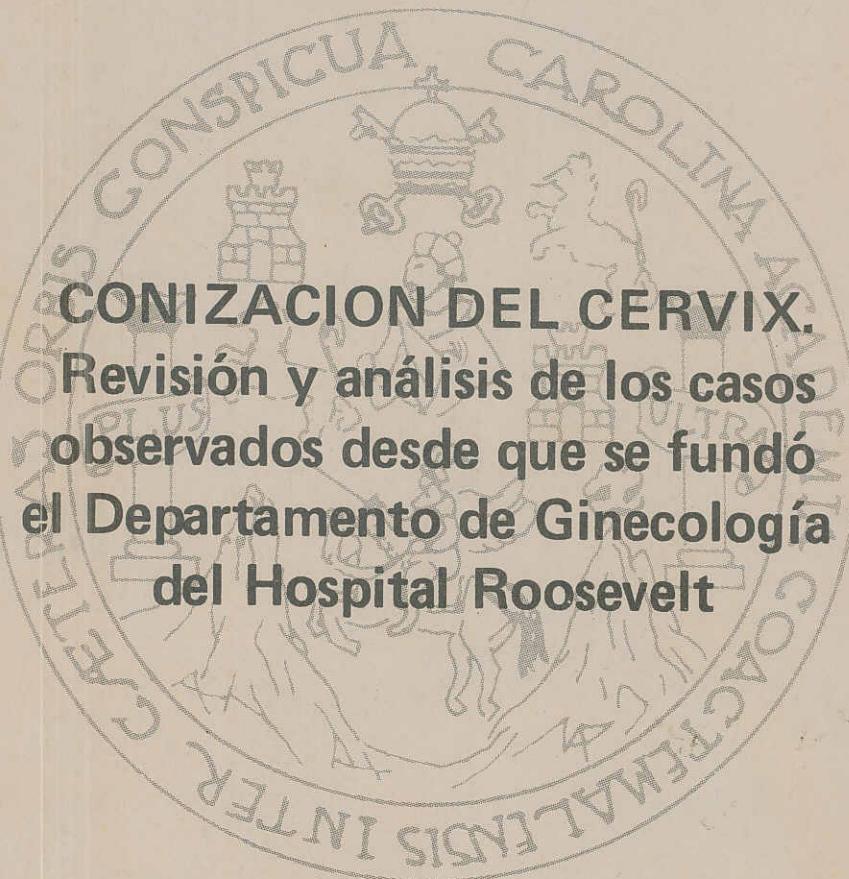


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**CONIZACION DEL CERVIX.  
Revisión y análisis de los casos  
observados desde que se fundó  
el Departamento de Ginecología  
del Hospital Roosevelt**

**PEDRO PABLO DELEON PANTOJA**

Guatemala, Julio de 1974

## **PLAN DE TESIS**

I. INTRODUCCION

II. ANTEDECENTES Y OBJETIVOS

III. MATERIAL Y METODOS

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION:

La lucha del ginecólogo contra el Carcinoma del cuello del útero, se ha convertido en una rutina diaria en su consultorio profesional, así como en los hospitales y sus respectivos servicios de consulta externa. Debido a su frecuencia tan elevada, y que sin duda alguna, es la más importante de las afecciones a que el ginecólogo tiene que enfrentarse.

Es por eso, muy importante contar con métodos seguros como medio de diagnóstico de Carcinoma del cuello del útero, y a la vez, que nos ayuden a detectar en su fase inicial el proceso neoplásico para obtener mayores éxitos en el tratamiento y poder decidir la conducta terapéutica, más adecuada en cada caso.

El valor de la conización en el diagnóstico de la neoplasia epitelial del cérvix, está definitivamente establecido, revisando la utilización de este procedimiento en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, nos dimos cuenta de que no se ha realizado un estudio de la técnica de conización como método diagnóstico de cáncer del cérvix; razón por la cual hacemos una revisión de los casos, que se sometieron a la conización desde que se fundó el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en junio de 1966 hasta diciembre de 1973.

## II. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

### A. ANTECEDENTES:

La conización del cérvix del útero, fué descrita por primera vez por Marion Simms en 1861 como "Amputación del Cérvix".<sup>25</sup> En los 25 años pasados varios artículos han sido publicados sobre esta técnica, la operación ha sobrevivido varios debates sobre si se debe hacer conización o no se debe hacer conización, fué muy popular en la década del 50 y a principios del 60, es usada en nuestros días casi exclusivamente para propósitos de diagnóstico.<sup>14-15-25</sup>

La conización es todavía necesaria, en todo caso, para definir la naturaleza y la extensión de los cambios iniciales de una neoplasia.<sup>14-15-25</sup> La conización puede practicarse con mínimas complicaciones si se ha adquirido la experiencia necesaria.<sup>9</sup>

El aparecimiento de un carcinoma del cuello uterino no es un proceso súbito, sino una secuencia patológica cuyas fases previas son: displasias, que van variando en sus características o haciéndose cada vez más extensas, carcinoma intraepitelial, y por último, carcinoma invasor.<sup>1</sup>

Es obvio y de todos conocido, que estas diversas fases pueden tener duración muy diferente y permanecer cada una de ellas quiescentes durante largos años.<sup>9</sup>

La conización es un método de determinar la fase en que se encuentra esta secuencia.<sup>9</sup>

