, siendo el resultado de ésta positivo por

*Trabajo presentado en el XLIV Congreso Médico Nacional, 1979.

**Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital México, C.C.S.S.

displasia severa se sometieron a conización cervical, en primera instancia diagnóstica, cuando la histología del cono fue igual o menor se clasificó como displasia severa y continuaron control con regulares estudios citológicos y colposcópicos, tomándose biopsias control cuando los hallazgos fueron sospechosos y, unos pocos casos sometándose a tratamiento complementario, básicamente hysterectomía.

RESULTADOS

Procedimientos diagnósticos.

1. Citología

Como se observa en el cuadro No. 1, excepto 6 casos, el resto contó con estudio citológico. En 80% el resultado fue positivo por neoplasia intraepitelial cervical (displasias o carcinoma in situ) y en 9 casos por carcinoma invasor, ameritando por ello un estudio más exhaustivo de su patología cervical.

Se practicó en la serie un total de 460 citologías de detección, correspondiendo a 1.91 citologías por caso, predominando las pacientes con una o dos citologías. El tiempo transcurrido entre la toma de la citología y el diagnóstico histológico en la mitad de los casos fue menor de 3 meses y en 93.3% menor de 8 meses.

2. Colposcopia

Del total de colposcopías realizadas, 78.4% mostraron alguna imagen patológica asociada con malignidad (Cuadro No. 2), sin embargo, al momento de tomar la biopsia, 85.5% de los casos se hizo en una imagen sospechosa, en 6 pacientes la biopsia no fue dirigida por colposcopia.

En la serie en estudio se practicó un total de 347 colposcopías diagnósticas, con promedio de 1.44 colposcopías por caso, contando 64% de las pacientes con una sola colposcopia. El intervalo entre el inicio del estudio colposcópico y el establecimiento del diagnóstico histológico fue menor de 3 meses en 60% de los casos y de 8 meses máximo en el 90% de las pacientes.

3. Biopsias previas al diagnóstico

En 18 pacientes se había realizado biopsias previas al establecimiento del diagnóstico de displasia severa, 10 de ellas reportadas como displasias moderadas, 4 displasias leves y 4 cervicitis crónica.

Tratamiento.

En todos los casos con diagnóstico histológico de displasia severa en la biopsia dirigida por colposcopia se programó la realización de un cono diagnóstico. En 3 pacientes se efectuó hysterectomía, una por imposibilidad técnica de cono, una por prolapso uterino y una no se menciona indicación. En 11 pacientes no se efectuó tratamiento quirúrgico, 5 de las cuales no volvieron a control. En 94% de la serie se practicó conización cervical, siendo la técnica de reconstrucción del cuello igual entre el Sturmdorf y el DiPaola (Cuadro No. 3).

Presentaron morbilidad 8.4% de las conizaciones (Cuadro No. 4) predominando el sangrado anormal entre ellas. Se requirió la hysterectomía como método terapéutico de la complicación en 3.5% de las pacientes conizadas, siendo la mayoría en la técnica de Sturmdorf. (Cuadro No. 5).

Estudio anatomopatológico.

Las 240 pacientes contaron con estudio histológico positivo por displasia severa previo a la conización cervical. En el estudio anatomopatológico de la biopsia de cono, se corrobora persistencia de la lesión en la mitad de las pacientes sometidas a este procedimiento (Cuadro No. 6), 37% de los 226 conos presentó displasia leve o moderada residual, y sólo 13.7% no mostró lesión displásica residual.

Evolución y control.

1. Citología: los estudios citológicos de control (Cuadro No. 7), muestran persistencia de una lesión displásica en 18.8% de los casos, en tanto que 1.6% (4 casos) se reporta una lesión más avanzada. Se han realizado a la fecha 909 citologías de control, con promedio de 3.78 citologías por caso, encontrando que 42% comprenden 2 a 5 años de control, 16.3% menos de un año y 12% más de 5 años de control.

2. Colposcopia: en las imágenes colposcópicas posterior a tratamiento, predominan aquellas no relacionadas con malignidad, 95.5% de los casos (Cuadro No. 8), en un total de 919 colposcopías control, con un promedio de 3.82 colposcopías por caso. El control es mayor de 2 años en 54% y 30% menor de 2 años. De 4.5% de colposcopías realizadas con

imagen relacionada con malignidad, se tomó nueva biopsia en 24 pacientes, fundamentalmente en leuqueratosis.

