

# Conización Cervical Análisis de 100 casos

Dr. Miguel Ariño Espada\*\*

## RESUMEN

Se realizaron 100 Conos en el Hospital de Turrialba, CCSS, de los cuales se encontraron 25 Carcinomas, 3 Microinvasores y 22 Carcinomas In Situ. Se practicaron 1 Pan-Histerectomía, 22 Te-Linde y 12 Histerectomías abdominales con rodete vaginal sin disección de ureteros. Desde 1979 hasta marzo de 1979 que se terminó esta revisión no se reportaron recidivas en los 100 casos estudiados.

## INTRODUCCION

El siguiente trabajo consiste en el estudio de 100 casos de Conización Cervical Uterina, efectuados en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Turrialba de la C.C.S.S.

El objeto de este trabajo fue el de evaluar el Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma in Situ del Cuello Uterino.

## MATERIAL Y METODOS

La metodología seguida en la mayor parte de los casos estudiados fue, Citología (Displasia leve, moderada o severa, o más), Colposcopia, Biopsia Dirigida por Colposcopia y de acuerdo al resultado, Conización Cervical previa prueba de Schiller y legrado simple o fraccionado transoperatorio; y de acuerdo al resultado del Cono dejarlo como tratamiento a seguir con Histerectomía con

rodete vaginal y salpingooforectomía bilateral de acuerdo a la edad de la paciente y tipo de lesión.

Tabla No. 1  
DISTRIBUCION DE LAS  
100 CONIZACIONES  
POR GRUPOS DE EDADES

Edad	Porcentaje
De 21 a 25 años	3
26 - 30	15
31 - 35	20
36 - 40	22
41 - 45	20
46 - 50	12
51 - 55	5
56 - 60	3

- a. En esta tabla No. 1 puede observarse, que el mayor grupo de pacientes conizadas está comprendida entre las edades de 36 a 40 años. Este tipo de lesión Ca In Situ predomina entre la tercera y cuarta década de la vida, estando de

\*Trabajo presentado al XLIV Congreso Médico Nacional.

\*\*Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hosp. Monseñor Sanabria, Puntarenas.

- acuerdo con la Bibliografía consultada. (1)(19)(21).
- b. La paciente más joven conizada tenía una edad de 24 años y la de más edad fue de 60 años. De acuerdo con otros autores (19).
- c. La edad promedio de las 100 pacientes conizadas fue de 30, 74 años también de acuerdo con otros autores. (19).
- d. El Ca In Situ puede aparecer en un amplio grupo de edades. (1).

**Tabla No. 2**  
**NUMERO DE GESTAS, PARAS Y ABORTOS EN 100 CASOS PREVIOS A CONIZACION**

Número	1 a 5 %	6 a 10 %	11 a 15 %	16 a 20 %	21 %
Gestas	49	28	21	1	1
Paras	54	31	22	2	0
Abortos	48	0	0	0	0

- a. El Ca In Situ predomina en Multíparas y Grandes Multíparas. (1)(19).
- b. En este estudio no se encontró ninguna nulípara. (1).
- c. El máximo de Paras fue entre 1 y 5, con el 54% del total. (13).
- d. El 48% de las pacientes tenían entre uno a cinco abortos (13)(22).
- e. El factor traumático tiene importancia en el desarrollo del Ca In Situ (3)(7)(12)(19)(21).

**Tabla No. 3**  
**SIGNOS Y SINTOMAS PREVIOS**  
**A LA CONIZACION DE 100 CASOS**

Síntoma o Signo	Porcentaje
Schiller positivo	77
Flujo vaginal	39
Prurito vaginal	24
Sangrado vaginal	17
Dolor pélvico	14
Erosión cervical	14
Rectocistocele	10
Ectropion	10
Sangrado Post-Coito	8
Pólipo	5
Prolapso uterino	2

- a. Desde final del siglo hasta los años 40, Winter, V. Mihulicz Radecki (21) indicaron que el Cáncer Cervico-uterino podía diagnosticarse precozmente en las mujeres con flujos sanguinolentos, hemorragias atípicas post-coito, etc. Actualmente se ha demostrado que esto es válido para cánceres **Invasores**, pero en el reconocimiento precoz del Ca In Situ, no hay al comienzo ningún síntoma ni signo. (13)(19)(21)(23).  
El Ca In Situ es asintomático, por tanto los signos y síntomas encontrados en este trabajo corresponden a otro tipo de patología.
- b. Los 22 Ca In Situ encontrados, así como los 3 Ca Microinvasores tuvieron Schiller positivo. (19)(21).

