

# Tratamiento del carcinoma in situ de cervix

Dr. Alberto Calderón Zúñiga\*  
Dr. Jorge Sagot Salgado\*\*

## RESUMEN

Actualmente no hay uniformidad en cuanto al tratamiento óptimo del carcinoma in situ de cervix. El manejo varía desde procedimientos tan conservadores como electrocoagulación (1), criocirugía (2), conización (3,4), histerectomía (5,6), histerectomía radical modificada (7) y radioterapia (5).

Desde la apertura del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria hasta el momento actual (abril de 1978), el tratamiento del carcinoma de cervix ha sido el siguiente: 1) histerectomía abdominal ampliada (tipo TeLinde), 2) histerectomía vaginal con resección de cúpula, 3) conización; experiencia de que es objeto este trabajo.

## OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue el revisar nuestra experiencia en este tipo de patología y a la vez analizar si el tratamiento ha sido adecuado en cuanto a la vía de abordaje quirúrgico y a la magnitud de la cirugía.

## MATERIAL

El trabajo consta de 54 casos de carcinoma in situ diagnosticado en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria mediante biopsia dirigida por col-

poscopia o conización, en un lapso comprendido desde el 1 de julio de 1974 hasta el 31 de marzo de 1978.

De los 54 casos, a 31 pacientes se les practicó conización, de los cuales en 6 se planeó como terapia definitiva, y los otros 3 fueron pacientes que no regresaron a la consulta después de la conización.

## RESULTADOS

- a) En cuanto a edad de las pacientes con carcinoma in situ de cervix osciló entre los 18 años y 58 años con un promedio de edad de 35 años. Predominó el grupo de edad de 31 a 35 con un 24.1% de los casos, siguiendo en orden de frecuencia el grupo de 26 a 30 años con 20.3% de los casos y en tercer lugar el grupo de 35 a 40 años con 16.6% de los casos (cuadro N° 1).
- b) En cuanto a la paridad osciló, 2 pacientes con gesta 2 y una con 18 gestas, habiendo bastante uniformidad en los demás grupos (cuadro 2).
- c) En cuanto al tipo de tratamiento quirúrgico de los 54 casos, se les practicó, 31 histerectomías abdominales ampliada (tipo TeLinde), con un porcentaje de 57.4%; histerectomía vaginal más cúpula 14 casos para un 25.9% y conización en 9 pacientes para un 16.6% (cuadro N° 3).
- d) En cuanto a la edad promedio por tipo de operación, en el TeLinde fue de 37.2, en

\*Jefe de Clínica del Servicio de Gineco-Obstetricia Hospital Monseñor Sanabria.

\*\*Residente de Gineco-Obstetricia. Hosp. México.

**Cuadro N° 1**  
**Tratamiento del Ca. In Situ de Cervix**  
**EDAD**

Edad	Nº Casos	Porcentaje
18-20 años	1	1.9
21-25 años	6	11.1
26-30 años	11	20.3
31-35 años	13	24.1
36-40 años	9	16.6
41-45 años	6	11.1
46-50 años	4	7.4
+ de 50 años	4	7.4
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

la vaginal con cúpula fue de 33.8 y en el cono la edad fue de 29 años (cuadro N° 4).

e) Con respecto a la estadía post-operatoria según el tipo de operación observamos que no hay diferencia importante entre el TeLinde y la vaginal con cúpula, mientras que el cono sí mostró una estadía menor que los otros 2 procedimientos (cuadro N° 5).

**Cuadro N° 3**  
**Tratamiento del Ca. In Situ de Cervix**  
**TIPO DE OPERACION**

Operación	Nº Casos	Porcentaje
Histerectomía abdominal tipo TeLinde	31	57.4
Histerectomía vaginal + cúpula	14	25.9
Conización	9	16.6
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

**Cuadro N° 2**  
**Tratamiento del Carcinoma In Situ de Cervix**  
**PARIDAD**

	GESTA		PARA		ABORTOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0					32	59.3
1	2	3.7	4	7.4	13	24.1
2	5	9.2	8	14.8	3	5.5
3	7	12.9	4	7.4	2	3.7
4	7	12.9	8	14.8	3	3.7
5	8	14.8	8	14.8	—	—
6	5	9.2	7	12.9	—	—
7	6	11.1	4	7.4	—	—
8	4	7.4	3	5.5	—	—
Más de 8	10	18.5	8	14.8	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

- f) El cuadro N<sup>o</sup> 6 nos muestra que de los 54 casos a los que se les practicó conización, el 51.9 fue reportado como suficiente, el 24.1 insuficiente y el restante 24.1% no se reporta si el cono fue adecuado o no (cuadro N<sup>o</sup> 6).
- g) Por lo que respecta a las complicaciones transoperatorias hubo dos de importancia: una lesión de vejiga y una lesión ureteral, ambas con histerectomía abdominal ampliada (tipo TeLinde), las cuales fueron reparadas y no dejaron secuelas (cuadro N<sup>o</sup> 7).

**Cuadro N<sup>o</sup> 4**  
**Tratamiento del Ca. In Situ de Cervix**  
**RELACION DE EDAD**  
**Y TIPO DE OPERACION**

Tipo de Operación	Edad	Promedio
Histerectomía abdominal tipo TeLinde	23-58	37.2
Histerectomía vaginal + cúpula	24-48	33.8
Conización	18-44	29

**Cuadro N<sup>o</sup> 5**  
**Tratamiento del Ca. In Situ de Cervix**  
**ESTADIA POST-OPERATORIA**  
**SEGUN TIPO DE OPERACION**

Tipo de Operación	Días Post-Operator.	Promedio de Días
Histerectomía abdominal tipo TeLinde	3-14	6.6
Histerectomía vaginal + cúpula	4-15	6.4
Conización	2- 7	3.5
PROMEDIO TOTAL		5.5

De las 45 pacientes a las cuales se les practicó histerectomía, 10 ó sea el 22.2% mostraron carcinoma residual en la pieza

operatoria. De estas 10 pacientes, 7 tenían cono reportado como insuficiente y 2 como suficiente.

