

## CARCINOMA MICROINVASIVO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Leopoldo Tinoco M. \*, Dr. Napoleón Yáñez \*\*,  
Dr. Francisco Cáceres \*\*\*\*

### RESUMEN

*Este estudio se realizó en el Instituto del Cáncer (SOLCA QUITO) durante los años 1990-1991.*

*Se tomó como referencia la presencia de células malignas que rompen la membrana basal y que no sobrepasan los 5mm de esta.*

*El microcarcinoma se encontró en 103 pacientes que corresponden al 8.33 o/o de las patologías cervicales uterinas.*

*La edad promedio en la que se diagnosticó esta patología correspondió a los 40.13 años, promedio de edad de inicio de vida sexual, fue de 18.01 años, el 61.70 o/o de las pacientes fueron multigestas.*

*Los signos y síntomas más importantes fueron el escurrimiento genital amarillo, dispareunia y la sinusorragia.*

*La correlación citocolpohistopatológica fue del 83.5 teniendo en consideración el diagnóstico.*

*Los aspectos colposcópicos más importantes que se encontraron fueron los vasos atípicos, el puntillado y el mosaico.*

*Se realizó conización en 20 pacientes, histerectomía post cono en 37, histerectomía directa sin cono en 31 e histerectomía radical 15 pacientes.*

*La conización es un método importante para el diagnóstico y la estrategia del tratamiento en esta patología, evitando cirugías exageradas que aumentan la morbimortalidad de las pacientes y costos hospitalarios.*

\* Ginecólogo: Profesor de Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Médico Tratante en el Instituto del Cáncer SOLCA.

\*\* Cirujano-Oncólogo del Instituto del Cáncer (SOLCA).

\*\*\*\* Residente del Instituto del Cáncer SOLCA.

## Introducción

MESTWERDT desde 1946 al realizar estudios retrospectivos del comportamiento del cáncer escamoso del cervix uterino, encontró un grupo de estos tumores que tenían una evolución clínica favorable. Este criterio lo llevó a emitir el concepto de microcarcinoma distinguiendo que la invasión incipiente del estroma no sobrepasaba los 7.7 mm. como máximo. (1,2).

En 1961 la FIGO subdividió oficialmente al carcinoma del cervix uterino al estadio I en estadio Ia y Ib.

El estadio incluye la invasión precoz del estroma (Ca preclínico) o el así llamado Carcinoma microinvasivo.

En 1971 la FIGO subdivide al estadio Ia en: (a) para identificar a la invasión precoz del estroma y (b) al cáncer oculto. En 1976 vuelve la FIGO a incluir a la categoría de Ib al cáncer invasor oculto, particularizando de esta manera el estadio Ia al carcinoma microinvasivo. (2,3).

El debate principal y que se presta para diversas interpretaciones es lo referente a la profundidad de la invasión del estroma que separa esta lesión (Ia) de un cáncer invasor franco (Ib). (4,5).

Diversos autores dividen esta lesión en algún punto entre los 3 mm a los 5 mm de invasión del estroma por debajo de la membrana basal en ausencia de un compromiso microlinfvascular. (6,7,8,9).

Un carcinoma microinvasivo (Ia) puede ser descrito después del diagnóstico microscópico de invasión precoz del estroma realizado antes del tratamiento (Annual report vo. 16).

Se estima que no es aceptable para el

diagnóstico definitivo de Ca microinvasor los especímenes oriundas de biopsia (3) y que un diagnóstico anatómo-patológico es válido apenas cuando se dispone de una pieza de conización. (1,3,10,11).

En lo referente al tratamiento el tema fundamental era la presencia de metastasis ganglionares linfáticas pelvianas ocultas que presupone un mal pronóstico y por ende una conducta quirúrgica más radical. (12,13,14, 15).

Al respecto existe un estudio clásico que lo efectuó BURGHARDT durante los años 1958 a 1974 en la que estudió 282 casos de Ca microinvasivo en que demostró que la característica más importante del tumor era su volumen y que en los casos con menos de 500 mm<sup>3</sup> (cúbicos) (5 mm de profundidad, 5 mm de ancho y 10 mm de largo) no hubo extensión ganglionar linfática pelviana ni se registró ni un solo caso de recurrencia pelviana de dicho tumor.

Este es el primer estudio que estableció líneas directrices claras y definitorias de un parámetro tridimensional (volumen) de la lesión.