Una inquietud frecuente en el control colposcópico de pacientes conizadas es la capacidad para visualizar el límite de epitelios. Se presentó en 21.6% de las pacientes dificultad en la técnica para dicha visualización, predominando en la técnica de Sturmorf, 31.2% de los conos por esta técnica, en comparación con el DiPaola en 12.8% de los casos.

3. Estudios anatomopatológicos: los resultados de la biopsia control tomadas a 24 pacientes en zonas colposcópicas sospechosas reveló: persistencia de lesión de displasia severa en 2.5% de la serie, avanzado a carcinoma in situ en una paciente y persistencia de displasia leve o moderada en 3.3% del total de casos.
4. Tratamiento de las lesiones recidivantes: de las 15 pacientes (6.2%) con lesiones recidivantes, 6 fueron histerectomizadas, en dos se practicó electrocauterización y 7 no recibieron tratamiento adicional. (Cuadro No. 9).

La histerectomía en pacientes portadoras de displasia severa.

De la serie en estudio, a 31 pacientes se les practicó histerectomía, en 20 se relacionó con la patología cervical o su tratamiento, en las restantes la indicación precisa fue una patología no relacionada con la displasia. (Cuadro No. 10).

El estudio anatomopatológico de estos úteros reveló en 9 pacientes patología cervical (5 displasia moderada, 3 displasia severa, 1 carcinoma microinvasor) y correlacionando la indicación de histerectomía con el resultado de la biopsia, en 4 pacientes, 1.6% de la población total, fue justificada la histerectomía por patología cervical.

DISCUSION

En el protocolo de la consulta de patología cervical del Servicio de Ginecología del Hospital México, toda paciente con citología alterada, es sometida a estudio colposcópico, si en el mismo se demuestra imagen o imágenes sospechosas de malignidad, se toma biopsia dirigida por colposcopia. Cuando el

estudio anatomopatológico reporta una displasia severa, se practica conización cervical, en primera instancia con fines diagnósticos para descartar lesión más avanzada, clasificándose como displasia severa aquellos casos en que la histología del cono es igual o menor a la biopsia previa, continuando estas pacientes control citológico y colposcópico cada 2 a 6 meses.

Así, nuestros procedimientos diagnósticos en la displasia severa incluyen: citología, colposcopia, biopsia dirigida por colposcopia, y biopsia cono, en última instancia para la displasia severa la conización pasa a ser terapéutica.

Con respecto a la citología, creo en nuestro medio al igual que lo referido en la literatura (14), es satisfactoria para selección masiva, pero se correlaciona mal con el diagnóstico histológico en pacientes con displasia severa, carcinoma in situ y carcinoma invasor temprano, tal como lo demuestra 35.8% de correlación en nuestra serie; aunque es de anotar que la seguridad de la citología cervical depende de: a) técnica adecuada de recolección de la muestra; b) técnica de preparación e interpretación de la misma y c) la idiosincrasia de algunos procesos "neoplásicos" de una descamación inconstante (2); de tal manera que en la literatura se reportan índices de falsos positivos y negativos de 4.3% y 1.4%, respectivamente (9), hasta falsos negativos de 21% (2), ocupando nuestra serie porcentaje intermedio de falsos negativos (13.7%). Otros reportan correlación de citología-histología del 85% (3) a 67% (11).

La colposcopia, procedimiento que ha tenido un merecido impulso en las últimas décadas, nos ha permitido una mayor flexibilidad diagnóstica en patología cervical, sirviendo como complemento diagnóstico a la sospecha citológica, alcanzando porcentajes de confiabilidad desde 67% a 95% (1,2,8,11), ocupando en nuestra serie 92.9%. Creo su máxima utilidad es al dirigir la biopsia a sitios sospechosos, descartar los falsos positivos citológicos (cuando la exploración colposcópica es satisfactoria —95% de los casos—) (13) y reduciendo así la conización diagnóstica en pacientes con lesiones menos avanzadas que la displasia severa y brindando un medio adecuado de control en pacientes portadoras de patología

