

MESA REDONDA

GINECOLOGIA

TEMA :

CONDUCTA EN LAS HISTERECTOMIAS
POR PROCESOS BENIGNOS

COORDINADOR :

Dr. CIRO A. JAUMANDREU

INVESTIGACION PREOPERATORIA DEL CANCER GINECOLOGICO

Dr. RICARDO TOPOLANSKI SIERRA *

Toda mujer en edad genital activa o en menopausia que vaya a ser operada de su aparato genital, debe ser investigada buscando el cáncer y las lesiones canceroclinas o precancerosas, sea cual fuere su edad.

Si bien la edad puede orientarnos sobre cual cáncer debemos buscar con más ahinco, no debemos escudarnos demasiado en ella so pena de pasar por alto lesiones bien constituidas. Por pensar así, haciendo caso omiso de la edad, hemos encontrado con el colposcopio un adenocarcinoma endocervical en una mujer de 23 años que cursaba un embarazo; lo que significa además, que no debe omitirse el estudio del cuello en el embarazo.

Durante la edad genital activa, es más frecuente el cáncer de cuello, que sin embargo también se ve hasta muchos años después de la menopausia, tanto que casi nos atreveríamos a decir que hay que buscarlo *siempre* en toda mujer. Hablamos recién de lesiones canceroclinas, y es este el concepto más importante que quisiéramos dejar bien sentado en esta exposición; existen, además, otras lesiones más o menos crónicas, como por ejemplo las cervicitis, que eventualmente pueden evolucionar hacia la atipia epitelial. El estudio minucioso y repetido a través de la óptica del colposcopio, nos ha convencido de que ninguna cervicitis es banal: todas deben ser tratadas y bien tratadas, porque una cervicitis mal tratada, que ha sufrido varios empujes, puede reaccionar dando lugar a una cicatrización anómala que desembocará o no en una lesión precancerosa. Recordemos simplemente que en 14 % de las anomalías cicatrizales del cuello (mosaico, base y leucoplasia) se ha encontrado un epiteloma.

* Clínica Ginecocológica "B". Director: Prof. Dr. J. J. Crottogini.

Después de la menopausia, es más frecuente el cáncer de endometrio, pero esto tampoco es absoluto y la sintomatología puede confundirse con la de las alteraciones rojas premenopáusicas. También aquí hay que estar atento y saber valorar debidamente las lesiones de hiperplasia funcional. Por eso hay que ser sistemático en la investigación del cáncer, pensando siempre en él; por el momento, la única posibilidad de curarlo en el 100 % de los casos es diagnosticarlo en su etapa preinvasora o de cáncer "in situ" y, por lo tanto, toda enferma debe ser estudiada en ese sentido, aun en ausencia de manifestaciones funcionales u orgánicas y en el tema que nos ocupa, evitando dejar lesiones residuales sobre todo al hacer cirugía conservadora.

PROCEDIMIENTOS

Los diferentes procedimientos a usar, varían según se trate de:

- a) *lesiones visibles o visualizables*, es decir, lesiones de vulva, vagina y exocervix; y
- b) *lesiones no visibles o no visualizables*, es decir, lesiones endocervicales, endometriales y tubarias.

Dejamos de lado el cáncer de ovario y el cáncer de mama, que deben ser diagnosticados por otros procedimientos acordes a su semiología.

A) LESIONES VISIBLES O VISUALIZABLES

1) *Cáncer de vulva*

Es mucho más frecuente en pacientes menopáusicas, lo que nos lleva a pensar que es un cáncer de la mujer vieja. No siempre es así: puede haber menopausias precoces y puede desarrollarse en mujeres en edad genital activa. Tiene gran interés señalar aquí, a las leucoplasias de vulva, de las que un 50 % termina en cáncer, de donde se desprende el incalculable valor que toma el estudio y diagnóstico de esta lesión precancerosa, uno de cuyos síntomas es el prurito, síntoma muy común y que responde a varias etiologías, pero que puede ser el hilo conductor.

Son medios útiles para el diagnóstico, la colposcopia y sobre todo la biopsia hecha en la zona sospechosa.

2) *Cáncer de vagina*

Es un cáncer poco frecuente (3 ‰), propio de la edad genital activa, cuyos síntomas principales son:

- génitorragias y sobre todo sinusiorragias o sea hemorragias secundarias al microtraumatismo;
- flujo, en general sanioso, fétido, debido a la infección secundaria.

