

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXIV	DICIEMBRE DE 1967 Número 403 SAN JOSE, COSTA RICA	Tomo XXIV
-----------	---	-----------

## Tratamiento de la Patología Cervical no Maligna

"PONENCIA OFICIAL DE COSTA RICA"

Por el

Dr. OSCAR ROBERT AGUILAR \*

### INTRODUCCION.

Debido a la importancia que ha despertado en los últimos años la relación entre las patologías cervicales, sean tumorales o infecciosas como causa precursora de cáncer cervical, revisamos en este Congreso la conducta terapéutica de éstas, en los distintos países centroamericanos.

En Costa Rica encontramos que más del 90% de las mujeres multiparas presentan cervicitis en cualquiera de sus formas y si revisamos la literatura mundial vemos que la incidencia es semejante. Con el nombre de tratamiento de las lesiones cervicales no malignas se engloba una abundante patología, pero quise traer ante ustedes la valoración de la conducta seguida en nuestros hospitales en el tratamiento de las cervicitis, dándole énfasis a investigar la relación que pueda existir entre éstas, la displasia o el carcinoma in situ y la influencia que tendrían las distintas conductas terapéuticas.

Estudios retrospectivos enfocados hacia la posible relación entre cervicitis y displasia modificadas o no con la conducta terapéutica, no encontré en la literatura, pero sí numerosos trabajos relacionan las displasias con el carcinoma in situ como los presentados por (12-14-6-9-19), basados en experiencias numerosas y correlacionando biopsias únicas, conizaciones o amputaciones cervicales en las cuales se encuentran distintas patologías en un mismo cervix, así como la importancia del estudio rutinario de la citología vaginal de detección en estos casos.

\* Jefe de clínica del Servicio de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit.

En lo que respecta a la terapéutica de otras lesiones cervicales benignas como pólipos, leiomiomas, condilomas o lesiones ulcerosas de tipo infeccioso específico, no creo que exista discusión al respecto en su conducta terapéutica. Por lo cual únicamente enumero su frecuencia. Si quiero enfatizar que a los pólipos cervicales y endocervicales debe dárseles una importancia en lo que respecta a la edad de aparición, pues no es raro encontrar éstos asociados a un adenocarcinoma, debido a que en ambos la etiopatogenia puede ser similar y es útil por lo tanto que su extirpación sea complementada con un legrado biopsia fraccionado y no contentarse haciendo exclusivamente la extirpación por torción de su pedículo.

#### MATERIAL Y METODOS

Para realizar este propósito, revisé los archivos de anatomía patológica del Instituto Materno Infantil Carit, Hospital San Juan de Dios y Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, tomando como base las biopsias de cervix en el año de 1966, en el Seguro Social y Hospital San Juan de Dios y en el Instituto Materno Infantil Carit revisé las biopsias de 1961 a 1966, así como todos los expedientes clasificados como cervicitis y también aquellos en que tenían una biopsia de displasia, para valorar retrospectivamente la relación en la evolución entre la cervicitis y la displasia y si había alguna influencia dependiente de la conducta terapéutica. Se valora también edad, paridad y tipo de tratamiento.

Con los datos anteriores se verificaron las siguientes gráficas:

#### HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

##### 865 Biopsias del año 1966

CERVICITIS	614
DISPLASIAS	42
POLIPOS	49
MIOMAS	10
PAPILOMAS	3
HEMANGIOMAS	1
C. SANOS	13

(Ca. 133 - In Situ 17)

HOSPITAL CENTRAL SEGURO SOCIAL  
513 Biopsias del año 1966

CERVICITIS	312
DISPLASIAS	64
POLIPOS	27
MIOMAS	11
PAPILOMAS	1
HEMANGIOMAS	1
C. SANOS	8

(Ca. 89 - In Situ 19)

---

INSTITUTO MATERNO INFANTIL CARIT  
619 Biopsias del año 1961 a 1966

CERVICITIS	437
DISPLASIAS	84
POLIPOS	21
MIOMAS	8
PAPILOMAS	4
C. SANOS	13

(Ca. 52 - In Situ 23)

---

I. M. I. C.

De 84 casos en 23 displasias había biopsia anterior de cervicitis.

- 1).—Tiempo promedio entre Biopsias
- 2).—Tipo de tratamiento en la cervicitis
- 3).—Conducta en las displasias
- 4).—Resultados.

---

I. M. I. C.

84 DISPLASIAS	Leve	14
	Moderada	27
	Severa	18

"8 casos Displasia  
In Situ en cono".