Con esta demostración mas los estudios de diversos autores entre ellos AVERETTE Y NELSON que encontró cero de metastasis en un estudio de 162 pacientes que tuvieron diagnóstico de Ca microinvasivo de 1 mm de profundidad. SASKI, ABELL, MORLEY también encontraron cero de metastasis en una serie de 37 pacientes con 3 mm de profundidad. Aunque no existe un tratamiento de rutina, porque cada paciente requiere de un análisis individual a esta patología se la trata con histerectomía total extrafacial abdominal mas manguito vaginal (7,11,16,17, 18,19,20).

En caso intermedio entre estadio Ia y Ib, se lo diagnostica como Ia y se lo trata como

si fuera Ib. De acuerdo a la clasificación internacional requiere la utilización del estadio inferior en cualquier lesión cuestionable.

La tasa de curación de esta patología en 5 años es de 98 o/o al 99 o/o. Si se sometiera a histerectomía radical solo se curaría la mitad o sea el 1 o/o, siendo la tasa de mortalidad para la histerectomía radical de 0.9 o/o que es idéntica a la tasa de curación adicional. (21)

**Material y Método**

Este es un trabajo retrospectivo de pesquisa para evaluación de los procedimientos que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Se lo realizó en el Instituto del Cáncer (SOLCA-QUITO) durante los años 1990-1991 al revisar 103 historias clínicas de pacientes que tuvieron diagnóstico Ca microinvasivo que corresponde al 8.33 o/o de la patología cervical uterina (PCU).

**Resultados**

La edad promedio a la que se diagnosticó el Ca microinvasivo fue de 40.1 años con edades que fluctuaron desde los 24 a los 72 años.

**Antecedentes Gineco-Obstétricos**

Menarquia . . . . . 13.6 años (promedio)  
 Inicio de vida sex . . . 18.0 años (promedio)  
 El 100 o/o de las pacientes tuvieron mas de 10 años de vida sexual.

**Síntomas y Signos**

Escurrecimiento amarillo . . . . . 33.5 o/o  
 Dispareunia . . . . . 16.4 o/o  
 Sinusorragia . . . . . 13.4 o/o  
 Prurito . . . . . 13.4 o/o  
 Escurrecimiento hemático . . . . . 9.1 o/o  
 Sangrado . . . . . 4.2 o/o

Cuatro son los síntomas y signos más importantes que se encontraron en esta patología, lo que llama la atención la presencia de escurrecimiento amarillo signo que puede estar presente en cualquier patología cervical menos grave.

**Correlación Cito-Colpo-Histopatológica**

NIC II . . . . . 17 PTES . . . . . 16.5 o/o  
 NIC III . . . . . 70 PTES . . . . . 67.7 o/o  
 Clase V . . . . . 16 PTES . . . . . 15.5 o/o

El 83.5 o/o se puede decir que se correlacionó adecuadamente considerando que el ca microinvasivo se lo diagnostica microscópicamente.

**Aspectos Colposcópicos**

Vasos atípicos . . . . . 27.2 o/o  
 Puntillado . . . . . 26.3 o/o  
 Epitelio blanco . . . . . 15.5 o/o  
 Mosaico . . . . . 9.9 o/o  
 Leucoplasia . . . . . 8.2 o/o  
 Orificios glan espesados . . . . . 6.5 o/o

La presencia de vasos atípicos y puntillado es lo más característico que se puede demostrar en este cuadro. Sin despreciar la presencia de epitelio blanco y del mosaico.

**Diagnóstico y Tratamiento**

Conización . . . . . 20 ptes . . . . . 19.4 o/o  
 Hister post cono . . . 37 ptes . . . 35.9 o/o  
 Hister sin cono . . . 31 ptes . . . 30.1 o/o  
 Hister Rad pos con . . 4 ptes . . . 3.9 o/o  
 Hist Rad sin cono . . 11 ptes . . 10.7 o/o

El 35.9 de pacientes fueron sometidas a un protocolo completo, el 14.6 o/o de pacientes fueron sometidas a una cirugía exagerada.

## Discusión

El Ca microinvasivo es el 8.33 o/o de las patologías cervicales uterinas encontradas en el Inst del cáncer, la quinta de las patologías cervicales uterinas incluídas las cervicitis crónicas.