del cuello uterino. De esta manera, 87% de nuestras pacientes mostraron displasias residuales en la pieza quirúrgica del cono y sólo 3.5% de los conos fueron negativos, fenómeno que ya ha sido anotado en la literatura (3,4), esto es, como la selección de los casos a través de la colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia disminuye el número de conos negativos. Un 7.5% de nuestras pacientes con biopsia negativa por displasia severa, nos la presenta como falsos negativos histológicos, sin embargo, el protocolo de trabajo de la consulta nos permite rescatar estos errores diagnósticos y reclasificarlas adecuadamente. Es posible, que en la metódica diagnóstica, el curetaje endocervical al momento de la biopsia (4) permita mejorar la certeza diagnóstica, rutina que no seguimos en nuestro servicio.

"La conización cervical, descrita hace 150 años en la *Gazeta Médica de París* por Lisfranc, Sturmdorf la popularizó en 1861, sin embargo, la frecuencia de hemorragia secundaria y la estenosis hizo corta la duración de dicha popularidad. En los últimos quince años con el aumento de la citología ginecológica y el concepto de que el carcinoma invasor es precedido de un estadio preinvasor (estadio 0) no reconocido clínicamente como sospechoso, se opera un aumento de la conización cervical como método diagnóstico". (3).

En nuestro Servicio privan dos técnicas fundamentales en la reconstrucción del cuello uterino, ambas con sus partidarios y oponentes. Dado el interés que reviste la vigilancia colposcópica de las pacientes conizadas y lo imprescindible de la visualización del límite de epitelios, creo es preferible la técnica de DiPaola con su menor incidencia de dificultad en la observación de la zona de transición. Por otro lado, al analizar la frecuencia de 7.91% de complicaciones, inferior a reportes de un 22% (3), si bien en la técnica de DiPaola los sangrados fueron más frecuentes, también fue más fácil su control, en tanto en el Sturmdorf fue necesario recurrir a la histerectomía en la mitad de los casos y la estenosis cervical fue exclusiva de esta técnica; observaciones que me inclinan en favor de la técnica de DiPaola.

No se presentó como morbilidad importante la infección postoperatoria, anotada por otros (2), y la perforación uterina no

escapa a la frecuencia del accidente en toda exploración de la cavidad uterina.

De ninguna manera puedo justificar la histerectomía como tratamiento primario de la displasia severa, igual conducta priva en nuestro Servicio y a la misma se recurre sólo ante el asocio de otra patología ginecológica indicativa de la extirpación del útero, tal como se anota en 3 de nuestros casos. Sin embargo, es recurso terapéutico que se asocia a las complicaciones del cono, tal como en 8 de nuestras pacientes, con una frecuencia idéntica de 3% reportado por otros (3) y en igual forma a lesiones recurrentes como se discutirá posteriormente.

No tenemos experiencia en la electrocauterización, criocirugía o rayo laser en el tratamiento de la displasia severa, métodos descritos en la literatura al respecto, con porcentajes de curación del 80 a 95% (2,5,7), fundamentalmente por nuestra actitud de conizar a toda paciente portadora de displasia severa. Sin embargo, 11 de nuestros casos no fueron conizados ni histerectomizados, 4 de los cuales no regresaron a la consulta, de las 7 restantes, excepto una cauterizada, el resto no recibió tratamiento específico, presentando citología y colposcopías negativas en 4, 6, 8, 12, 15 y 19 meses, respectivamente, tiempo de evolución que no permite sacar conclusiones acerca de curación o regresión, sin embargo al sumarlas a 31 pacientes con biopsia cono negativa, tenemos 37 pacientes con probable curación, ya sea por los métodos diagnósticos, o regresión natural de la lesión, porcentaje de 12.91% inferior a lo reportado en la literatura desde un 20 a 50%. (6,10, 12,14).

Son básicos los conceptos de evolución-progresión de esta entidad hasta carcinoma invasor (10), progresión que ha sido demostrada en múltiples estudios de seguimiento (5,6,10,12,14) desde 3 a 60% con promedio de más o menos 20%, e influida por los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, considerándose que la progresión es dos y media veces más frecuente en displasia severa que en la leve. (6).

