

# Conización Cervical

## (Estudio de la Conización Cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios)

Alvaro Mora Aguilar \*

### INTRODUCCION

El objetivo del siguiente trabajo fue evaluar retrospectivamente la conización como tratamiento curativo del carcinoma in situ del cérvix, analizando además morbilidad, estancia, técnica empleada y control post-operatorio, después de más de 4 años. Se debe recalcar que la metodología que se siguió para efectuar conización fue la siguiente: después de una o varias citologías sospechosas o positivas, se les efectuó biopsia dirigida con colposcopia y de acuerdo al resultado de la misma se les practicó conización cervical, previa prueba de Schiller con legrado fraccionado. Practicando histerectomía total de acuerdo al resultado de biopsia del cono o con otra causa asociada.

### MATERIAL Y METODOS

Se efectúa revisión de los conos practicados en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios como métodos de tratamiento del carcinoma del cérvix. De enero 1969 a diciembre 1972; o sean 4 años se analizaron 90 conos. Distribuidos de la siguiente manera.

#### CUADRO I

1969	19 conos
1970	31 conos
1971	20 conos
1972	20 conos

#### CUADRO II

EDAD	
Menos de 19 años	1
20 a 29 años	16

\* Asistente del Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios.

\* Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios.

30 a 39 años	34
40 a 49 años	22
50 años o más	17
La de menor edad 18 años	
La de mayor edad 79 años	

Este tipo de lesión predomina como observan ustedes en el cuadro II en la mujer en la tercera o cuarta década de la vida.

#### CUADRO III

##### PARIDAD

0	NULIPARAS
7	PRIMIPARAS
12	SEGUNDIPARAS
33	MULTIPARAS
38	GRAN-MULTIPARAS

Predominando esta lesión en pacientes múltiparas y gran-múltiparas.

#### CUADRO IV

##### TECNICA EMPLEADA Y MORBILIDAD

		Sangrado precoz	Sangrado tardío
Técnica de Stundorf	52	3	1 a los 10 días
Técnica de Diapola	26	3	1 Histerect. 5d. después por
Técnicas	12	1	0 hemorragia
Total		7	2

Se catalogaron sangramientos tanto precoces como tardíos aquellos que ameritaron transfusión sanguínea de 500 cc. de sangre. De este cuadro se desprende que la técnica de Dipaola observamos más hemorragia precoz, es decir, más morbilidad. No tuvimos perforación

uterina en ninguna de nuestras pacientes, ni tampoco sinequias cervicales. 1 de cada 10 conos tuvieron sangrado post-operatorio. Se analizan en el cuadro siguiente la relación que existe entre la biopsia del cérvix, el reporte histopatológico del cono y del útero cuando se efectuó histerectomía.

CUADRO V

90	Biopsia de Cérvix	90	Cono	25	Histerectomía
1	Cervicitis granulomatosa	1	Cervicitis granulomatosa por Tbc.		
5	Cervicitis crón. con citol. sosp. reiterada	4 1	Cervicitis ag. y crón. Carcinoma in situ con inv. endocerv.	1	Carcinoma in situ endoc.
15	Displasia leve o Moderada	1 2 1 9	Hiperqueratosis Cervicitis crónica Displasia leve Displasia moderada .....	1	Histerectomía por prolapso uterino sin recid.
		1 1	Displasia severa Carcinoma in situ		
27	Displasia severa	4 14 8 1	Displasia moderada Displasia severa ..... Carcinoma in situ ..... Microinvasor .....	1 2 1	Con carcin. microinvasor Sin recidiva Sin recidiva
42	Carcinoma in situ	1 3 29	Cervicitis crónica Displasia severa Carcinoma in situ .....	10 1 1 2 1 3 1	sin recidiva sin recid. cérv. Utero sin displ. severa con carcin. in situ recid. Carcin. in situ end. sin recid. en Utero Carcin. in situ después de Panhisterectomía
		1 4 4	Carcinoma in situ end. .... Microinvasor ..... Carcinoma epid. ....	1 3 1	Carcin. in situ end. sin recid. en Utero Carcin. in situ después de Panhisterectomía

De los 90 casos practicados se obtuvieron 40 carcinomas in situ, 6 microinvasor, 1 apareció en útero y 4 carcinoma invasor, en total 50. De los 40 carcinomas in situ del cérvix: a 18 pacientes se les practicó histerectomía (en 4 había carcinoma residual, 22 se limitó a cono. Controles periódicos. Solamente una falleció de accidente vascular cerebral a los 84 años. Murió 6 años después del cono. 6 microinvasores. A 4 pacientes se les practicó histerectomía sin recidiva en útero. Una paciente se opuso a intervención y no volvió a consulta y la última el microinvasor apareció en útero después de habersele practicado cono por displasia severa. Las 5 pacientes han continuado control hasta la fecha

sin recidiva de lesión. 4 carcinomas invasores. A una se le efectuó panhisterectomía con linfadenectomía bilateral y a las 3 restantes radioterapia. Las 4 han sobrevivido después de más de 4 años.