25 sin clasificar  
(reportan sólo  
Displasia)

---

## I. M. I. C.

## 23 casos de Cervicitis evolucionó a Displasia

Tiempo entre Biopsias	=	1 a 7 años
Edad	=	18 a 47 años
Gesta	=	2 a 6 embarazos

## I. M. I. C.

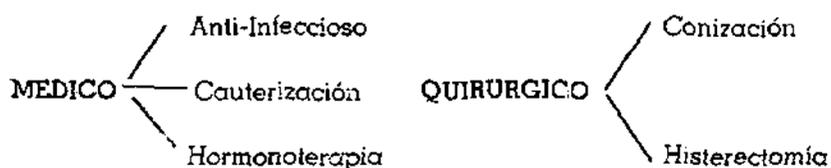
## Conducta en la Displasia

## DEPENDENDE:

- 1).—Severidad histológica
- 2).—Edad - Paridad
- 3).—Deseo o no de más hijos
- 4).—Facilidad de control

## I. M. I. C.

## Tratamiento



NOTA: Las pacientes con Displasia se controlaron con papanicolaou cada 3 a 6 meses.

## I. M. I. C.

Tratamiento de los 23 casos de Cervicitis  
que evolucionaron a Displasia

- 11 casos = cauterizados y dados de alta como sanos
- 8 casos = sólo se dió tratamiento anti-inflamatorio con buen resultado
- 4 casos = no se trataron

## I. M. I. C.

## CONCLUSIONES

- 1).—No hay influencia definida entre la terapéutica de la cervicitis y la evolución hacia una displasia.
- 2).—Hay que valorar muy bien la severidad o grado histológico de la displasia, pues tenemos casi un 50% de displasia severa y Ca. "In Situ".
- 3).—Ayerita hacer conización en las displasias severas.

## RESULTADOS

Podemos decir, al observar esta casuística, que tanto en el Hospital San Juan de Dios como en el Hospital Central del Seguro Social, las patologías cervicales son semejantes, encontrando un aumento únicamente en el porcentaje de displasias en el Seguro Social y esto es debido al funcionamiento rutinario de la citología vaginal como medio de detección, y así mismo, aunque está fuera de tema, es útil mencionar que en el Seguro Social se han detectado un mayor número de cánceres in situ. En lo que respecta al Instituto Materno Infantil Carit, la relación biopsia-displasia y la incidencia de cáncer in situ, es notablemente más elevada pues el Departamento de Detección de cáncer funciona desde el año 1961 y por lo tanto hay un mejor control de las pacientes y se sigue un patrón establecido hace más de 5 años, con el que en esta casuística podemos valorar sus beneficios, al encontrarnos el índice más elevado de displasias y carcinomas in situ con un menor número de biopsias (84 displasias y 23 carcinomas in situ en 619 biopsias dirigidas).

Se clasificaron las displasias en tres grupos: leve, moderada y severa, pues creo, como lo demostraré más adelante, que en esta patología es de suma importancia para la conducta terapéutica, la división en relación a la severidad en el grado histológico de la displasia, y no es lo mismo hablar de displasia en una forma genérica.

En el estudio retrospectivo de las 84 displasias encontramos 23 casos en los cuales había una biopsia anterior reportada como cervicitis, la cual evolucionó hacia la displasia en un tiempo muy variado.

La conducta que hemos seguido desde hace más de 5 años en el IMIC en la terapéutica de la displasia, depende fundamentalmente de 4 factores:

- 1.—Severidad histológica
- 2.—Edad y paridad
- 3.—Deseo o no de más hijos
- 4.—Facilidad de control periódico.

Y el tratamiento de esta patología por lo tanto puede ser médico o quirúrgico, el primero fundamentalmente a base de terapia anti-infecciosa, cauterización radiada del cervix y hormonoterapia, y el quirúrgico de conización o histerectomía. Además, toda paciente clasificada como displasia la controlamos con citología vaginal periódica entre 3 y 6 meses.

En lo que respecta al tratamiento de los 23 casos de cervicitis que evolucionaron a displasia, encontramos 11 casos con cauterización, 8 casos con terapia anti-infecciosa y 4 casos en que no se instituyó terapéutica en el tiempo transcurrido entre la biopsia reportada como cervicitis y la reportada como displasia.

#### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

De esta revisión nos quedan conclusiones sumamente provechosas para enlazar la conducta ante la displasia cervical, pues nos presenta como primer punto el que la relación entre los tratamientos de la cervicitis que, como dije en un inicio, patología que encontramos en un 90% o más de nuestras mujeres multiparas, no influye en forma definida a la posible evolución hacia la displasia, pues los tratamientos con cauterización radiada, los tratamientos con terapéutica anti-infecciosa y las mujeres que no recibieron ninguna terapéutica, pueden evolucionar hacia una displasia, creemos, y más aún, confirmamos clínicamente, la curación de la cervicitis, pero sí es de gran importancia mencionar que el grado histológico o la severidad de la displasia es definitiva en la secuencia hacia el carcinoma in situ, comprobando esto con los datos de que en las 18 displasias clasificadas por el patólogo como severas, en 8 casos los conos reportaron la presencia de carcinoma in situ junto a la patología enunciada anteriormente, lo cual nos da casi un 50% de correlación y por último, basado en estos hechos, creo que ante la presencia de una displasia severa debemos practicar a corto plazo una con-

---

zación y así poder valorar la presencia o no del carcinoma in situ.

