

Pesquisa del carcinoma cervicouterino en la consulta diaria

Displasia del cérvix

Dr. F. Tenorio González*

En nuestro país el carcinoma cérvicouterino tiene el segundo lugar en frecuencia, después del cáncer de la piel; pero es la primera causa de muerte en la mujer mexicana a partir de los 45 años de edad.

Tiene una historia natural de larga evolución: se inicia con la hiperplasia del epitelio cervical, llamada genéricamente displasia, que aparece generalmente en mujeres jóvenes, alrededor de los 25 años de edad. Esta lesión evoluciona hacia carcinoma *in situ*, que es una lesión histológicamente maligna e irreversible, pero que no tiene capacidad para diseminarse; si no se trata, el siguiente paso es el carcinoma invasor el cual puede invadir y dar metástasis. El promedio de tiempo para la evolución de displasia a carcinoma invasor es de 20-25 años

La displasia y el carcinoma *in situ* se curan en el cien por ciento de los casos con tratamientos sencillos y no mutilantes; su supresión evita la aparición de carcinoma invasor y, por ende, la mortalidad por cáncer cérvicouterino.

Estos hechos justifican la importancia de la pesquisa o "detección" del carcinoma cérvicouterino, que consiste en el diagnóstico de esta neoplasia en enfermas asintomáticas. Los procedimientos para lograrlo son los siguientes:

1. Citología cervical.
2. Prueba de Schiller.
3. Biopsia.
4. Conización cervical.

1 La citología se debe hacer cada año en toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales, sin importar su edad y aún estando embarazada. La enferma debe abstenerse de lavados y medicamentos vaginales 48 horas

*Académico de Número de la Academia Mexicana de Cirugía. Servicio de Ginecología, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional I.M.S.S.

antes del estudio. No es conveniente hacerla durante la menstruación; pero ésta no es una contraindicación absoluta.

El procedimiento es el siguiente:

a) Sin tacto vaginal previo se coloca el espejo vaginal, sin lubricante.

b) Con un abatelenguas de madera cortado longitudinalmente se raspa el exocérvix con un extremo y el endocérvix con el otro extremo. El material así obtenido se coloca en una laminilla porta-objetos.

c) Esta laminilla se introduce en un frasco con alcohol, con éter o con ambos a partes iguales, o bien se rocía con fijador del pelo común y corriente.

La laminilla se envía al citólogo, quien informa el estudio según la clasificación de Papanicolaou, como sigue:

Clase I. Células normales.

Clase II. Atipias celulares debidas a proceso inflamatorio.

Clase III. Atipias celulares de displasia cervical sospechosas de malignidad (sospechosa).

Clase IV. Atipias celulares muy sospechosas de malignidad. (positiva).

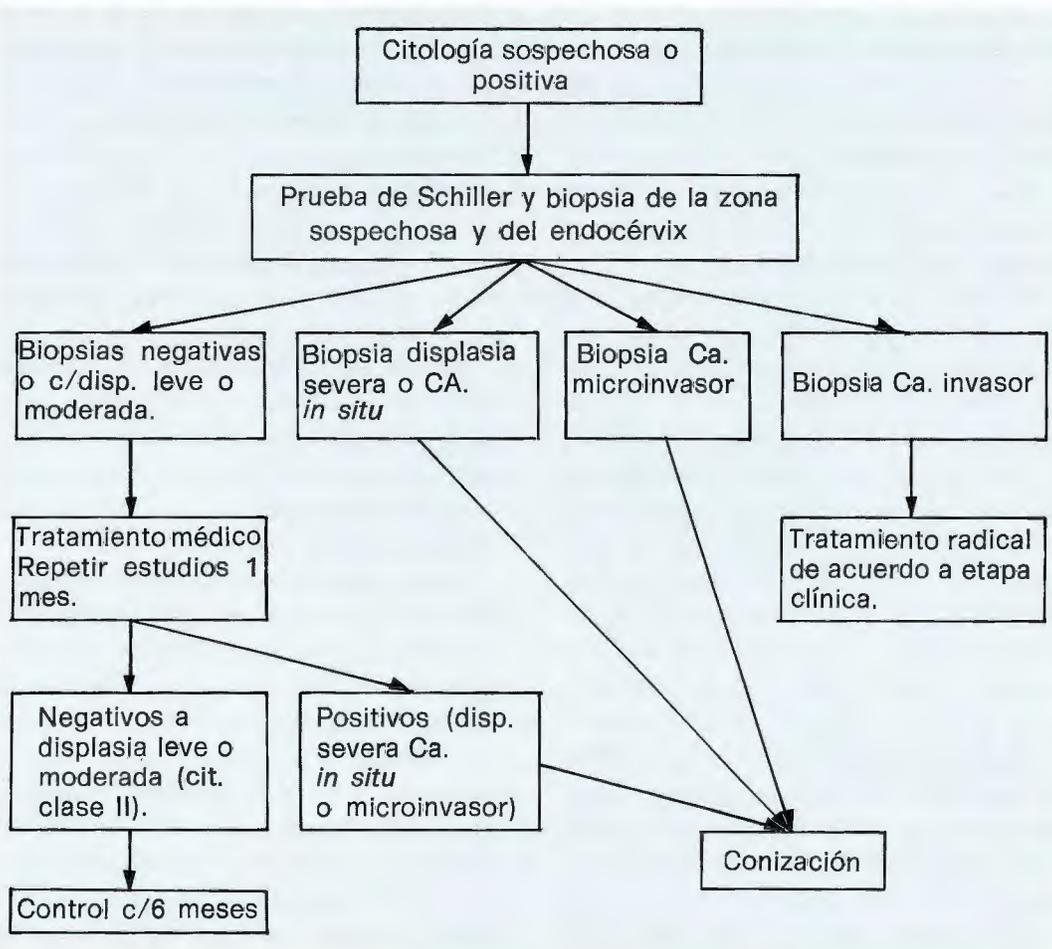
Clase V. Células malignas (positiva).

