

LEGRADO ENDOCERVICAL EN MUJERES MENOPAUSICAS CON COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA

Dr. Leopoldo Tinoco, Dr. René Guijarro, Dr. William Fiallos,

RESUMEN

El presente es un estudio prospectivo realizado en 32 mujeres que asistieron a consulta de especialidad en el Instituto del CANCER (SOLCA) de la ciudad de Quito durante Mayo 1991 a Mayo de 1992 y presentaron colposcopia insatisfactoria.

Se considera colposcopia insatisfactoria cuando no se observa la unión escamo-columnar en un cervix atrófico sobretudo en mujeres menopáusicas o que han sido sometidas a tratamientos destructivos como electrocauterización de exocérvix.

Se observó que el 46,87 o/o de estas pacientes Ca. invasor; el 25 o/o presentaron NIC III; el 9,37 o/o presentaron NIC II y el 18,75 o/o presentaron Cervicitis Crónica.

Posteriormente esta pacientes se sometieron a tratamientos realizándose en el 18,75 o/o histerectomía radical e incluso un 18,75 o/o radioterapia.

Podemos concluir que este método es de gran utilidad para completar el diagnóstico de la patología cervical uterina y para la estrategia del tratamiento en pacientes post menopáusicas.

Introducción

En la mujer menopáusica por acción directa de las hormonas femeninas se suceden modificaciones anatómicas y funcionales. Por efecto de la carencia de estrógenos aparecen cambios en los órganos genitales externos e internos (1,2).

Además de los cambios endometriales que

llevan a la amenorrea, el resto del aparato genital sufre la supresión trófica de los estrógenos, la piel de la vulva presenta un proceso de atrofia, la involución de la vagina determina reducción de su longitud y disminución de su secreción que se torna alcalina, ulteriormente la mucosa se alisa y la luz se reduce. En el cérvix la unión pavimentoso-cilíndrica está habitualmente situada por encima del orificio externo, la misma se retrae hacia

- (1) Ginecólogo Colposcopista. Instructor.
- (2) Ginecólogo Hospital Policía Nacional.
- (3) Oncólogo Clínico Solca-Riobamba.

el conducto endocervical en su porción interna (3,4).

En la mujer menopáusica el epitelio cervical sufre disminución e involución de su epitelio. Al disminuir las cifras de estrógenos que se producen en el ovario, el número de capas del cuello disminuye, la talla de las células se reduce, el volumen se acorta el contenido de glucógeno desaparece progresivamente (5).

La atrofia menopáusica se acompaña de importantes modificaciones colposcópicas que en muchas de las veces no aportan satisfactoriamente en el diagnóstico de lesiones sospechosas así el diagnóstico de ectopía no debe formularse sino en el caso de que el epitelio glandular presente papilas indiscutibles y cuando la unión escamo-columnar se ve de manera definida con su debordamiento y su ribete blanco (6).

Si revisamos estudios e investigaciones de diversas zonas del mundo podemos ver lo difícil que se vuelve la colposcopia para el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad en las mujeres menopáusicas a tal punto que se consideran colposcopías insatisfactorias.

Al definir la colposcopia insatisfactoria diremos que se presenta cuando no se observa la unión escamo-columnar entera en un cérvix atrófico de pacientes añosas sobre todo menopáusicas o que han sido sometidas a tratamientos destructivos como electrofulguración del exocérvix; porque la unión escamo-columnar se extiende completa o parcialmente dentro del canal endocervical fuera del rango de la colposcopia (6,7,8).

Al encontrarse frente a esta difícil situación el ginecólogo debe realizarse de rutina un legrado endocervical que nos ayuda a la evaluación de aquellas pacientes en las cuales existe una citología anormal. Estas pacientes pueden albergar metaplasia cervical

intraepitelial o carcinomas invasores ocultos. El carcinoma escamoso del cuello y su precursor la neoplasia intraepitelial cervical NIC típicamente surge de la zona de transformación del cérvix (5,6,8).