La primera fase de todo este proceso es la denominada displasia, la cual muestra cierto grado de desorganización y pérdida de polaridad celular, pero en ella los cambios están

limitados a la capa profunda del epitelio, en tanto que las capas superficiales muestran una estratificación normal.<sup>9</sup>

Es curioso el hecho de que las imágenes conseguidas con el microscopio electrónico no difieran entre una displasia y un carcinoma intraepitelial.<sup>9</sup> Entre el carcinoma intraepitelial y el carcinoma invasor existe otra fase en la progresión del fenómeno; es la microinvasión.<sup>6-9</sup> Si en el estudio histológico solo existe displasia, es imprescindible realizar más cortes y una exploración histológica más minuciosa.<sup>9</sup>

La conización es necesaria, en todo caso, para definir la naturaleza y la extensión de los cambios iniciales de una neoplasia.<sup>14-15-25</sup>

Entre las numerosas rutinas que se encuentran en la práctica ginecológica, posiblemente sea la detección del cáncer cérvico-uterino aquella que ocupa el lugar más importante, tratando de encontrar lesiones neoplásicas malignas en las primeras fases de su desarrollo, cuando aún existe un porcentaje muy importante de curación.<sup>14-15-17</sup>

Es obligatorio investigar la naturaleza histológica de cualquier alteración o lesión del cérvix antes de aplicar tratamiento conservador o radical y aún en aquellos casos de cérvix aparentemente sanos, deben emplearse las mínimas medidas de investigación oncológica, pues con relativa frecuencia aparecen cambios o alteraciones cito o histológicos que ameritan la realización de un plan completo de detección. En muchos casos, el diagnóstico definitivo de cáncer o bien de lesiones benignas, se efectúa con relativa facilidad, pero en otras, la pequeñez de la lesión, las alteraciones de la mucosa cérvico-vaginal por parasitosis o infecciones, la situación de la lesión en el endocérvix, el embarazo, hacen difícil el estudio de las células de descamación cervical y en forma paralela, la obtención de especímenes que permiten una comprobación histológica.

Además la localización multicéntrica de las lesiones puede hacer que se actúe en más o en menos de acuerdo al diagnóstico definitivo del histopatólogo.

Por estas razones, la conización del cérvix ocupa un lugar definido en la rutina del estudio oncológico en la ginecología actual, tratando de que la actuación terapeútica se ajuste a la amplitud, de la lesión cervical.<sup>14-15-17</sup>

A pesar del gran avance logrado en el tratamiento del cáncer del cérvix, continúa siendo el diagnóstico precoz, la mejor arma contra esta afección, pues permite actuaciones terapeúticas en períodos iniciales, cuando se puede garantizar un buen porcentaje de curación.

El cuidadoso plan de detección del cáncer no puede quedar circunscrito a mujeres cercanas al climaterio, pues si la vida sexual activa se inicia durante la segunda década de la vida, el cuello uterino queda expuesto a traumatismos obstétricos, del coito y lesiones inflamatorias diversas.<sup>14-15-17</sup>

La aparición de displasias, epidermización o hiperactividad de algunos estratos celulares no llegan a afirmar la existencia de un cáncer intraepitelial y aún la aparición clara de ésta última alteración, no descarta que en áreas próximas o inmediatas a la biopsia exista carcinoma invasor. Es en estos casos en los que la conización del cérvix tiene su más precisa indicación para que del estudio histológico de múltiples cortes seriados, se pueda tener la certeza de que no existe carcinoma invasor, ó, si se inicia este con su gran potencial de propagación linfática, exigiendo una actuación terapeútica mayor.<sup>14-15-17</sup>

Antoine y Ulm en 1970 durante el VI Congreso Internacional en Nueva York comunicaron su experiencia en casi 1000 casos de conización, dejando establecido el concepto de que nadie puede hablar de cáncer pre invasor sin haber

examinado la totalidad del cuello uterino en secciones. Así debe considerarse que la biopsia simple da resultados de presición solo si el informe es un carcinoma invasor.<sup>9</sup>

La facilidad técnica del procedimiento y la mínima morbilidad presentada, lo hacen ampliamente recomendable, en algunos casos como tratamiento y en la gran mayoría como un paso para obtener la imagen histológica real de cada cérvix, única con la cual es posible indicar medidas terapéuticas específicas.<sup>17</sup>

Hay estudios en donde el diagnóstico varió desde displasia hasta carcinoma invasor y haciendo la comparación de los resultados obtenidos por la biopsia del cérvix y por la conización, la certeza del diagnóstico de la primera técnica fué de 94% y de la conización fué de 99%.<sup>23</sup>

También reportan que el porcentaje de falsos negativos resultados del examen citológico en este estudio fué alto, 22%, correlacionándose bien con las incidencias de otros autores.<sup>23</sup>

Holly y Griffiths et al, recomiendan seguir estrictamente las condiciones establecidas por ellos: Si el diagnóstico es dudoso, la conización es necesaria.<sup>23</sup>

En la literatura revisada encontramos que la opinión de los autores esta dividida sobre el primer paso escogido en el diagnóstico histológico de la neoplasia cervical. Algunos manifiestan que la biopsia del cérvix es adecuada; otros sostienen que la conización del cérvix es el único procedimiento de diagnóstico. Sin embargo otros dicen que es conveniente la biopsia del cérvix como un examen inicial seguido de la conización en casos seleccionados.<sup>23</sup>