**Tabla No. 4**  
**ESTANCIA HOSPITALARIA**  
**POST-CONIZACION**

Número de Días	Porcentaje
2	1
3	8
4	33
5	24
6	16
7	13
8	3
9	1
10	1

- El 33% de las pacientes tuvieron una estancia post-Cono de 4 días. (3)(7).
- La estancia mínima fue de 2 días y el máximo de 10 días.
- El promedio general fue de 5, 27 días por paciente conizada. (3).

#### RESULTADOS

- De 100 pacientes conizadas, al 35% se les hizo Histerectomía Abdominal con salpingooforectomía bilateral de acuerdo a la edad de la paciente y tipo de lesión encontrada, siendo ésta de rutina en pacientes de 40 años en adelante. (1)(7)(19)(21).
- Un caso de los 35 operados, se le hizo Pan-Histerectomía, o sea Histerectomía Abdominal con Salpingooforectomía bilateral y Linfadenectomía Pélvica.
- De los 100 casos conizados, el 65% sirvió como Diagnóstico o Tratamiento. (1)(3)(4).
- En el 88% de los casos el Cono fue suficiente, es decir la lesión no llegaba al borde de resección. (1)(10).
- De los 3 casos de Ca Microinvasor hallados, al primero se le practicó Te-Linde en 1971, al segundo se le

hizo Pan-Histerectomía en 1974 y al tercero se le efectuó Te-Linde en el año 1976. No encontrándose redicivas tumorales hasta la fecha de este trabajo (Marzo de 1979).

#### COMENTARIOS

- Se efectuó la revisión de 100 casos de Conización realizadas en el Hospital de Turrialba, Servicio de Ginecología, desde 1970 hasta Marzo de 1979. Estamos de acuerdo con otros autores de que esta lesión de Ca In Situ, aparece más frecuentemente a la tercera y cuarta década de la vida. (1)(4)(7)(19)(21), pero deben investigarse todas las mujeres que lleguen a consulta. Esta lesión se observa con más frecuencia en multíparas y grandes multíparas. (1)(2)(18).
- Con respecto a la técnica más empleada en la Conización fue la de Stundorff que ocasionó menos sangrado. (1)(7)(11), pero con la Técnica Di-Paola el control colposcópico post-conización es más fácil. (7)(12).
- Con respecto a los legrados uterinos PreCono, no se obtuvo ningún material que nos hiciera avanzar en el diagnóstico; por lo que se concluye que el legrado biopsia debe efectuarse siempre de rutina durante el proceso de conización, pero antes de conizar debe limitarse sobre todo a procesos con metrorragia disfuncional o a sangrados post-menopáusicos. (1)(12)(18).
- En el presente trabajo, el total de legrados uterinos ascendió al 79%, lo que indica que no todas las conizaciones tuvieron legrado transconización.
- De las pacientes conizadas, el 19% planificaba con DIU, el 39% con gestágenos orales, el 16% con Medroxiprogesterona intramuscular y el 26% no planificaba.
- De las pacientes conizadas, el 3.0% tenían cesárea anterior.
- El 9% tuvieron cauterización del cérvix en algún momento antes de la conización.
- La Menarca de las pacientes conizadas

**Tabla No. 5**  
**COMPLICACIONES DE 100 CASOS CONIZADOS**

Complicación	Porcentaje	Tratamiento
Sangrado y perforación del fondo del fondo de saco de Douglas.	1	Histerectomía Inmediata
Sangrado transoperatorio incoercible	1	Histerectomía Inmediata
Sangrado tardío	11	Reposo
Infección Post-Cono	2	Curación Simple
<b>Total:</b>	<b>15%</b>	