2. La prueba de Schiller se hace en las enfermas con citología sospechosa o positiva, que no tienen lesión aparente del cérvix, y sirve para definir el sitio del cual debe tomarse la biopsia. Si existe lesión aparente de allí se toma la biopsia, sin necesidad de la prueba de Schiller.

Consiste en la aplicación de solución de lugol al cérvix, éste normalmente se tiñe de color café oscuro; cualquier zona del exocérvix que no se tiña es sospechosa y de ella debe tomarse la biopsia. Si no hay zona yodo-negativa, ni lesión aparente, la biopsia se toma del endocérvix, con cucharilla de Novack y sin anestesia. La biopsia del exo-



Cuadro 1. Síntesis esquemática del diagnóstico del carcinoma cervicouterino temprano cuando no se dispone de colposcopia.



cérnix se hace con pinzas de “sacabocado” (pinzas de Schubert o Kevarquian). Durante el embarazo está contraindicada la biopsia del endocérnix y para hacer la del exocérnix es conveniente estar preparado para cohibir una posible hemorragia.

4. La conización cervical es un procedimiento quirúrgico que requiere hospitalización de la enferma y anestesia loco-regional o general. Consiste en la extirpación de un fragmento del cérnix en forma de cono, de

manera que se reseque buena parte de la portio y del endocérnix. Generalmente se hace con fines diagnósticos y eventualmente puede ser tratamiento de la displasia persistente y del carcinoma *in situ*.

En el cuadro 1 se esquematiza la conducta para el diagnóstico temprano del carcinoma cervicouterino. Desde luego que la conización y los tratamientos radicales se hacen en hospitales de segundo y tercer nivel, respectivamente; así que los objetivos de la

consulta diaria se cumplen con la práctica de la citología, la biopsia y el control según el esquema.

Displasia del cérvix

Definición y significación clínica

La displasia del cérvix es una alteración del epitelio que tiene muchas características en común con el carcinoma *in situ*, pero que no llena todos los requisitos para serlo. En ambas lesiones existe inhibición de la maduración celular con proliferación aumentada, mitosis anormales, pleomorfismo y pérdida de la polaridad celular; sin embargo, en la displasia estas alteraciones no afectan a todo el espesor del epitelio, en cambio, en el carcinoma *in situ* afectan a todo el espesor del epitelio y son más acentuadas.

De acuerdo con estas características, a la displasia se le puede definir como una alteración del epitelio en la que existen células con citoplasma en diferentes grados de maduración y núcleos anormalmente grandes, con diferenciación anormal de las capas superficiales y queratinización prematura de las células (Reagan, 1964). Según la proporción de células afectadas por estos trastornos y la gravedad de los mismos, la displasia se clasifica en tres grados: Leve, moderada y severa (Proc. of the First Int. Cong. of Cyt., 1962); su significado clínico y comportamiento biológico están en estrecha relación con estas categorías, cuanto más acentuada es la alteración del epitelio, mayor es su semejanza con el proceso neoplásico. Por esto, actualmente, la mayoría de los autores (Richart, 1964, 1968. Shingleton, 1968; Stem, 1969) consideran a la displasia como una lesión neoplásica que constituye la fase más temprana del proceso carcinogénico del cérvix, precediendo al carcinoma *in situ*.