De tal manera, cuando se considera el tratamiento de la displasia severa a base de conización cervical, se citan porcentajes de recurrencia de 9% más o menos 5% (5,14) y progresión de la lesión desde 1 a 4%

(14,15). De nuestra serie, 20% de lesiones persistentes en citología se reducen a 4.5% de imágenes colposcópicas sospechosas en el total de 919 colposcopías control, de las cuales biopsiadas 24 pacientes demuestran en 14 de ellas (5.83% de la serie) persistencia de displasia y progresión a carcinoma in situ en una (0.41%) dos años posterior al tratamiento primario de conización, porcentajes que al ser comparados en las citas bibliográficas son excelentes.

En resumen, podemos decir que el abordaje diagnóstico y terapéutico actual, permite la curación de 94% de las pacientes portadoras de displasia severa; manejo fundamental en una población joven en promedio de 25 a 29 años, permitiendo conservar su capacidad reproductiva; y por otro lado, el riguroso control permite detectar el 6% que invariablemente continúa una tendencia evolutivo-progresiva de la enfermedad y ofrecerle el tratamiento adecuado, generalmente basado en la histerectomía total.

CONCLUSIONES

1. La citología cervical es satisfactoria para selección masiva pero se correlaciona mal con un diagnóstico histológico de neoplasia cervical.
2. La colposcopia es fundamental como procedimiento que permite mayor seguridad diagnóstica, seleccionando una vez más a aquellas pacientes con sospecha de ser portadoras de patología cervical.
3. La conización cervical, aparte de su papel diagnóstico, es un tratamiento adecuado en 95% de nuestras pacientes, obviando así la histerectomía como abordaje primario de la displasia severa.
4. Es imprescindible un adecuado control post-conización, ya que en esta población persisten los factores carcinogénicos, siendo necesario detectar en fase temprana la inevitable recurrencia o progresión de la enfermedad (5% de los casos) y administrar el tratamiento adecuado, a base de histerectomía total.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BENEDET, J.L. et al. "Colposcopic evaluation of patients with abnormal cytology". Br.J.Obstet.Gynecol.83: 177. 1976.
- 2.- BRIGGS, R.M.: "Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix". A Review. Obst. Gynecol. Surv. 34: 70, 1979.
- 3.- DORAN, T.A. and SHIER, C.B.: "Conization of the cervix". Am. J. Obstet. Gynec. 88: 267, 1964.
- 4.- FOWLER, W.C. and SHINGLETON, H.: "Impact of dysplasia clinic on cervical conization rates". Obstet. Gynecol. 39: 609. 1971.
- 5.- GAD, C.: "The management and natural history of severe dysplasia and carcinoma in situ of the uterine cervix". Br. J. Obstet. 83: 554, 1976.
- 6.- HALL, E. and WALTON, L.: "Dysplasia of the cervix". Am. J. Obst. Gynec. 100: 662. 1968.
- 7.- HOLLYOCK, V.E. and CHANEN, W.: "Electrocoagulation diathermy for the treatment of cervical dysplasia and carcinoma in situ". Obstet. Gynecol. 47: 196, 1976.
- 8.- KRAMER, W. and KAY, S.: "Anaplasia clinic: aid in the diagnosis and treatment of preinvasive cervical lesions". Cancer 20: 202, 1967. 57.
- 9.- MEISELS, A.: "Dysplasia and carcinoma of the uterine cervix IV. A correlated cytologic and histologic study with special emphasis on vaginal microbiology". Act. Cytol. 13: 224, 1969.
- 10.- RICHART, R.M. and BARRON, B.A.: "A follow-up study of patients with cervical dysplasia". Am. J. Obstet. Gynec. 105: 386, 1969.
- 11.- RONK, D.A. et al.: "Evaluation of abnormal cervical cytology". Obstet. Gynecol. 49: 581, 1977.
- 12.- STERN, E. and NEELY, P.M.: "Dysplasia of the uterine cervix". Cancer 17: 508, 1964.
- 13.- TALEBIAN, F. et al.: "Colposcopic evaluation of patients with abnormal cervical cytology". Obstet. Gynecol. 49: 670 1977.
- 14.- VILLA SANTA, H.: "Diagnosis and prognosis of cervical dysplasia". Obstet.Gynecol. 38: 811, 1971.

- 15.- VLASTA VACLAVINKOVA, et al.: "Follow-up studies in dysplasia and cancer in situ of the cervix". Act. Obst. Gynec. Scand. 57: 69-71, 1978.