- a. La complicación principal fue el sangrado post-cono con el 13% de los casos. (1)(7)(19)(21).
- b. El 10% de los casos de sangrados tardíos, fueron leves y sólo requirieron reposo.
- c. El 1% requirió bajo anestesia, colocación de puntos hemostáticos. (3)(7).
- d. El 2% de sangrado incoercible transoperatorio fue necesario efectuar Histerectomía inmediata. (1)(3)(11).
- e. El análisis de este cuadro comparado con la literatura actual indica que el procedimiento quirúrgico de Conización Cervical es un procedimiento de **alto riesgo**, y debe hacerse por personal debidamente especializado. (1)(3)(7)(11)(13).

**Tabla No. 6**  
**CORRELACION DEL PAP PRECONO CON LOS RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS DE BIOPSIA, CONO E HISTERECTOMIA DE 100 CASOS**

Diagnóstico	Pap Precono	Biopsia	Cono	Histerectomía
Ca Microinvasor	1. Ca In Situ 1. Displasia 1. Sin Pap	3	3	0
Ca In Situ	24. Ca In Situ	16	22	1 (siete)
Displasia	56. Displasia	27. Leve 22. Mod. 8. Sev.	15. L 6. M 11. S	6. Moderada 1. Severa
Cervicitis	16. Inflamatorio	19	27	17
Sin lesión	2. Negativo	1	1	1

- a. Como vemos en esta tabla, el Ca Microinvasor no se detecta con el Pap, sino mediante Biopsia, Cono o Histerectomía. (1)(7)(8)(11)(21).
- b. Dos pacientes no tenían Pap Precono, habían sido diagnosticadas con Biopsia.
- c. El Pap Inflamatorio aumenta con la Biopsia, Cono e Histerectomía debido a los procesos inflamatorios post-quirúrgicos. (7).
- d. El 24% de las pacientes post-Cono no volvieron a control.
- e. El 14% de las pacientes post-histerectomizadas no volvieron a control.
- f. El 4% de las pacientes fueron Conizadas sin tener Biopsia previa.
- g. Todas las pacientes Histerectomizadas tenían Cono previo.
- h. El número de cortes de los Conos fue reportado solamente en un 15% de los casos y éstos oscilaron entre 10 y 45 cortes con un promedio de 30 cortes. Se observó una tendencia en el aumento de número de cortes, lo que facilita más el diagnóstico. Otros autores recomiendan de 80 a 200 cortes por Cono. (7)(11)(12).

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>i. El 5% de las pacientes tenían desgarre de cervix antiguo.</li> <li>j. El 1% tuvo estenosis cervical post-cono.</li> <li>k. El 7% habían tenido Fórceps antes de la conización.</li> <li>l. Las primeras relaciones sexuales oscilaron entre 14 y 27 años. Con un promedio de 15,8 años.</li> <li>m. La localización de la lesión Ca In Situ se observó con mayor frecuencia en el labio superior del cervix. (7)(9)(11)(17).</li> <li>n. El 13% de las pacientes conizadas</li> </ul> | <p>osciló entre 11 años y 18 años, con un promedio de 14 años.</p> <p>tuvieron embarazo post-cono.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o. El 8% de las pacientes post-cono no volvieron a control de Papanicolau.</li> <li>p. El 6% de las pacientes Histerectomizadas no volvieron a control de Papanicolau.</li> <li>q. La morbilidad de las Histerectomías efectuadas en este estudio fue: Infección 2 casos; sangrado 1; lesión uretero 1; fístula vesico-vaginal 1. (7)(11).</li> <li>r. No hubo mortalidad en las 100 conizaciones ni en las 35 Histerectomías efectuadas. (11).</li> <li>s. No se reportaron recidivas tumorales hasta la fecha del presente estudio.</li> </ul> |
|---|--|

**Tabla No. 7**  
**CORRELACION ENTRE PAP PRECONO, COLPOSCOPIA, BIOPSIA, CONO**  
**E HISTERECTOMIA DE 38 DE LOS 100 CASOS ESTUDIADOS**