Materiales y Métodos:

Un total de 32 pacientes que presentaron colposcopia insatisfactoria y que acudieron al Instituto del Cáncer de la ciudad de Quito SOLCA entre Mayo de 1991 a Mayo de 1992 fueron sometidas a legrado endocervical.

Se efectuó examen colposcópico con un colposcopio CARL ZEISS de 16x biocular con filtro verde, con buena movilidad óptica en todos los sentidos y distancia focal entre el objetivo y el cuello. Una adecuada examinación colposcópica no permitieron observar en las mismas la zona de transformación típica sea parcial o íntegramente.

Al no obtener un resultado colposcópico satisfactorio se realizó biopsia directa y legrado endocervical con pinza de biopsia Kevorkian y cureta fenestrada No. 3 respectivamente.

El criterio utilizado para una colposcopia insatisfactoria fue: la zona de transformación anormal no fue enteramente visible pues esta se extendió dentro del canal endocervical fuera del rango de la colposcopia.

Resultados:

Edad:

La edad promedio de las pacientes que se sometieron a este procedimiento fue de 59,43 años.

Ocupación:

El 75 o/o de las pacientes realiza labores domésticas.

Educación:

Más del 80 o/o de las pacientes tenían un

nivel educacional bajo.

Condiciones socio-económicas:

El 100 o/o de las pacientes eran de condiciones socio-económicas bajas.

Vida Obstétrica y Sexual:

Menarquia:

Se presentó en promedio a los 13,6 años.

Inicio de la vida sexual:

La edad promedio del primer coito fue a los 17,87 años.

Gestaciones:

El 96,87 o/o de las mujeres eran gran multiparas con promedio de más de 5 embarazos.

Menopausia:

Se presentó a los 49,67 años en promedio.

Citología:

Clase 0 4 pacientes que representa el 12,5 o/o

Clase II 2 pacientes que representa el 5,9 o/o

NIC I 2 pacientes que representa el 5,9 o/o

NIC II 6 pacientes que representa el 18,7 o/o

NIC III 11 pacientes que representa el 34,37 o/o

Clase V 7 pacientes que representa el 21,87 o/o

Se desprende que más del 50 o/o de estas pacientes presentaron NIC Neoplasia intraepitelial cervical.

Histología de los Legrados:

Cervicitis

crónica 6 pacientes que representa el 18,75 o/o

NIC II 3 pacientes que representan el 9,37 o/o

NIC III 8 pacientes que representan el 25,0 o/o

Ca. invasor 15 pacientes que representan el 46,87 o/o

El 46 o/o de las pacientes presentaron Ca. invasor en mujeres que presentaban una colposcopia insatisfactoria.

Procedimiento y Tratamiento:

Tratamiento clínico se sometieron 7 pacientes que representan el 21,87 o/o.

Crioterapia se realizó en dos pacientes y representa el 6,25 o/o. Conización se efectuó en 3 mujeres y representa el 9,37 o/o.

Histerectomía simple se realizó en 6 pacientes que representa el 18,75 o/o.

Histerectomía radical se realizó en 6 pacientes que equivalen al 18,75 o/o de los casos.

Radioterapia en 6 pacientes y equivale al 18,75 o/o. Abandonan el 6,25 o/o de las pacientes el tratamiento indicado.

Una paciente que presentó cervicitis crónica en el legrado endocervical fue sometida a legrado endometrial que resultó positivo para adenocarcinoma de endometrio.

El 28,12 o/o de las pacientes estudiadas tuvieron signos sugestivos de infección de HPV encontrándose en una de ellas condiloma atípico.

Análisis de los Resultados:

Al igual que lo observado por Talebian (9) utilizando biopsia cervical y curetaje endocervical en pacientes con colposcopia insatisfactoria reportando que el 100 o/o de las

pacientes presentan serias displasias nosotros observamos que el 62 o/o de nuestras pacientes presentaron displasia es decir NIC en sus diferentes grados.