De las 54 pacientes tratadas, 38 asistieron regularmente a su control periódico hasta el momento actual; 11 asistieron 1 o más veces pero luego se ausentaron y las restantes 6 nunca asistieron a ningún control post-operatorio, incluyendo 3 pacientes a las cuales se les practicó conización.

Controles citológicos post-operatorios fueron realizados una o más veces en 35 pacientes de los cuales todos han resultado negativos.

**Cuadro N<sup>o</sup> 6**  
**Tratamiento del Ca. In Situ de Cervix**  
**CONIZACIONES**

Cono	N <sup>o</sup> Caso	Porcentaje
Suficiente	28	51.9
Insuficiente	13	24.1
No Reportado	13	24.1
Total	54	100%

De los 6 conos que se planearon como tratamiento definitivo es interesante anotar que en tres la biopsia dirigida por colposcopia mostró carcinoma in situ, mientras que el cono mostró en 2 casos displasia moderada y en uno cervicitis crónica.

#### COMENTARIO

En resumen, se puede observar que la edad promedio de la paciente tratada fue de 35 años, por lo que respecta a la paridad, se observa en el cuadro que no hay datos de mucha importancia.

El tratamiento del Ca. in situ en este Hospital se realiza en la mayoría de los casos con histerectomía abdominal ampliada (TeLinde) o histerectomía vaginal removiendo un manguito de cúpula vaginal.

En vista de la experiencia de otros autores, como TeLinde (8), Way (9) y Hall (10); TeLinde encuentra que varias pacientes con carcinoma in situ tratadas únicamente con cono desarrollaron carcinoma invasor.

Way encontró una recidiva del 20% en pacientes tratadas conservadoramente y una

**Cuadro N° 7**  
**Tratamiento del Carcinoma In Situ de Cervix**  
**COMPLICACIONES QUIRURGICAS**

Complicaciones Trans-operatorias	TeLinde	Cono	Vaginal + Cúpula
Lesión Vejiga	1		
Absceso de cúpula	1		1
Sangrado		1	
Hematoma infectado			1
Sección Ureteral	1		

incidencia del 50% de tumor residual en pacientes con previa conización y 18 de 83 pacientes mostraron tumor en tercio superior de vagina.

Hall encuentra una incidencia de carcinoma residual de 35.4%.

En nuestro estudio encontramos una incidencia de carcinoma residual del 22.2%, cifra que concuerda con la mayoría de los autores consultados, lo que justifica nuestro manejo actual, a pesar que de las 54 pacientes del estudio sólo en un caso se reporta con una lesión displásica alrededor del rodete vaginal.

Al contrario, Copplesol y Reyd (11-12) prefieren el tratamiento de conización para el carcinoma in situ en vista de la valiosa ayuda que brinda el colposcopio en la actualidad.

En el presente estudio, 3 de las pacientes tratadas con conización demostraron carcinoma in situ en la biopsia dirigida por colposcopia, mientras que el cono demostró una lesión de menor magnitud.

### CONCLUSION

Lo anterior nos hace pensar que en algunos casos seleccionados como en pacientes de baja edad y paridad o malas candidatas para la cirugía en las cuales la lesión colposcópica es localizada, el manejo debe ser conservador.

En el resto de las pacientes pensamos que el tratamiento actual es el más adecuado por los motivos expuestos previamente.

### BIBLIOGRAFIA

1.- Chanen, W.: Colposcopy and the conservative management of cervical dysplasia and

carcinoma in situ. *OBSTET. GYNECOL.* 43: 527, 1974.

2.- Tredway, D.R. et al: Colposcopy and Cryosurgery in treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *AM. J. OBSTET. GYNECOL.* 114: 1020, 1972.

3.- Kriejer J.S. et al: Role of conization in detection and treatment of cervical carcinoma in situ. *AM. J. OBSTET. GYNECOL.* 86: 120, 1963.

4.- Ahlgre, M. et al: Conization as treatment of carcinoma in situ of uterine cervix. *OBSTET. GYNECOL.* 46: 135, 1975.

5.- Selim M.A., So Bosita J.L.: Carcinoma in situ of the cervix uteri. *SURG. GYNECOL. OBSTET.* 139: 697, 1974.

6.- Funell D.J. and Merrill J.A.: Recurrence after treatment of carcinoma in situ of the cervix. *SURG. GYNECOL. OBSTET.* 117: 15, 1963.

7.- Way S. et al: Some experiences with preinvasive and microinvasive carcinoma of the cervix. *BR. J. OBSTET. GYNECOL.* 75: 593, 1968.

8.- TeLinde R.W., Galvin G.A., Jones K.W.: Therapy of carcinoma in situ: Implications from a study of its life story. *AM. J. OBSTET. GYNECOL.* 74: 972, 1957.

9.- Way S. et al: Some experiences preinvasive and microinvasive carcinoma of the cervix. *OBSTET. GYNEC. BRIT. CWLTH.* 75: 593, 1968.

10.- Hall J.E., Boyce J.C., Nelson J.H.: Carcinoma in situ of the cervix uteri: a study of 409 cases. *OBSTET. GYNEC.* 34: 221, 1969.

11.- Coppleson M., Reid B.: Management of cervical ca in situ. *LANCET.* 2: 873, 1968.