Cuando es pequeño puede pasar desapercibido en un examen rápido, tanto al tacto como cuando se coloca el espéculo, cuyas valvas pueden ocultarlo.

Son métodos auxiliares del diagnóstico la colpocitología, la colposcopia y la biopsia.

3) *Cáncer de cuello* (excluido el de endocervix)

Es un cáncer de la pre y postmenopausia con un máximo de frecuencia entre 40 y 50 años. Para el diagnóstico del mismo, cobra gran valor el examen visual del cuello que nunca debe omitirse. El estudio del cuello puede ser hecho a simple vista o empleando elementos auxiliares del diagnóstico. Muchos de éstos pueden aplicarse también en el examen a simple vista.

Para el examen a simple vista hay que disponer de una fuente de luz adecuada, de ser posible intensa y con haz de luz condensado. Cómodamente sentado y luego de colocar un espéculo adecuado, conviene efectuar la limpieza del cuello con ácido acético al 3 ‰ en solución acuosa. El ácido acético, por su rol de coagulante de las secreciones y de vasoconstricción, permite diferenciar fácilmente, por ejemplo, un ectropión endocervical de una zona de reparación, estableciendo una distinción entre dos zonas que, si no, se verían como una simple mancha roja, lo que ha dado lugar a los nombres de eritroplasia, erosión o pseudoerosión.

También permite resaltar a las zonas blancas y leucoplasias de otro modo prácticamente invisibles, zonas que incluyen las anomalías de cicatrización que se denominan bases y mosaicos, sólo visibles con el aumento del colposcopio y que pueden esconder una atipia.

Muy útil, a pesar de sus detractores, es el test de Schiller, cuando no se le pretende dar más valor que el que tiene, a saber, la delimitación de las zonas aglucogénicas que ocasionalmente se presentan en el epitelio exocervical. Se efectúa con lugol fuerte o más sencillamente con tintura de yodo, coloreándose de un color caoba oscuro las áreas glucogénicas —Schiller yodo positivo—.

Las zonas aglucogénicas —Schiller yodo negativo— son zonas en las que por distintas causas, las células de la capa media no producen glucógeno; puede tratarse de una anomalía epitelial, de una atipia, o simplemente de una zona de reparación muy nueva. Recordemos además, que el epitelio endocervical no tiene glucógeno, por lo que el ectropión también es yodo negativo. En algunos casos se ha visto que pueden haber epitelomas con glucógeno lo que para algunos invalidaría este test. Sin embargo, nosotros le asignamos un valor de orientación recordando que en general las anomalías cicatrizales y las atipias no toman el yodo.

En los centros especializados y para profundizar en el estudio del cuello, cuando se tiene en mente el diagnóstico precoz del cáncer de cuello, se emplean otros medios auxiliares que se van difundiendo lentamente en nuestro medio, demasiado lentamente a nuestro entender: nos referimos a la colpocitología oncológica, la colposcopia y la colpomicroscopia.

a) *Colposcopia*.—Lupa binocular que permite un estudio estereoscópico del cuello a 10 y 20 aumentos y a suficiente distancia para poder trabajar sobre el cuello sin interferir mayormente con la visión. Es un aparato caro, de ultraespecialización, que tiene su justificación en la búsqueda de lesiones invisibles a simple vista o con los procedimientos auxiliares antes descritos, permitiendo además hacer las biopsias dirigidas hacia las zonas más sospechosas. Con su uso se puede seguir de cerca la evolución de las cervicitis y observar precozmente las anomalías de cicatrización que eventualmente pueden desembocar en un cáncer. Su uso es obligatorio en nuestra clínica en toda enferma que deba ser internada, sea ginecológica u obstétrica, lo cual nos ha permitido encontrar algunos cánceres “in situ” y algunos cánceres iniciales que de otro modo hubieran pasado desapercibidos durante el tiempo suficiente para que el promedio de curación bajase del 100 % al 46 %; es decir, para que las lesiones pasasen de la atipia intraepitelial a la invasión.