Los autores que critican la biopsia dicen que esta no es correcta y que muchos casos de Ca invasor se pasan desapercibidos, estos críticos sostienen que la conización del cérvix es el procedimiento de diagnóstico más exacto.<sup>23</sup>

Dilts et al. Cree que la biopsia en 4 cuadrantes es adecuada para diagnóstico. El diagnóstico por conización lo considera necesario en pacientes con diagnóstico dudoso o con Ca invasor mínimo.<sup>23</sup>

El frote citológico es considerado también un elemento invaluable para detectar el cáncer cervical, sin embargo en años recientes la incidencia significativa de frotos falsos negativos, ha sido reconocida. La alta incidencia de frotos falsos negativos enfatiza la necesidad de un estudio histológico, del cérvix anormal, antes de que la terapia sea iniciada a pesar de los hallazgos en el frote citológico.<sup>23</sup>

Diferentes autores coinciden con las complicaciones ocasionadas por la conización que incluyen hemorragia inmediata o tardía, infección y perforación uterina con lesiones de los órganos abdominales. La secuela tardía de la conización puede incluir estenosis cervical o una incompetencia del cérvix, que da como resultado una infertilidad futura. 6-9-22-23

La conización esta indicada en las siguientes circunstancias:

1. Citología vaginal sospechosa o positiva, por lo menos en 2 ocasiones con o sin lesión aparente.
2. Biopsia con resultado de displasia severa o Ca in-situ.
3. Biopsia con resultado de carcinoma in-situ.

La conización es necesaria para descartar un carcinoma invasor en otra área del cuello uterino no tomada por la biopsia.  
9

Hay autores que describen diferentes técnicas de conización aduciendo que la incidencia de complicaciones es menor en cada una de ellas. 5-9-11-17-25

Los resultados obtenidos con la técnica de conización en frío del cuello y legrado fraccionado, 9 con empaque vaginal, 17 conización con cerclage del cérvix, 25 utilizando vasopresores para disminuir la hemorragia, 5-11 son reportados favorables por los diferentes autores. 5-9-11-17-25

Algunos autores indican que si se planea la histerectomía después de la conización, el intervalo entre estas operaciones debe ser menor de 48 horas o mayor de 6 semanas para evitar cirugía en un área altamente contaminada. 22-24

#### **B. OBJETIVOS:**

1. Revisión de los casos en los que se practicó conización como técnica diagnóstica de cáncer del cuello del útero, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
2. Presentación de los datos obtenidos de la revisión de las fichas clínicas de las pacientes a las cuales se les practicó conización del cérvix uterino de junio de 1966 a diciembre de 1973.
3. Análisis de los datos obtenidos del objetivo número 2.
4. Descripción del manejo de las pacientes en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
5. Descripción de la técnica de conización utilizada en el Departamento de Ginecología.
6. Revisión de los antecedentes bibliográficos acerca de la conización del Cérvix uterino.

#### **III. MATERIAL Y METODOS:**

##### **A) MATERIAL:**

1. Instalaciones y material del Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt (Delegación de la Dirección General de Estadística).
2. Archivos del Departamento de Ginecología en el Hospital Roosevelt.
3. Archivo de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
4. Registros clínicos de las pacientes, en las cuales se efectuó conización en el Hospital Roosevelt desde junio de 1966 hasta diciembre de 1973.
5. Archivos del Departamento de Citología exfoliativa del Hospital Roosevelt.
6. Archivo de cortes histológicos del Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.
7. Material Bibliográfico proporcionado por las bibliotecas de la Facultad de Medicina, INCAP, y Hospital Roosevelt.

##### **B) METODOS:**

En el Departamento de Estadística se obtuvo el número de pacientes vistas en la consulta externa de Ginecología del Hospital Roosevelt y el número de pacientes ingresadas, desde que se fundó en junio de 1966 hasta diciembre de 1973.

Pacientes vistas en las clínicas de consulta externa: 16,808

Pacientes que se han ingresado al servicio: 4,957

Luego se procedió a buscar en el archivo del Departamento de Ginecología. En los libros de sala de operaciones (del Departamento de Ginecología), se encontraron los casos a los que se les practicó conización, que fueron 37 obteniéndose así el número de registro médico en cada caso.

Se solicitaron las fichas clínicas al archivo de Registros médicos del Hospital Roosevelt, procediéndose a hacer la revisión de la ficha clínica de cada caso computándose los siguientes datos: edad, estado civil, raza, ocupación, menarquía, paridad, referencia, motivo de consulta, hallazgos clínicos, examen citológico y número de ellos, biopsia del cérvix, técnica de conización usada, informe histológico de conización, numero de secciones de las conizaciones, complicaciones, tratamiento después de conización, tiempo de control y hallazgos.

Luego se hizo la correlación del examen citológico, biopsia, conización, tratamiento y resultados obtenidos.

La observación del manejo de las pacientes para hacer su descripción fué realizada directamente en el servicio de Ginecología. Para poder hacer la descripción de la técnica de conización, se revisaron todos los registros operatorios de las pacientes sometidas a este procedimiento.

Para realizar la revisión bibliográfica acerca de la conización del cérvix uterino, se utilizó el Index Medicus de los últimos 5 años proporcionados por las bibliotecas de la Facultad de Medicina, INCAP y Hospital Roosevelt.

#### IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

**CUADRO No. 1**

**EDAD**

AÑOS	NUMERO DE CASOS
De 18 a 23 años	6
De 24 a 29 años	12
De 30 a 35 años	8
De 36 a 42 años	10
Promedio 30,9 años	

**CUADRO No. 1:**

En el cuadro anterior se puede notar que la edad de incidencia de los casos estudiados, estuvo comprendida entre los 18 a los 42 años, siendo la edad promedio de 30.9 años.

**TABLA I**

Casadas o unidas	37
Ladinas	36
Indígenas	1
Oficios domésticos	35
Técnicas en salud	2

**CUADRO No. 2****MENARQUIA**

EDAD	NUMERO DE CASOS
11 años	4
12 años	2
13 años	10
14 años	11
15 años	7
16 años	1
17 años	2

**CUADRO No. 2:**

En el cuadro anterior podemos ver que la menarquía se presentó en el grupo estudiado, comprendido en los grupos etarios en que se considera normal. 14

**CUADRO No. 3****PARIDAD DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS**

PARIDAD	NUMERO DE CASOS	o/o
3 o más	29	78.4
Secundípara	5	13.5
Primípara	3	8.1

**CUADRO No. 3:**

En el cuadro anterior podemos ver, que el mayor porcentaje (78.4o/o) de pacientes esta comprendido entre el grupo de grandes multiparas que coincide con el hallazgo estadístico, de incidencia de cáncer mayor, en este tipo de pacientes. 6-14-17.

**CUADRO No. 4****MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS**

	MOTIVO CONSULTA	No. Casos	o/o
Referidos	Referidos de APROFAM, por hallazgos positivos encontrados en el examen citológico, practicado de rutina	19	51.5o/o
	Referidos por diferentes instituciones y médicos particulares por hallazgos positivos encontrados en el examen citológico.	8	21.5o/o
Consulta personal	Por hemorragia vaginal	5	
	Por flujo vaginal	4	
	Por Dismenorrea	1	27.0o/o

TOTAL :

37

100.o/o

**CUADRO No. 4:**

Nos muestra que el mayor número de pacientes 73o/o de los casos, a los que se les practicó conización fueron referidas por otras instituciones por presentar citología positiva para Ca in-situ.

Instituciones tales como APROFAM, que efectúan dentro de los servicios que prestan, exámenes rutinarios para la detección temprana del cáncer, refirió el 51.5o/o de los casos, el menor numero de pacientes, 27o/o, no fué referido, y consultó por dolencias orgánicas muy evidentes, tales como hemorragia vaginal y flujo vaginal. 6-17-20

**CUADRO No. 5****HALLAZGOS AL EXAMEN GINECOLOGICO  
EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS**

Hallazgos	Numero de Casos	o/o
Erosión del cérvix	20	54.0
Normal	8	21.6
Flujo	4	10.8
Rasgadura del cérvix	2	5.4
Parametrio infiltrado	2	5.4
Schiller positivo	1	2.4

**CUADRO No. 5:**

El cuadro nos muestra que el hallazgo más frecuentemente encontrado es erosión cervical y otros hallazgos como flujo, rasgadura y normal que no evidencian una clara manifestación de la enfermedad subyacente de estas pacientes; casos que fácilmente pueden ser dejados pasar inadvertidos y ser detectados posteriormente, hasta que presentan un grado de patología muy avanzada y evidente.<sup>14</sup> Estos fueron detectados por el hallazgo de cambios neoplásicos en el examen de citología exfoliativa y comprobados por el examen histológico hecho después de la conización, o bien se descartó la posibilidad de neoplasia.

**CUADRO No. 6****NUMERO DE EXAMENES DE CITOLOGIA  
EXFOLIATIVA EFECTUADOS**

Número de citológicos	Número de casos
2	26
3	5
4	2

**CUADRO No. 6:**

El cuadro anterior nos indica el número de exámenes citológicos que fué necesario hacer por paciente, para tener una clara sospecha de enfermedad neoplásica, y poder pasar al siguiente procedimiento diagnóstico de biopsia y/o conización del cérvix.<sup>18-23</sup>

**NOTA:** Solo en 34 pacientes se hizo examen citológico porque en 2 de los casos se procedió a hacer biopsia del cérvix y en otro conización del cérvix porque llegó referida

con el siguiente informe de legrado uterino: formaciones papilares con células atípicas que sugieren la posibilidad de un Ca.

**CUADRO No. 7**  
**INFORMES DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA**

Informe	Número de casos	o/o
Ca in-situ	24	70.5
Displasia severa	5	14.7
Invasor	5	14.7

**CUADRO No. 7:**

El cuadro anterior nos muestra que el hallazgo más frecuentemente encontrado en las pacientes a las que se les practicó el examen de citología exfoliativa fué de Ca in-situ, 70.5o/o y el menos frecuente fué informado con Ca invasor, 14.7o/o.

**CUDARO No. 8**  
**INFORME HISTOLOGICO DE LA BIOPSIA DEL CERVIX**

Informe	Número de casos	o/o
Ca in-situ	6	42.8
Negativa	5	35.7
Displasia moderada	1	7.1
Displasia severa	1	7.1
Ca in-situ y microinvasor	1	7.1

**CUADRO No. 8:**

En el cuadro anterior podemos ver notoriamente el número de casos informados negativos; 35.7o/o pero que sí tenían lesión cancerosa, que fue comprobada por la conización del cérvix.