Cuadro 1

**Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino.
Diagnóstico citológico antes tratamiento***

Diagnóstico citológico	#casos	%
Sin citología	6	2.5
Negativa	9	3.7
Inflamatoria	24	10.0
Displasia leve	11	4.6
Displasia moderada . .	60	25.0
Displasia severa.	86	35.8
Carcinoma in situ . . .	35	14.6
Carcinoma invasor . .	9	3.7
Total:	240	99.9

Servicio Ginecología. Hospital México, C.C.S.S.
*Tomadas las citologías con Dx. más avanzado.

Cuadro 2

**Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino.
Imagen colposcópica antes del tratamiento.**

Imagen	#colp.	%
Imagen fisiológica . .	42	12.1
Patológica no relacionada con malignidad.	33	9.5
Patológica relacionada con malignidad	272	78.4
Total:	347	100.0

Servicio Ginecología. Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 3

**Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino.
Tratamiento Primario**

Tipo de tratamiento	#casos	%
Conización Sturmdorf	96	40.0
Conización DiPaola . .	101	42.0
Técnica cono desconocida	29	12.0
Histerectomía	3	1.3
No quirúrgicos	11	4.6
Total:	240	99.9

Servicio Ginecología. Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 4

**Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino.
MORBILIDAD DE LA OPERACION:
CONIZACION**

Técnica	Sangrado	Estenosis	Perf. útero
Sturmdorf .	4	4	1
Di Paola . . .	7	—	—
Desconocida	—	1	2
Total	11	5	3

Servicio Ginecología. Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 5
Diagnóstico y tratamiento de la displasia severa del cuello uterino.
TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD EN EL CONO

Técnica	Sangrado	Estenosis	Perforación útero
STURMDORF	Sutura : 2 Histerectomía: 2	Histerectomía: 2	Histerectomía: 1
DI PAOLA	Sutura : 5 Médico : 2	—	—
DESCONOCIDA . . .		Histerectomía: 1	Histerectomía: 2

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 6
Diagnóstico y tratamiento de la displasia
severa del cuello uterino.
RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO
DEL CONO

Diagnóstico	#casos	%
Cervicitis crónica . . .	23	9.6
Displasia leve	19	7.9
Displasia moderada . .	66	27.5
Displasia severa	110	45.8
Sin patología	8	3.3
No conizadas	14	5.8
Total	240	99.9

Servicio Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 7
Diagnóstico y tratamiento de la displasia
severa del cuello uterino.
DIAGNOSTICO CITOLOGICO
POSTERIOR A TX.

Diagnóstico	# casos	%
Sin control citológico	32	13.3
Negativo	39	16.3
Inflamatorio	120	50.0
Displasia leve	12	5.0
Displasia moderada	23	9.6
Displasia severa . .	10	4.2
Carcinoma in situ .	2	0.8
Carcinoma invasor	2	0.8
Total:	240	100.0

Servicio Ginecología, H. México, C.C.S.S.

Cuadro 8
Diagnóstico y tratamiento de la displasia
severa del cuello uterino.
IMAGENES COLPOSCOPICAS
POSTERIOR A TX.

Imágenes	#colp.	%
Imágenes fisiológicas	799	86.9
Patológicas no relacionadas con malignidad	79	8.6
Patológica asociada con malignidad.	41	4.5
Total:	919	100.0

Servicio Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 9
Diagnóstico y tratamiento de la displasia
severa del cuello uterino.
TRATAMIENTO DE
LESIONES RECIDIVANTES*

Tratamiento	D. leve	D. moderada	D. severa
Histerectomía	—	1	4
Electrocauterización	—	2	—
No tratadas	2	3	2
Total:	2	6	6

*1 caso de Ca. in situ = Histerectomía ampliada.
 Servicio Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro 10
Diagnóstico y tratamiento de la displasia
severa del cuello uterino.
HISTERECTOMIA EN PACIENTES
PORTADORAS DE
DISPLASIA SEVERA

Indicación	#casos	%
Patología cervical	12	5.0
Complicación conización.	8	3.3
Patología asociada (posterior a conización)	8	3.3
Patología asociada (sin conización)	3	1.3
Total:	31	12.9

Servicio Ginecología, Hosp. México, C.C.S.S.