En favor de este concepto existen varios argumentos:

A) El hecho estadístico que muestra que la detección de la displasia y del carcinoma *in situ* y su tratamiento adecuado disminuyen la mortalidad por carcinoma invasor del cérvix (Seidman, 1977).

B) Publicaciones de diferentes países que tienen establecidos programas de diagnóstico oportuno de carcinoma del cérvix, muestran que la frecuencia del carcinoma invasor tiende francamente a decrecer (Cramer, 1974. Boyes, 1969).

C) Existen datos que muestran que, al menos la mayoría de los carcinomas, son precedidos por lesiones displásicas; así, la frecuencia de carcinoma *in situ* es de 49 por 1000 en enfermas previamente diagnosticadas de displasia y de solo 0.04 por 1000 en mujeres sin displasia previa. La frecuencia de carcinoma invasor es de 4 por 1000 en enfermas con displasia y de 0.04 por 1000 en las que no tienen displasia. Aparentemente, el riesgo de carcinoma es 100 veces mayor en mujeres con displasia que en las que tienen cérvix normal.

Existen otras evidencias, también indirectas, acerca del carácter neoplásico de la displasia, obtenidas mediante cultivo de tejidos, microscopia electrónica y por determinación microspectrofotométrica del ADN nuclear de las células de esta lesión.

Así, el comportamiento de las células de displasia que crecen en cultivos de tejido, es en todo similar al que muestran las células de carcinoma invasor. Las características ultraestructurales de las células de displasia son similares a las del carcinoma. El contenido de ADN en las células de la displasia es significativamente mayor de lo normal y el grado de desviación del contenido celular del ADN es mínimo en la displasia leve y más pronunciado en la displasia severa. Además, en la producción experimental de carcinoma en animales mediante benzopireno o metilcolantreno, se observan cambios de displasia iniciales antes del desarrollo del carcinoma intraepitelial o invasor.

Por otra parte, los estudios prospectivos que se encuentran en la literatura, revelan cifras variables en cuanto a progresión y a regresión de la displasia. Esta variabilidad se debe a diferentes factores; pero, principalmente al procedimiento seguido en su diagnóstico y control. Generalmente las cifras

de progresión son menores cuando el diagnóstico inicial se hace por biopsia porque aproximadamente un 40 por ciento de las displasias son extirpadas con la biopsia.

En general, los estudios prospectivos de las displasias revelan datos muy significativos para su mejor conocimiento que pueden ser aplicables en la práctica clínica. En uno de estos estudios realizado en 1968 por Hall en 296 enfermas, seguidos solo por citología cérvicovaginal, la frecuencia de progresión hacia carcinoma *in situ* fue de 6.2 por ciento para la displasia leve, 12.9 por ciento en la moderada y 29.1 por ciento en la severa. Richart y colaboradores en 1969 siguieron un grupo de enfermas con displasia mediante citología y colpomicroscopía; la progresión de la lesión a través de todas sus fases desde leve a carcinoma *in situ*, se monitorizó mediante cuentas diferenciales de células y concluye que todas las formas de displasia muestran progresión, y eventualmente, culminan en carcinoma, si la lesión no es tratada o modificada por la biopsia.

En 400 casos de displasia que se diagnosticaron por biopsia en el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social; Gallegos y colaboradores encontraron desaparición en 60 por ciento, persistencia en 15 por ciento y progresión a carcinoma en 13 por ciento; de estos casos que progresaron a carcinoma el 90 por ciento fue intraepitelial y el 10 por ciento microinvasor.