Esto coincide con lo encontrado en la literatura revisada, de que la biopsia del cérvix da un 94o/o de exactitud diagnóstica y que la conización da un 99o/o de exactitud diagnóstica. 14-23

**CUADRO No. 9**  
**RESULTADOS DE LOS INFORMES HISTOLOGICOS DE LA CONIZACION DEL CERVIX**

Informe	Número de casos	o/o
Ca in-situ con extensión glandular	10	27.0
Ca in-situ	9	24.3
Negativa	7	18.9
Displasia leve	1	2.7
Displasia moderada	3	8.1
Displasia severa	1	2.7
Microinvasor	5	13.5
Invasor	1	2.7

**CUADRO No. 9:**

El cuadro anterior describe los hallazgos hechos al examen histológico con el material obtenido por conización del cérvix, llama la atención los 7 informados negativos, 18.9% de los casos, que serán analizados en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 10**

Conización	Citológico
Negativo	Ca in-situ
Negativo	Ca in-situ
Negativo	Ca in-situ
Negativo	Ca invasor
Negativo	Varios sospechosos de Ca in-situ: 4
Negativo	No se hizo, fue referida con legrado que sugería posibilidad de Ca.
Negativo	No se hizo por hallazgos sugestivos de Ca y hemorragia.

**CUADRO No. 10:**

En el cuadro podemos ver que el examen de citología exfoliativa, de material obtenido por legrado y hallazgos al examen físico no son datos suficientes para poder afirmar que existe una lesión neoplásica esto coincide con los datos que reporta la literatura revisada. 9-14-17-20-23

**CUADRO No. 11**
**NUMERO DE CORTES POR CONO OBTENIDO DESPUES DE LA CONIZACION**

Secciones	Número de casos
4	2
5	3
7	3
8	1
9	3
10	4
12	3
13	1
14	1
15	2
16	2
17	1
18	3
19	2
20	1
22	1
25	1
29	1
30	1
50	1

**CUADRO No. 11:**

En el cuadro anterior podemos ver que hay conos a los que se les hicieron 4, 5, 7, 8 y 9 secciones; y solamente a 2 casos

se les hicieron 30 y 50 secciones respectivamente. De todos los casos 7 conos fueron reportados negativos, habiéndoseles hecho a 2 casos 5 secciones y a los otros 9,15,18,19 y 20 secciones respectivamente. El número tan reducido de secciones en la mayoría de los casos se debe a que en el Departamento de Patología del Hospital Roosevelt al encontrar Ca in-situ ya no continúan haciendo mas secciones, a menos que exista sospecha de invasión, por las limitaciones de recursos materiales y humanos del Departamento. No se hacen más secciones para descartar microinvasión, ya que la conducta terapéutica para Ca in-situ y microinvasor es la misma. En los casos en que no se encuentra carcinoma intraepitelial se hacen 30,50 o más secciones con el objeto de que se estudie la totalidad del cono y estar seguros de que no hay enfermedad neoplásica considerándose los casos reportados negativos, como error de manejo por el insuficiente número de secciones para su estudio histológico completo. (\*)

(\*) Comunicación personal del Dr. Jorge Rosal, Jefe del Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.

#### CUADRO No. 12

#### HEMORRAGIA

Número de casos	Número de días post-conización	o/o
1	1 díá	
1	5o. díá	
2	8o. díá	10.8
1	9o. díá	
1	11o. díá	
1	12o. díá	8.1

#### CUADRO No. 12:

En el cuadro anterior podemos ver el tiempo en que se presentó la hemorragia como única complicación, habiendo presentado hemorragia en los primeros 8 días post-conización 4 pacientes, 10.8% de los casos y después de los primeros 8 días, 3 pacientes; 8.1% de los casos, hubo necesidad de colocarles puntos a 4 pacientes además de tratarlas con reposo absoluto; empaque vaginal y transfusiones, en los otros 3 casos cedió la hemorragia solo con reposo, empaque vaginal y transfusión, la evolución fue satisfactoria en todos los casos y se les dió egreso después de estar en observación. Lo que coincide con la complicación más frecuente reportada por diferentes autores.  
6-9-22-23

De los 37 casos a los que se les practicó conización solamente 12 casos tenían examen citológico, biopsia del cérvix y conización, la correlación de estos casos se presenta en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 13**  
**CORRELACION DE INFORMES DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA, BIOPSIA Y CONIZACION DEL CERVIX UTERINO, TRATAMIENTO Y CONTROL**