b) *Colpocitología oncológica*.—Las células del exocervix descaman igual que las del epitelio vaginal, por lo que pueden ser estudiadas sus alteraciones, que son de gran valor, constituyendo el método que se llama colpocitología oncológica o método de Papanicolau. Las células se recogen por medio de una pipeta de vidrio y una pera de goma desde el “pool” del fondo de saco vaginal posterior o si no por el sistema de “grattage” o raspado de la superficie del cuello con un bajalenguas, o con la cureta especial de Ayre. Este es un método muy sencillo y que recomendamos para el médico práctico: el material se extiende sobre un portaobjetos y antes de que se seque, lo que sucede en cues-

ción de segundos, debe sumergirse en el fijador de Hoffmann, o sea alcohol-éter en partes iguales. Después de un hora está bien fijado, pudiéndose sacar y enviar a un laboratorio especializado para su estudio.

Según el tipo de células que se encuentren, se clasifica el frotis en cinco grados:

- 1) Ausencia de células anormales o atípicas.
- 2) Presencia de células atípicas, pero sin anomalías estructurales (frotis inflamatorio).
- 3) Presencia de células anormales sospechosas, pero no suficientemente patognomónicas (frotis sospechoso).
- 4) Células cancerosas en número reducido.
- 5) Numerosas células netamente cancerosas.

Un citograma informado como Papanicolau I o II da un gran margen de seguridad, porque los falsos negativos son poco frecuentes. Un Papanicolau III no da ninguna solución: significa que debe seguirse investigando con repetición de la toma, raspado del cuello o empleo de los otros procedimientos. Un Papanicolau IV o V es una señal indicadora de carcinoma casi seguro, que puede ser "in situ" o invasor y obliga a la biopsia extremando las medidas para lograr el diagnóstico de localización definitivo.

c) *Colpomicroscopia*.— Utiliza un microscopio de luz refleja que permite obtener hasta 280 aumentos. Constituye una suerte de colpocitología "in situ" que exige un aparato caro y cuya utilización aún está en la etapa de investigación, siendo realmente un aparato de ultraespecialización para ser utilizado en los centros dedicados especialmente a la lucha y diagnóstico del cáncer genital.

d) *Biopsia*.— Ninguno de los métodos descritos hasta ahora es definitivo en su dictamen, lo cual no quiere decir que sean inútiles o puedan ser sustituidos con ventaja por otro como la biopsia. Es cierto que ésta es la que generalmente dice la última palabra, "el tribunal supremo del diagnóstico" como dice Botella Llusía, aunque como acota Sotero, "es justicia agregar que esa biopsia perderá todo su valor en lo que respecta a diagnóstico precoz, si no existieran esos otros procedimientos que le señalan la oportunidad de su aplicación".

Por lo tanto, conviene dejar bien aclarado aquí, que luego del examen a simple vista, los métodos auxiliares son los que preparan el camino para la biopsia.

Para hacer la biopsia se han ideado numerosos instrumentos, pero de todos ellos nos hemos quedado con el bisturí cónico

de Baiocchi, versión modificada del modelo cilíndrico utilizado por los dermatólogos, que resulta ideal para hacer una biopsia dirigida hacia una zona yodo negativa o hacia una zona sospechosa al colposcopio, pudiendo sacarse un limpio trozo de tejido sosteniéndolo con una pinza de Allis y cortando lo que llamaríamos "pedículo" con una simple tijera curva; de ese modo podemos enviar al anatomopatólogo una biopsia no atricionada, evitando sus lógicas protestas, con la ventaja además de poder hacer biopsias múltiples en un mismo cuello.

Nos parece interesante indicar aquí, como resumen y contribución para el médico no especializado, los sistemas que mejor podrían manejarse y el orden correlativo de los mismos.

- En primer término, la visión directa con espéculo.
- En segundo lugar, colpocitología y envío de las láminas para su estudio, tal como vimos antes, a un laboratorio especializado.
- En tercer lugar, limpieza y pincelación del cuello con ácido acético.
- En cuarto término, test de Schiller con tinción de yodo, que indica inmediatamente cuáles son las áreas aglucogénicas anómalas.
- Por último, biopsia de cuello en las zonas yodo negativas, que incluso puede hacerse con una pinza de disección y una tijera curva, enviando las piezas a la Posta Central o a un laboratorio especializado.

B) LESIONES NO VISIBLES NI VISUALIZABLES

Son las lesiones que asientan en el endocervix, el endometrio y eventualmente las que asientan en la trompa y el ovario.