## RESUMEN

Se presenta un estudio de las principales patologías cervicales no neoplásicas llevado a cabo en tres instituciones como son IMIC, Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital San Juan de Dios, basado en los reportes anatomopatológicos y enlucado hacia la valoración retrospectiva de la relación o no entre la conducta terapéutica de la lesión más frecuente que es la cervicitis, y la evolución de ésta hacia la displasia, lesión anatomopatológica si considerada como precursora en algunos casos del carcinoma.

El número de biopsias revisadas fue de 619, 513 y 865 respectivamente. Encontramos que la relación biopsia-displasia fue de 619/84, 513/64 y 865/42 en el mismo orden, lo que nos demuestra la importancia de la consulta de detección de cáncer ginecológico, la cual se practica únicamente en el IMIC y el Seguro Social.

Se omitió el tratar en esta ponencia de la terapéutica de las otras lesiones benignas, por creer que en éstas se tiene un criterio más definido y únicamente se citó el número encontrado.

Mencionando únicamente la utilidad de practicar legrado biopsia fraccionado, en los casos de pólipos cervicales debido a la frecuencia o la relación de la etiopatogenia de éste y con el adenocarcinoma.

Se da énfasis al valor de seguir una conducta definida en la terapéutica de la displasia, basándola en la severidad histológica, en la edad y paridad, en el deseo o no de más hijos y en la facilidad del control periódico de estas pacientes.

Y por último, en relación a la influencia de la terapia en los casos de cervicitis, se concluye que no interviene en la evolución hacia una displasia, pero sí es de gran importancia el valorar el grado histológico y la severidad de la displasia, pues se encontró una correlación en un 50% entre displasia severa concomitante con carcinoma in situ, lo que nos hace ser partidarios de la conización rutinaria en los casos de displasia severa.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—BREDHAL. Cáncer Detección. *Acta Cytológica*. 9:189,1965.
  - 2.—BRET. COUFEZ. *Colposcopic*. Mason y Cia. 1960
  - 3.—CHRISTOPHERSON, W. The Control of Cervix: Cáncer. *Acta Cytológica*. 10:6, 1966.
  - 4.—DIAZ, B. Aspecto Epidemiológicos del Cáncer del Utero en El Salvador, *Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec.* V: 29, 1965.
  - 5.—DIAZ, B. Detección Precoz del Cáncer del Cérvix, *Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec.* V: 7, 1965
  - 6.—FARAJ, J. E. Detección Precoz del Cáncer del Cérvix, *Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec.* V: 12, 1965.
  - 7.—GRAHAM, R. Screening for Cervical Malignancy, *Am. J. Obst. & Gynec.* 84: 1013, 1962
  - 8.—GUERRERO, J. Diagnóstico Colposcópico, *Ginecología y Obstetricia de México*, 12: 403, 1957
  - 9.—GUEVARA, C. Cáncer del Cuello Uterino. *Rev. Médica de Costa Rica*, 18: 285, 1961.
  - 10.—HERTIG, A. T. Tumors of the Female Sex Organs. *Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D. C.* 1961.
  - 11.—NAVRATIL, F. Valor del Uso Simultáneo de la Citología y de la Colposcopia en el Diagnóstico Precoz del Carcinoma del Cuello Uterino. *Progresos de la Ginecología. II. Editorial Científico Médica, Barcelona 1958, Pág. 112.*
  - 12.—ROBERT, O. Detección del Cáncer en Costa Rica, *Rev. Médica de Costa Rica*. 22: 57, 1965
  - 13.—ROBERT, O. Leucorreas en nuestro medio. *Rev. Médica de Costa Rica*. 21: 365, 19 4
  - 14.—SLATE, T. Cytological Deteccion of Uterine Cancer. *Am. J. Obst & Gynec.* 93: 890, 1965
  - 15.—WIELENGA, Old & von Haam. *Cancer* 18 (12): 1612-1621, 1965
  - 16.—J. W. OLD & D. G. JONES: *Cancer* 18 (12): 1622-1630, 1965
  - 17.—A. M. RYWLIN, L. RECHER & J. BENSON, *Cancer* 17 (1): 100-104, 1964
  - 18.—L. D. JOHNSON, Ch: L; EASTERDAY, H; GORE & A. T. HERTIG: *Cancer* 17 (2): 213-229,1964
  - 19.—L. G. KOSS, F. W. STEWART, F. W. FOOTE, M: J: M: BADER & E: Day: & *Cancer* 16 (19): 1160-1211, 1963
  - 20.—B LAMBERT & J. DONALD WOODRUFF. *Cáncer* 16 (19): 1141-1150, 1963
  - 21.—R. BANGLE, Jr, M. BERGER y M: LEVIN: *Cancer* 16 (19) 1151-1159, 1963
  - 22.—W. MICHALD]EW]CZ, L. A. PRZYBORA, S: SIMM & M: WOLNA *Cancer* 16 (19): 1212-1221, 1963.
  - 23.—W. M. CHRISTOPHERSON & J. E. PARKER, *Cancer* 17 (9): 1123-1131 1964
  - 24.—C. M. DOUGHERTY & N. COTTEN. *Cancer* 17 (9): 1132-1143, 1964
-