Paciente Nº	Pap Precono	Colposcopia	Biopsia	Cono	Histerectomía
1	DM	Mosaico Base Leucoplasia	DM	DM	No se operó
2	DL	Leucoplasia Base	DM	DS	Cervicitis
3	Ca In Situ	Base Vasos anormales	Cervicitis	DM	No se operó
4	Inflamatorio	Leucoplasia Mosaico	Cervicitis	DM	No se operó
5	Negativo	Mosaico Base	DL	DL	No se operó
6	DM	Mosaico	DM	Ca In Situ	Ca In Situ
7	DM	Base Mosaico	DM	Cervicitis	No se operó
8	Inflamatorio	Leucoplasia	DM	Cervicitis	No se operó
9	Inflamatorio	Mosaico Base Leucoplasia	Cervicitis	Cervicitis	No se operó
10	Inflamatorio	Leucoplasia Mosaico	No tiene	Cervicitis	No se operó
11	Ca In Situ	Mosaico	DS	DL	No se operó
12	DS	Leucoplasia	DS	DM	No se operó
13	Ca In Situ	Leucoplasia	DS	DS	No se operó
14	DM	Base	DM	DL	No se operó
15	DS	Base	DS	DM	No se operó
16	DL	Base Mosaico	Cervicitis	DM	No se operó
17	DL	Base Leucoplasia	DM	DM	No se operó
18	DS	Base	DS	Cervicitis	No se operó

sigue. . .

...viene

**Tabla No. 7**  
**CORRELACION ENTRE PAP PRECONO, COLPOSCOPIA, BIOPSIA, CONO**  
**E HISTERECTOMIA DE 38 DE LOS 100 CASOS ESTUDIADOS**

Paciente Nº	Pap Precono	Colposcopía	Biopsia	Cono	Histerectomía
19	DM	Leucoplasia	Cervicitis	DM	No se operó
20	DM	Base Mosaico	No tiene	DM	No se operó
21	DS	Leucoplasia	DS	Cervicitis	No se operó
22	Ca In Situ	Base	DM	DM	Cervicitis
23	DS	Mosaico	DS	Ca In Situ	Ca In Situ
24	DS	Base	DM	DS	No se operó
25	DS	Base Mosaico	DS	DL	No se operó
26	Negativo	Base Mosaico	DL	Cervicitis	No se operó
27	DM	Base Leucoplasia	DS	DM	No se operó
28	DS	Mosaico	Cervicitis	DS	Adenomiosis
29	DL	Ectropion	No tiene	DL	No se operó
30	DL	Mosaico	DM	DM	No se operó
31	Adeno Ca Cervix	Base	DS	DS	Endom. secretor
32	Adeno Ca Endomet.	Negativo	Ca In Situ	DS	Cervicitis
33	DL	Cervicitis	Cervicitis	Cervicitis	No se operó
34	Ca In Situ	Base Leucoplasia Vasos anormales	Ca In Situ	Ca In Situ	Cervicitis

sigue. ..

...viene

Tabla No. 7  
CORRELACION ENTRE PAP PRECONO, COLPOSCOPIA, BIOPSIA, CONO  
E HISTERECTOMIA DE 38 DE LOS 100 CASOS ESTUDIADOS

Paciente Nº	Pap Precono	Colposcopia	Biopsia	Cono	Histerectomía
35	DS	Base Mosaico Leucoplasia	Ca In Situ	Ca In Situ	Cervicitis
36	DM	Base	DM	DL	DL
37	DM	Vasos anormales Leucoplasia	DS	Ca Microinv.	Cervicitis
38	DS	Vasos anormales Base	DS	DM	Cervicitis