1) *Cáncer de endocervix*

En casos avanzados puede hacerse el diagnóstico a simple vista, prestándose a confusión con el de exocervix, pero en los casos precoces, sólo por excepción puede diagnosticarse con el colposcopio, debiéndose recurrir a otros procedimientos para su investigación.

a) *Colpocitología*.— Puede ser un buen método auxiliar y las células descamadas pueden verse en los frotis hechos con las técnicas ya vistas.

b) *Legrado endocervical*.— Importante técnica a ser tenida en cuenta, sobre todo porque puede hacerse previamente a

un legrado endouterino, constituyendo lo que se denomina legrado fraccionado, y que puede dar la seguridad a un diagnóstico que clínicamente no se puede afirmar con seguridad o que colpocitológicamente no es aclaratorio. Su indicación puede depender de lo que se ha llamado "tacto instrumental", y que consiste en tocar con la punta de un instrumento como el histerómetro, el canal endocervical; la fragilidad exagerada del mismo puede ser un buen llamado de atención hacia una posible lesión desarrollándose a ese nivel y que de otra manera permanecería oculta durante algún tiempo, el necesario para que nuestra intervención llegue tarde.

2) *Cáncer de endometrio*

En general se tiene el concepto de que es un cáncer de la mujer menopáusica; nada más erróneo. Puede verse antes de la menopausia y sus síntomas pueden —si no se piensa en él— ser confundidos con otras ginecopatías sangrantes.

Como métodos para su investigación podemos utilizar los siguientes:

a) *Colpocitología oncológica vaginal*.— Tiene valor, aunque el porcentaje de falsos negativos es elevado, por lo que sólo cuenta un diagnóstico positivo. Un diagnóstico negativo no tiene valor.

b) *Colpocitología oncológica uterina*.— Tiene mucho más valor, constituyendo un método precioso para el estudio de la citología endometrial, aunque su técnica es más laboriosa y exige algunas precauciones de asepsia, a la par de algún instrumento apropiado, lo cual incluye dentro de las técnicas a efectuar en centros especializados.

c) *Legrado biópsico*.— Esta es la técnica ideal: siempre que exista una metrorragia, sólo el legrado puede dar con seguridad el diagnóstico del estado del endometrio, sea funcional o de sus alteraciones orgánicas si existieran. El legrado debe ser total, lo cual quiere decir que no deben usarse a estos fines las curetas del tipo Novak que sólo han sido designadas para el estudio funcional del endometrio.

Cuando varios legrados han sido negativos y se tiene la sospecha de un probable carcinoma, o no se ha podido llegar a un diagnóstico seguro, persistiendo la sintomatología original, está indicada la *histerosalpingografía*, técnica que en otras circunstancias no goza del favor de nuestra Clínica como elemento de

diagnóstico del cáncer de endometrio. Si ésta demostrara alguna lesión cornual, por ejemplo, se debe hacer un legrado dirigido hacia la zona sospechosa.

El legrado biopsico deberá indicarse sistemáticamente en toda metrorragia de la menopausia que, hasta prueba de lo contrario, debe ser considerada como un cáncer de endometrio. Además, y esto es muy importante, antes de decidir una intervención sobre el útero por una ginecopatía sangrante, es imperativo hacer un legrado; sólo de esa forma podremos evitar el grosero error de hacer una cirugía incompleta en un cáncer.

3) *Cáncer de trompa y ovario*

Rara vez pueden diagnosticarse por los procedimientos que venimos exponiendo. Sin embargo han sido vistas células de descamación tubáricas y ováricas en los frotis vaginales, por lo que su diagnóstico positivo tiene valor de orientación.

Con esto terminamos la exposición sobre los diferentes procedimientos que deben emplearse para efectuar el correcto diagnóstico preoperatorio de los distintos cánceres que pueden desarrollarse en el aparato genital. Como se habrá notado, hemos puesto especial énfasis en el diagnóstico precoz y sobre todo en el despistaje de las lesiones precancerosas, pero como dice Crottogini, “como base de todo, imperiosa necesidad de examinar el mayor número de mujeres, incluso supuestas sanas; sin esto, la marcha será penosamente lenta”, y nosotros agregaríamos, que en el caso que nos ocupa, mujer en trance de ser intervenida, esta omisión sería penosamente culposa.