## RESULTADOS

En 82 casos el cono fue bueno. En 8 casos el cono fue insuficiente, es decir, que la lesión llegaba a los límites de resección, o bien, aparecían en útero después de histerectomía. De estos 8 pacientes: 2 no volvieron a consulta, 1 se opuso terminantemente a histerectomía, 1 paciente asegurada continuó tratamiento en el Hospital México, 4 se les practicó histerectomía, encontrando carcinoma

in situ de cérvix en tres casos y en 1 carcinoma microinvasor del mismo.

Finalmente se aprovechó el trabajo para averiguar el estado de control de las mismas. 34 pacientes en control activo; 39 pacientes con control, pero más de 1 año de ausentismo; 17 pacientes sin control o con 1 a 2<sup>o</sup> consultas después de la operación, circunstancias esta última que se aprovechó para ser llamadas por Servicio Social. Las pacientes controladas en su mayoría presentan citologías clase I y II (Neg.).

### COMENTARIO

Se efectúa revisión de las conizaciones efectuadas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios. Estamos de acuerdo que este tipo de lesión cervical aparece más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida, pero debe investigarse en toda mujer que llegue a consulta. Observamos también mayor frecuencia en multiparas y grandes multiparas. Con respecto a la técnica empleada observamos que la técnica de Stundorf nos ocasionó menos sangrado. Con respecto a los legrados uterinos practicados post como no obtuvimos ningún material que nos hiciera avanzar en el diagnóstico, por lo que se concluye que el legrado biopsia debe efectuarse, pero limitado sobre todo a procesos con metrorragia disfuncional y o sangrados post menopausia. Consideramos a la conización cervical como el mejor método a seguir después de la biopsia o citología sospechosa reiterada. Cuando el cono fue insuficiente, o presentó carcinoma in situ multicéntrico, endocervical o microinvasor o bien por problema de control se le practica histerectomía en manguito vaginal como ocurrió en 25 de nuestras 90 pacientes, a las que se les descubrió carcinoma de cérvix. Llama la atención el ausentismo de nuestras pacientes, de lo que se debe organizar mejor el sistema de vigilancia de este tipo de pacientes. Considero se debe tener una conducta quirúrgica más agresiva en este grupo de pacientes para evitar recidivas de carcinoma.

### RESUMEN

Se revisaron 90 conos en el Hospital San Juan de Dios, de los que se obtuvo 50 carcinomas distribuidos: 40 carcinomas in situ, 6 microinvasor y 4 carcinomas invasor. Se practican 25 histerectomías en las que se encontró 5 recidivas de carcinoma.

### BIBLIOGRAFIA

1. Ahlgren M., et al. "Conization as treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix." *Obst. Gynecol.* 46 (2): 135-9, aug. 75.
2. Ashman R., et al. "Letter: Rosette-forming lymphocytes in cervical in situ carcinoma." *Lancet* 2 (7946): 1212, 13 dic. 75.
3. Casey M.J., et al. "Roentgenographic techniques in the evaluation of epidermoid carcinoma of the cervix uterine." *Surg. Gynecol. Obs.* 139: 367-9, sep. 74.
4. Coppleson ZW; et al. "Observations on a model of the biology of carcinoma of the cervix: poor fit between observation and therapy." *Am. J. Obst. Gynecol.* 122 (1): 127-36, 1 May, 75.
5. Chanen W., et al. "Colposcopy and the conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ". *Obst. Gynecol.* 43: 527-34, apr. 74.
6. Chizilbash, A.H. "In situ and microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix. A clinical, cytologic and histologic study of 14 cases". *Am. J. Clin. Patho.* 64 (2): 155-70, aug. 75.
7. Debances A., et al. "Intraepithelial cervical neoplasia in women using intrauterine devices and long-acting injectable progestogens as contraceptives." *Am. J. Obst. Gynecol.* 119: 1052-6, 15 aug. 74.
8. Kanbour AI., et al. "Carcinoma of the vagina following cervical cancer." *Cancer* 34 (5): 1838-41, nov. 74.
9. Shulman J.J., et al. "The Pap. smear: take two". *Am. J. Obst. Gynecol.* 121 (8): 1024-8, 15 apr. 75.
10. Stapl A., et al. "Angiogenesis of cervical neoplasia". *Am. J. Obst. Gynecol.* 121 (6): 845-52, 15 mar. 75.
11. Usherwood, M.M. "Management of vaginal carcinoma after hysterectomy". *Am. J. Obst. Gynecol.* 122 (3): 352-4, 1 jun. 75.