La edad promedio a la que se encontró esta patología fue los 40.1 años, 1.3 años mas que las NIC III (38.8 años) y a 8.5 años del promedio de edad del Ca infiltrante (48.6 años) (19).

Comparada la edad de la menarquia con el promedio de edad de aparición del Ca microinvasivo vemos que presenta un promedio de 26.5 años de influencia hormonal en los procesos de maduración de las células cervicales.

De igual manera que el anterior parámetro la vida sexual que fue de 22.1 años, encontrándose además que el 100 o/o de estas pacientes tuvieron mas de 10 años de vida sexual considerado factor de riesgo para la PCU.

Hay que anotar que la mayoría de las pacientes que concurren al Instituto para su control son de condición socio-económico baja.

Todas las pacientes que presentaron Ca microinvasivo fueron multigestas y gran multigestas (100 o/o) evidenciándose de esta manera otro factor de riesgo para la PCU.

Entre los síntomas y signos mas evidentes y que se puede particularizar en esta patología es la sinusorragia (sangrado al acto sexual) y el escaurrimiento hemático, por que el escurrimiento genital amarillo y el prurito semiológicamente pueden estar presentes en varias entidades que causan cérvico colpitis.

Siendo el Ca microinvasivo una entidad

que se lo diagnostica microscópicamente, la ayuda que nos da la citología y la colposcopia para llegar al diagnóstico es importante por que la correlación cito-colpo-histopatología es de 83.5 o/o (NIC III mas clase V).

En la colposcopia se encuentra, varios aspectos que se relacionan y que se asocian, entre estos aspectos se encuentran los vasos atípicos como mas característicos, esto tiene su razón por ser el estudio de los vasos con filtro verde el primer paso colposcópico y que nos orienta para hallar el sitio apropiado para la biopsia. Luego tenemos la presencia del puntillado, aspecto que nos demuestra la alteración del estroma y en tercer lugar el epitelio blanco, luego de la aplicación del ácido acético y nos traduce la presencia de mayor cantidad de proteínas (AN) característicos de las alteraciones neoplásicas.

En lo referente al diagnóstico ya manifestamos anteriormente que para tener un diagnóstico certero y definitivo es necesario el estudio de una pieza adecuada preferiblemente como en este estudio, se realizaron 61 conos que equivale al 59 o/o de los diagnósticos. El 19.4 o/o de pacientes (20) se quedaron en fase de cono, dato seis meses después de terminada la fecha de este trabajo. Estas pacientes fueron atendidas fuera de la institución, o por descuido no asisten para su tratamiento definitivo, situación que corresponde a trabajo social investigar.

El tratamiento que se considera adecuado a esta patología es la histerectomía extraficial abdominal luego de un diagnóstico adecuado.

En este estudio se encontró que se llevó correctamente el protocolo en 39.8 o/o. 4 de estas pacientes 3.9 o/o estuvo en duda el diagnóstico, se las trató como si fuera un estadio Ib y se las diagnosticó como la de acuerdo a la clasificación internacional de tumores, que toma en caso de duda el esta-

dío menor.

Se realizaron 11 histerectomías radicales (10.7 o/o) consideradas para esta patología una cirugía en exceso con el consiguiente riesgo de morbimortalidad y elevado costo hospitalario.

La gestación estuvo asociada al diagnóstico de Ca microinvasor en el 4.9 o/o (5 ptes). Dos de estas pacientes terminaron su gestación por cesáreas y luego se les realizó histerectomía, las otras tres pacientes abandonaron el servicio una de ellas de 6 semanas de gestación.

En caso de gestación la estrategia esta orientada en llegar a un diagnóstico definitivo y a la culminación exitosa de la gestación. La conducta cambia según los protocolos y en especial a la edad de la gestación. Si esta de menos de 8 semanas se puede intentar un cono adecuado a su estado, ya diagnosticado se realiza controles con citología y colposcopia cada tres meses y la culminación de la gestación con cesárea y luego la histerectomía. Si la gestación es pasada las 8 semanas y el diagnóstico es realizada de una buena muestra se controla cada tres meses con citología vaginal colposcopia. Se termina la gestación con cesárea y luego se realiza la histerectomía. (11).

#### Conclusiones y Recomendaciones

El Ca microinvasivo se encuentra con relativa frecuencia cuando se cumple un protocolo adecuado.

Es necesario el diagnóstico correcto y de una buena pieza anatómica para asegurar el tratamiento adecuado.