- En la tabla anterior todas las biopsias fueron dirigidas por Colposcopia. De los 38 pacientes 3 no tienen biopsia previa a la Conización.
- Comparando los resultados de biopsias obtenidas bajo la dirección de Schiller solamente y bajo la dirección con Colposcopia; se podría decir, que la biopsia por Colposcopia es más precisa, (15)(16), para localizar la lesión premaligna o maligna, pero el método de Schiller es de importancia para dirigir la biopsia en caso de no tener la Colposcopia (1) (15)(16), teniendo en cuenta que Schiller falso positivo puede obtenerse en cuellos con lesiones anteriores traumáticas e inflamatorias, etc. (17). El Schiller, es importante su uso en el momento de la Conización para delimitar la base del Cono que se va a tomar. (7) (11). La biopsia sin Schiller no se utilizó en estos trabajos por no ser confiable. (15).
- Las imágenes que fueron observadas por colposcopia no son específicas de una lesión determinada (16)(17). Estas imágenes colposcópicas ya aceptadas internacionalmente indican que hay probable lesión premaligna o maligna del Cuello Uterino, especialmente si permanecen o aumentan después del tratamiento. (14)(18)(23).

**Tabla N° 8**  
**CORRELACION DE LAS IMAGENES COLPOSCOPICAS**  
**CON EL PAP PRECONO, BIOPSIA, CONO E HISTERECTOMIA DE 38 CASOS**

Colposcopia N° de Casos	Pap Precono	Biopsia	Cono	Histerectomía
Mosaico Base (3) Leucoplasia	Inflam. DM DS	Cervicitis DM Ca In Situ	Cervicitis DM Ca In Situ	(1)Histerectomía: Cervicitis
Mosaico (5)	DL DM DS (2) Ca In Situ	Cervicitis DM (2) DS (2)	DL DM DS Ca In Situ	(3)Histerectomía: Adeniosis Ca In Situ (2)
Base (7)	DM (2) DS (3) Ca In Situ Adeno Ca Cervix	DM (4) DS (3)	Cervicitis DL (2) DM (2) DS (2)	(2)Histerectomía: Cervicitis DL
Leucoplasia (5)	Inflam. DM DS (2) Ca In Situ	Cervicitis DM DS (3)	Cervicitis DM DS (3)	No se operó
Leucoplasia Base (3)	DL (2) DM	DM (2) DS	DM DS (2)	(1)Histerectomía: Cervicitis
Leucoplasia Mosaico (2)	Infl.(2)	Cervicitis	DM Cervicitis	No se operó
	Neg.(2) DL DM (2) DS	Cervicitis DL (2) DM DS	Cerv. (2) DL (2) DM (2)	(2)Histerectomía: Cervicitis DM
Base, Leucoplasia vasos anormales (1)	Ca In Situ	Ca In Situ	Ca In Situ	(1)Histerectomía: Cervicitis
Base vasos anormales (2)	Ca In Situ DS	Cervicitis DS	DM (2)	(1)Histerectomía: Cervicitis
Leucoplasia vasos anormales (1)	DM	DS	Ca Microinvasor	(1)Histerectomía: Cervicitis

a. En la tabla anterior puede observarse que es suficiente una imagen colposcópica o varias asociadas para sospechar de una lesión maligna o premaligna. (14)(15)(16)(17)(18)(22).

**Tabla N° 9**  
**CAUSAS DE LAS 35 HISTERECTOMIAS**  
**REALIZADAS EN 100 CONIZACIONES**

Causa	Porcentaje
Ca Microinvasor	3
Ca In Situ	22
Displasia Severa	5
Displasia Moderada	2
Displasia Leve	2
Adenocarcinoma de Cervix	1
<b>Total:</b>	<b>35%</b>

a. El porcentaje de Histerectomías efectuadas concuerda con los resultados obtenidos por otros autores. (1)(11)(13).

**Tabla N° 10**  
**TECNICAS UTILIZADAS EN**  
**LOS 35 CASOS DE**  
**HISTERECTOMIAS REALIZADAS**

Técnica	Porcentaje
Pan-Histerectomía	1
Te-Linde	22
Histerectomía Abdominal más Rodete Vaginal sin Disección de Ureteros	12
<b>Total:</b>	<b>35%</b>

a. La técnica más utilizada fue el Te-Linde en el 22% de los casos, lo cual está de acuerdo con algunos autores (7)(8)(9)(11).

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- MORA AGUILAR Dr. ALVARO; Conización Cervical. Revista Médica de Costa Rica. 45: 55, 1978.
- 2.- KOLSTAD P. Carcinoma of the Cervix, Stage U. Am. J. Obstet. Gynecol, 96:1098-1966.