Edad	Citológico	Biopsia	Conización	No. de cortes	Tratamiento y resultado	Control
1 29	Displasia	Ca in-situ	Ca in-situ microinvasor	7	Hist. vaginal enf. residual negativa	no volvió
2 38	Displasia	Ca in-situ	Ca in-situ	13	Hist. vaginal enf. residual negativa	Normal 24 meses
3 35	Displasia	Ca in-situ microinvasor	Ca in-situ	7	Hist. vaginal Enf. residual negativa	no volvió
4 32	Ca in-situ	Ca in-situ	Ca in-situ	14	Hist. vaginal enf. residual negativa	Normal 30 meses
5 25	Displasia	Ca in-situ	Ca in-situ	30	Displasia severa focal	Normal 12 meses
6 25	Ca in-situ	Ca in-situ microinvasor	Ca in-situ	4	Hist. vaginal enf. residual negativa	Normal 12 meses
7 26	Ca in-situ	Displasia	Displasia	16	conización	Normal 18 meses
8 +35	Ca in-situ negativo	negativo	negativo	18	conización	no volvió
9 +20	Ca escamoso negativo	negativo	negativo	20	conización	Normal 36 meses
10 +28	sospechosos negativo	negativo	negativo	9	conización	Normal 15 meses
11 *41	Ca in-situ negativo	Displasia	Ca escamoso moderadamente diferenciado invasor	22	Hist. vaginal enf. residual negativa	no volvió
12 *38	Ca invasor negativo			25	Hist. abd. Rad. Enf. residual negativa	Normal 6 meses no volvió

**CUADRO No. 13:**

El cuadro anterior nos dà la información principal de las 12 pacientes a las cuales se les efectuó los procedimientos diagnósticos de citología exfoliativa, biopsia del cérvix y conización. En este cuadro podemos ver que la conización pudo confirmar enfermedad neoplásica en 2 pacientes \* cuyas biopsias no demuestran evidencia de enfermedad neoplásica. En 3 pacientes se demostró la ausencia de enfermedad neoplásica, que previamente había sido encontrada por citología exfoliativa y era negativa la biopsia del cérvix.

En 3 de las pacientes + se consideró la conización como medida terapéutica y el control de estas pacientes fue considerado normal por un período comprendido de 12 a 18 meses después del cual ya no volvieron perdiéndose los casos.

Los casos restantes en las que se encontró enfermedad neoplásica por conización fueron hysterectomizadas y en ellas no se encontró evidencia de enfermedad residual a excepción de uno que presentó displasia focal severa.

Los casos que fueron hysterectomizados fue por que en la conización se encontró Ca in-situ y en un caso Ca invasor.

El 33% de las pacientes por razones para nosotros ignoradas no volvieron a control a la consulta externa, y el 76% durante un período comprendido entre 1 a 3 años continuaron en control por la consulta externa, ausentándose voluntariamente.

De los 37 casos de conización, a 32 se les practicó legrado uterino, de los cuales 7 no fueron informados por el Departamento de Anatomía Patológica y los 25 restantes fueron informados normales.

\* Ver casos 11 y 12.

+ Ver casos 8, 9 y 10.

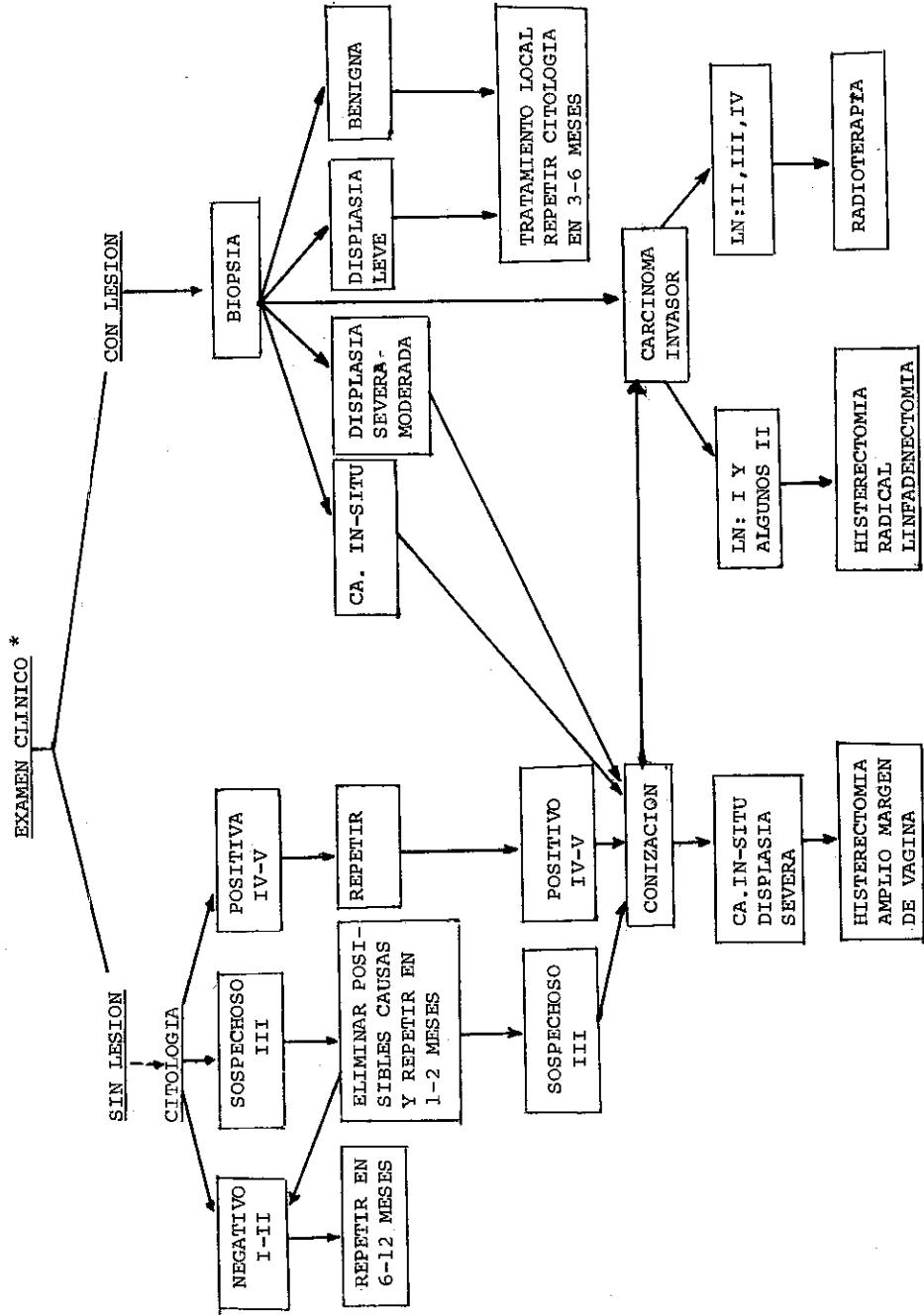
## MANEJO DE LA PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