Al comparar nuestro estudio podemos encontrar que el legrado endocervical nos reportó Ca. invasor en el 46,87 o/o de las pacientes cifras que se correlacionan o son comparables a las halladas por Urcuyo (10) que en una investigación efectuada encuentra que el 57,3 o/o de las pacientes presentan carcinoma invasor.

Al correlacionar las citologías con los exámenes histopatológicos podemos observar una correlación entre los diagnósticos de Neoplasia Intraepitelial cervical, pero no así en el diagnóstico de Ca. invasor en donde el estudio histopatológico fue de suma importancia pues este duplicó los hallazgos encontrados en el estudio histopatológico con los encontrados en las citologías.

Swan (12) utilizando biopsia cervical junto a legrado endocervical y comparando los diagnósticos ve que el 98 o/o de estos se correlacionan, en nuestro estudio pudimos observar igual correlación.

Al comparar nuestro estudio al realizado por Drescher vemos que los resultados positivos del legrado endocervical para patología maligna (13) son similares a lo que concluimos que el legrado endocervical es una ayuda invaluable en una colposcopia insatisfactoria.

En el presente estudio el legrado endocervical contribuye significativamente en el diagnóstico correcto de pacientes con lesiones sugestivas en colposcopías insatisfactorias.

Conclusiones:

En el presente estudio el legrado endocervical contribuye significativamente en el

diagnóstico certero de pacientes con lesiones sospechosas a nivel de la unión escamo-columnar de difícil acceso por colposcopia, inclusive es de gran ayuda cuando se debe seleccionar el tratamiento que se ofrecerá a esta paciente pues como vemos 15 de estas pacientes presentaron en sus histopatologías Ca. invasor.

Utilizando la información que nos da el legrado endocervical se disminuye el número de conizaciones diagnósticas y unicamente estas se los utiliza como tratamiento de lesiones endocervicales.

Las pacientes con un legrado endocervical positivo son seleccionadas para tratamiento definitivo sea este conización, histerectomía simple, histerectomía radical o tratamiento de radioterapia.

Bibliografía:

1. Comparato, M.: *Hormonoterapia en el Clímatario: Terapia hormonal en Ginecología.* 218:240, 1988.
2. Dewhurst J., *Vaginitis Atrófica.* *Obstet. Gynecol* 3:941., 1985.
3. Pasqualini R., and Pasqualini R.S., *Climaterio: Endocrinología para Ginecología y Obstetricia.* 150-160, 1983.
4. Jones H.W., and Jones G., *Tratado de Ginecología de Novak* 806-809., Décima edición 1984.
5. Bonilla-Musoles F., *El cuello uterino normal: El cuello uterino y sus enfermedades* 27-81., 1978.
6. Cartier R., *Colposcopia práctica.*, 38-42, 1978.
7. Kenneth D., Hatch KD., Shingleton H., Orr J., Gore H., and Soong S., *Role of endocervical curettage in Colposcopy.* *Obstet Gynecol*

- col 65:403, 1985.
8. Soisson A.P., Molina C., Benson W.L., Endocervical curettage in the evaluation of cervical disease in patients with adequate colposcopy. *Obstet Gynecol* 71: 109, 1988.
 9. Talebian F., Shayan A., Krunholz BA et al: Evaluación colposcópica en pacientes con citología cervical anormal. *Obstet Gynecol* 49: 670, 1977.
 10. Swan R. W., Evaluation of colposcopic accuracy without endocervical curettage. *Obstet Gynecol* 53: 680, 1979.
 11. Andersen W., Frierson H., Barber Shannon and col., Sensitivity and specificity of endocervical curettage and the endocervical brush for the evaluation of the endocervical canal. *Am J Obstet Gynecol* 702-708, 1988.
 12. Urcuyu R., Rome RM., Nelson JH., Some observations on the value of endocervical curettage performed as an integral part of colposcopic examination of patients with abnormal cervical cytology *AM J Obstet Gynecol* 128: 787, 1977.
 13. Drescher C., Peters W., Roberts J., Contribution of Endocervical Curettage in Evaluation Abnormal Cervical Cytology 62: 643, 1986.