**Tabla N°11**  
**TECNICAS EMPLEADAS**  
**EN LOS 100 CASOS CONIZADOS**

Técnica	Porcentaje
Stundorff	83
Di-Paola	17
<b>Total:</b>	<b>100%</b>

- a. La técnica más utilizada fue la de Stundorff, la cual produce menos sangrado post-cono que Di-Paola. (1)(3)(7)(20).
- 3.- KULLANDER S., SJOBERG NO: Treatment of Carcinoma in Situ of the Cervix Uteri by Conization, Acta Obstet. Gynecol Scand. 50: 153, 1971.
- 4.- CREASMAN WT, RUTLEDGE F.: Carcinoma In Situ of the Cervix, Obstet. Gynecol 39: 373, 1972.
- 5.- WAY S, HENNIGAN M, WRIGHT VC: Some Experiencie with preinvasive and microinvasive carcinoma of the Cervix. J. Obstet. Gynecol Br Commonw 75: 593, 1968.
- 6.- RITTON G, CRISTOPHERSON WM: Cytology of the female genitale react. International Clasification of Toumuors, Number 8 Edited by Sa Roto Sadag, Geneva, World Health Organization. 1973.
- 7.- TE-LINDE, RICHARD, Ginecología Operatoria. 4a. Edición. Ed. Bernades, S.A. Buenos Aires.
- 8.- NG, ABP, REGAN JW: Microinvasive Cáncer of the uterine cervix. Am. J. Clin. Pathol 5: 511, 1969.
- 9.- VILLASANTA U: Malignant potencial of cervical dysplasia: Diagnosis and treatment. South Med. J. 61: 1018, 1968.
- 10.- ENTERLINE HT, ARRAN DA, DAVIS RE: The predictability of residual carcinoma in situ form study of cervical cones. J. Obstet Gynecol. 85: 940, 1973.
- 11.- SILBAR EL, WOODRUFF JD: Evaluation of biopsy, Cone and Histerectomy sequece in intraepithelial carcinoma of the cervix, Obstet. Gynecol. 27: 89, 1966.
- 12.- VARGA A: Prognostic accuracy of cervical cone biopsy determination of the management of carcinoma in situ. Am. J. Obstet. Gynecol. 90: 957, 1964.

- 13.- SCHFFER MA, GREEM JJ, POMERANCE W, et al: Cervical Conization for Diagnosis and treatment of Carcinoma In Situ. *Am. J. Obstet. Gynecol* 93: 884, 1965.
- 14.- CHANEN W, HOLLYECK VE: Colposcopy and the conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ. *Obstet. Gynecol* 43: 527, 1974.
- 15.- HOLLYOCK VE, CHANEN W: The use of the Colposcope in the selection of the patients for cervical cone biopsy. *Am. J. Obstet. Gynecol* 114: 185, 1972.
- 16.- KRUMKOLZ BA, KANPP RC: Colposcopic selection of biopsy sites. *Obstet. Gynecol.* 39: 22, 1972.
- 17.- STAFF A, MATTINGLY RF: Colposcopic Diagnosis of Cervical neoplasia. *Obstet. Gynecol* 41: 168, 1973.
- 18.- TOWSED DE, OSTTERGARD Dr, MISHELL Dr. Jr. et al: Abnormal Papanicolau Smears: Evaluation by colposcopy biopsies, and endocervical curetage. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 108: 429, 1970.
- 19.- NOVAK Dr, EDMUND R. *Tratado de Ginecología.* Octava Edición. Editorial Interamericana.
- 20.- ORTIZ R, NEWTON M, TSAI A: Electrocautery treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol* 41: 113, 1973.
- 21.- PSCHYREMBEL Dr. W. *Ginecología Práctica.* Primera Edición Española, Editorial Alhambra, S.A, México.
- 22.- ALBRECHTSON R, KOCH F: Prognostic accuracy of Cervical Cone, Biopsia. *Danish Med. Bull.* 19:119, 1972.
- 23.- RICHARD RM: Influence of diagnostic and therapeutic procedures in the distribution of cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer* 19: 1638, 1966.