1. A toda paciente que consulta se le hace una historia clínica, un examen físico, un examen ginecológico y exámenes de laboratorio de acuerdo a la edad:
  - a) Menores de 40 años:  
Hb, Ht, recuento y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, heces, orina, VDRL, grupo sanguíneo, factor Rh y Rx torax.
  - b) Mayores de 40 años:  
Hb, Ht, recuento y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, heces, orina, VDRL, grupos sanguíneo, factor Rh, Rx torax, química sanguínea y electrocardiograma.
2. Examen de Citología exfoliativa del cérvix uterino.
  - a) Si es informado negativo se repite cada año.
  - b) Si es informado como sospechoso o positivo se repite al mes, previo tratamiento de infección o parásitos.
  - c) Si el examen practicado al mes, es informado igual se le practica conización.
  - d) Si hubiera biopsia negativa practicada fuera del hospital y la citología fuera positiva, se practica conización.

3. A las pacientes que se les ha efectuado conización y esta es positiva, para Ca in-situ y no pueden ser controladas en la consulta externa para someterlas a exámenes periódicos se les efectúa histerectomía.

A las que se les puede controlar por consulta externa, o existen otras causas para adoptar una conducta conservadora, se considera el procedimiento de conización del cérvix como tratamiento, efectuando exámenes citológicos periódicos y si alguno de los exámenes citológicos de control fuera informado anormal se procede a efectuar histerectomía.

En el siguiente cuadro se puede observar el orden que se sigue en el manejo de las pacientes y el tratamiento que se les proporciona en el Departamento de Ginecología.



\* Proporcionado por: Dr. Francisco Bauer Paiz, Jefe del Departamento de Ginecología.

## TECNICA QUIRURGICA DE CONIZACION

La técnica de conización del cérvix uterino, utilizada en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, es la misma en todos los casos, y se describe a continuación:

1. Se coloca a la paciente en posición ginecológica y se procede a practicar asepsia de la región perineal, y vulvar de la paciente, luego se colocan los campos operatorios.
2. Se separan los labios menores, fijándolos con puntos de algodón a los campos operatorios, se separan las paredes vaginales con valvas de Heaney.
3. Se pinza y tracciona el cuello con 2 tenáculos.
4. Se colocan 2 puntos con catgut cromizado No. 0 en ambos lados del cuello uterino, a las 3 y a las 9 según las agujas del reloj, para hemostasis de los vasos cervicales.
5. Se hace una incisión circular 2 cm arriba del orificio externo, se diseña la mucosa vaginal y se hace un corte en cono del cérvix con bisturí hasta el orificio interno.
6. Se dilata el cuello con dilatadores de Hegar y se practica legrado uterino.
7. Se colocan puntos de Sturmdorf, primero en el labio anterior y luego en el labio posterior, y se colocan puntos a ambos lados del cuello si se considera necesario.
8. Se deja tubo de goma en la luz del cuello por 4 a 5 días.

**V. CONCLUSIONES:**

1. El estudio histológico del cérvix nos proporciona un diagnóstico definitivo de la lesión neoplásica que lo afecta y de la potencialidad de invasión de la misma.
2. La técnica de conización, es el método diagnóstico más adecuado para efectuar un estudio histológico completo del cérvix uterino.
3. El examen de citología exfoliativa del cérvix es un elemento valioso para la detección de enfermedad neoplásica, pero se debe completar con el estudio histológico de la totalidad del cérvix, para tener un diagnóstico seguro y así adoptar la conducta terapéutica más adecuada en cada caso.
4. La única complicación presentada fue hemorragia, 18.9% de los casos, respondiendo satisfactoriamente al tratamiento establecido.
5. El control por consulta externa de los casos tratados, no se le puede llevar a todas las pacientes, ya que la mayoría solamente asisten durante algún tiempo y luego ya no vuelven, perdiéndose así los casos.
6. En el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt se le ofrece a las pacientes una atención completa, racional y lógica orientada a hacer un diagnóstico seguro y un tratamiento eficaz.