La sintomatología en esta patología no es muy evidente. Solo el 24.7 o/o presentó sintología sospechosa con sinusorragia, escurrimiento hemático y sangrado. El otro porcentaje de paciente presentó una sintomatología que puede estar presente en cualquier patología cervical.

En la colposcopia debe tomarse en consideración la importancia de los vasos atípicos con la ayuda del filtro verde.

Se recomienda realizar estudio histopatológicos de piezas adecuadas, por ser la patología cervical multifocal, y pueden estar asociadas lesiones en diferentes etapas de evolución.

El diagnóstico debe tener como base la característica mas importante que es el volumen de tumor, esta medición fue propuesta por BURGHARDT y consiste en la medición de su profundidad, ancho y largo de la lesión.

El diagnóstico preciso evita la realización de cirugías exageradas que ocasionan riesgo a la paciente y elevan los costos hospitalarios.

#### Bibliografía

1. RIEPER, J. P, FONSECA N.M: Patología Cervical. Microcarcinoma. Editorial Manole, S. Paulo, 1978, 92 (7) pp.
2. MATTINGLY, R.F, TE LINDE: Ginecología Operatoria. Ca Invasor del cervix, Editorial El Ateneo, Barcelona, 1980, 606 (14) pp.
3. COPPLESON, M, Ginecología y Obstetricia Temas Actuales vol 1/85. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cerviceo uterino invasor en etapa incipiente: 165 (77) pp.
4. JORDAN S.A. SHARP F y SINGER A (1982). Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Pre-clinical Neoplasia of the cervix London, 301 pp.
5. Wade-Euans T (1982) in Jordan JA, SHARP F y Singer A (eds) Pre-clinical Neoplasia of the cervix London. Royal College Obstet-Gynecol. 277 pp.
6. SEDLIS A. SALL S. TSUKADA y ET AL

- (1979), Micro invasive Carcinoma of the uterine cervix. A clinical-Pathology study. American Journal of Obstet and Gynecol. 97: 739.
7. VAN NAGELL JR jr, GREEN WELL N, POWELL OF Et Al (1983) Microinvasive Carcinoma of the cervix. American Journal of Obst and Gynecol. 145: 981.
  8. SESKI JC, ABELL MR, MORLEY GW (1977). microinvasive Squamous Carcinoma of the cervix. Definition Histologic Analys. Late results of treatment Obst and Gynecol. 133: 64.
  9. TAKI, SUGIMORI H, KASHIMURA y YOSHINO T (1979). Treatment of Microinvasive carcinoma Obst and Gynecol. Survey 34: 839.
  10. MALCOLM C, ANDERSON. Cuadro Histológico del cáncer cérvico Uterino Gynecol. Obst Temas Actuales. Vol/1 1985 95-127.
  11. SOVEN-SALVATORE. Manual Terapéutico en oncología Genital Femenina (1984) 1 edición Liuraria Roca Ltda: 20.
  12. BOUTSELIS, J.G; y CHARME, L: Diagnosis an Management of Stage Ia (microinvasive) Carcinoma of the cervix, AM. J Obst. Gynecol., 110, 984, 1971.
  13. KOLSTAD P (1969). Carcinoma of the cervix stage. Diagnosi and Treatment. American Journal of Obstetric and Gynecology. 104: 1015.
  14. HASAMI K, SAKAMOTO A SUGANO H (1980) Microinvasive Carcinoma of the Uterine Cervix Cancer 45: 928-931.
  15. BENZON WL, NORRIS J (1977). A Critical Review of the frequency of limpa node Metastasis and death from Microinvasive Carcinoma of the cervix. Obstet and Gynecology. 49: 632.
  16. GUSBERG. SB.; SHINGLETON, HM.; A Deppe G. eds 1988, Published by Churchill Livingstone.
  17. SEDLIS A, SALL S. TSUKADA y Et Al (1979) Microinvasive Carcinoma of the uterine cervix. A clinical-Pathology Study. American Journal of Obstetric and Gynecol. 133: 64.
  18. NELSON JH, AVERETTE HE, RICHARD RM (1975) Dysplasia and early cervical Cancer New York: Professional Education Publication American Cancer Society.
  19. L. LLANOS, F CORRAL, J TENORIO. Cancer de Cervix en Solca-Quito Revisión de 33 años (1958-1990). International Association of Cancer Registries. 1991. 12p.