## VI. RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a las conclusiones de nuestro estudio recomendamos que en toda paciente en la que existe duda diagnóstica de carcinoma del cérvix uterino, debe ser efectuada conización.
2. Realizar las diligencias necesarias para que en el Departamento de Patología se establezca un número determinado de cortes en los conos encontrados negativos, para su estudio histológico completo.
3. Se efectúe legrado uterino a todas las pacientes que son sometidas a conización, salvo exista un embarazo.
4. Establecer un trabajo combinado con el Servicio Social de consulta externa para así poder tener los datos de la evolución clínica de estas pacientes y establecer las causas por las que ya no vuelven.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Albrechtsen, R., et al. Prognostic accuracy of cervical cone biopsy. *Dan Med Bull* 19(4):119-21, Jun 72.
2. Bolognese, R.J., et al. Cervical conization in pregnancy. *Surg Gynec Obstet* 128(6): 1244-6, Jun 69.
3. Daskal, J.L., et al. Cone biopsy of the cervix during pregnancy. *Obstet Gynec* 32(1):1-5, Jul 68.
4. Davis, R.M., et al. Cervical conization an experience with 400 patients. *Obstet Gynecol* 40(1):23-7, Jul 72.
5. Delee, S.T., Technic for relatively bloodless cervical conization. *Int Surg* 50(12):549-51, Dec 68.
6. Flores Carreras, O., et al. Biopsia cónica. *Ginecol Obstet Mex* 31(184):187-92, Feb 72.
7. Fowleer, W.C. Jr., et al. Impact of dysplasia clinic on cervical conization rates. *Obstet Gynecol* 38(4):609-12, Oct. 71.
8. Gupta, R.K., Frozen sections in cervical conization. A cytohistopathologic approach in the early diagnosis of carcinoma cervix. *Obstet Gynecol* 38(2):248-50, Aug 71.
9. Hernández Roman, P., et al. Conización, un método en el diagnóstico de procesos malignos en el cérvix del útero. *Prensa Med Mex* 37(1-2):17-24, En-feb, 72.

10. Hollyock, V.E., et al. The use of the colposcope in the selection of patients for cervical cone biopsy. *Am J Obstet Gynecol* 114(2):185-9, 15 Sep 72.
11. Honas, A.G. Jr., Cervical cone biopsies with the use of a solution of vasopressin and oxidized gauze packing. *Am J Obstet Gynecol* 117(2):188-93, 15 Sep 73.
12. Kullander, S., et al. Treatment of carcinoma in situ of the cervix uteri by conization. A five-year follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand* 50(2):153-7, Feb 1971.
13. Kullander, S., et al. The uterine cervix before and after cold-knife conization. *Acta Obstet Gynecol Scand* 48(2):258-66, Feb. 1969.
14. Novak, Edmund R. Jones, Georgeanna Seeagar y Jones, Howard W. Jr. Carcinoma del cuello. En su: Tratado de ginecología. Trad. por Alberto Folch y Pi. 8 ed. México, Interamericana, 1971. pp. 267-85.
15. Novak, Edmund R. Woodruff, Donald. Carcinoma del cérvix. En su: Ginecología y Ostetricia tratado anatomicoatológico, clínico y endocrinológico de Novak. Trad. por Manuel Martínez de Victoria Juguera. 3 ed. España, Alhambra, 1970. pp. 101-23.
16. Ramírez Soto, E., et al. Conización cervical. *Ginec Obstet Mex* 26(154):213-20, ag 69.
17. Ramse, O.B. Conization in invasive carcinoma of the cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 50 suppl 9:81, 1971.
18. Robbins, Stanley L. Anomalías del crecimiento celular. En su: Tratado de patología con aplicación clínica. Trad. por Alberto Folch y Pi. Homero Vela Treviño. 2 ed. Mexico, Interamericana, 1966. pp. 27-30.

19. Rodríguez Armas, O., et al. Conización e hysterectomía en el carcinoma in situ del cuello uterino. *Rev. Obstet Gynecol venez* 30(3):419-23, Sep 1970.
20. Rubio, C.A., et al. Residual disease after conisation for carcinoma in-situ of cervix. *Lancet* 2(7684):1183-4, 5 Dec 70.
21. Sabatelle, R., et al. Cervical biopsy versus conization. *Cancer* 23(3):663-7, mar 69.
22. Sabol, E.D., et al. Vasopressin injection in cervical conization. A Double-blind study. *Obstet Gynecol* 37(4):596-601, Apr 7.
23. Selim, M.A., Cervical biopsy versus conization. *Obstet Gynecol* 41(2):177-82, Feb 73.
24. Skaarup, P., et al. The incidence of complications following hysterectomy in relation to the time interval between cone biopsy of the cervix and hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 50(4):321-4, apr 1971.
25. Villasanta, U. Hemostatic "cerclage" after knife conization of the cervix. *Obstet Gynecol* 42(2):299-301, aug 73.
26. Ziel, H.K., et al. Selective conization of the cervix in endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 37(1):48-50, Jan 71.

Vo.Bo. (f) Estela Singer  
Bibliotecaria

BR.

Pedro Pablo de León Pantoja

Guillermo Vásquez Blanco

Dr. Guillermo Vásquez Blanco

Asesor.

Francisco Bauer Paiz

Dr. Francisco Bauer Paiz

Revisor.

Julio de León M.

Dr. Julio de León M.

Director de Fase III.

Francisco Sáenz Bran

Dr. Francisco Sáenz Bran

Secretario General

Vo. Bo.

Carlos Armando Soto

Dr. Carlos Armando Soto

Decano.