En conclusión, los actuales conocimientos proporcionan suficientes evidencias en favor de la teoría que considera a la displasia como la primera etapa histológicamente evidenciable del proceso carcinogénico del cérvix. Las evidencias de que se disponen muestran que el comportamiento de la displasia y del carcinoma *in situ* son en todo semejantes, aparentemente, la diferencia entre displasia y carcinoma *in situ* es, consecuentemente cuantitativa. Debido a tal similitud de ambas lesiones, se considera que la división en displasia y carcinoma *in situ* es meramente artificial y, de hecho, el concepto tradicional de la displasia se ha cambiado

por el de neoplasia cervical intraepitelial (NIC) (Richart, 1968); el cual considera que las lesiones (hiperplasias) precursoras del carcinoma del cérvix son un proceso continuo que, colposcópicamente, pueden diagnosticarse en diferentes fases cuya delimitación no puede ser precisa. Así, la Neoplasia Intraepitelial cervical grado I (NIC 1) citológicamente corresponde la displasia leve; la NIC2, a las displasias moderadas a severas y la NIC3 a la displasia severa y al carcinoma *in situ*, (Richart, 1973).

Como ya se ha mencionado, la displasia del cérvix es reversible, pero se conoce muy poco acerca de los mecanismos que intervienen favoreciendo su regresión o su progresión. Al respecto se han hecho investigaciones sobre la composición cromosómica del tejido afectado y se ha buscado un patrón cromatínico característico de las lesiones que potencialmente sean progresivas; pero estas técnicas están en periodo de estudio, por lo tanto, no tienen significación clínica. Sin embargo, al médico le puede ser de utilidad saber que cuanto más severa es la displasia y mayor la edad de la enferma a la que afecta, las posibilidades de progresión son mayores y más frecuente su asociación con carcinoma *in situ* o invasor.

De cualquier manera, el tratamiento y control de las displasias debe hacerse en la premisa de que todas estas lesiones son potencialmente progresivas.

Epidemiología

El mejor conocimiento de estas alteraciones potencialmente malignas que constituyen la displasia, ha conducido a la búsqueda de factores epidemiológicos que condicionen o predispongan su aparición. Los hasta ahora conocidos no difieren de los invocados para el carcinoma del cérvix, lo cual constituye otro hecho en favor de que ambas lesiones representan diferentes fases de la misma enfermedad.

El hallazgo epidemiológico más constante es la estrecha relación entre el coito y el carcinoma del cérvix. Se considera que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17

Cuadro 2. Características epidemiológicas de los grupos de "alto riesgo" de padecer carcinoma del cérvix.

1. Iniciación temprana de las relaciones sexuales (generalmente antes de los 17 años).
2. Paridad temprana.
3. Multiparidad.
4. Pareja sexual no circuncidada.
5. Promiscuidad sexual.
6. Infecciones por herpes genital.

años de edad y una historia de múltiples parejas sexuales constituyen los factores etiológicos más significativos. Otros que se aducen con mucha frecuencia, pero esencialmente secundarios, son la paridad temprana, la multiparidad y las infecciones cervicovaginales frecuentes. Todos estos acontecimientos constantemente coinciden en mujeres que pertenecen a grupos socioeconómicos pobres, y de hecho, tanto la displasia como el carcinoma del cérvix son más frecuentes en países sudesarrollados y en grupos poblacionales marginados, lo cual constituye otro factor epidemiológico importante.

Por la estrecha relación entre el contacto venéreo y la enfermedad neoplásica del cérvix, se ha buscado su etiología en algún agente biológico que se transmita durante el coito. De ahí que desde hace unos 5 años se estudie el virus tipo 2 de herpes genital como posible agente causal; pero las evidencias hasta ahora encontradas son circunstanciales y no permiten una conclusión definitiva.

Sin embargo, es de importancia considerar que las posibilidades de que aparezca neoplasia intraepitelial del cérvix o carcinoma invasor son hasta 10 veces más en mujeres con anticuerpos a virus herpético (Mumford, y col, 1978), es decir, que han sufrido la infección viral.

Los factores epidemiológicos mencionados delimitan el llamado "grupo de alto riesgo"; o sea los grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer neoplasia cervical, a

los cuales deben dirigirse los programas de detección de cáncer y cuyas características se resumen en el cuadro 2.

En cuanto a la frecuencia de la displasia, se sabe que es mayor en mujeres jóvenes, entre 20 y 29 años de edad, con un promedio de 27 años. Así, las enfermas con displasia son, en general, 10 años más jóvenes que las que padecen carcinoma *in situ*. Este hecho permite inferir, indirectamente, que este es el tiempo que transcurre para que la displasia se transforme en carcinoma *in situ*.

En Estados Unidos la prevalencia de la displasia se estima en 7 por 1000 y la frecuencia o nuevos casos por año, en 2.4 por 1000.

Diagnóstico

Como las lesiones del cérvix ocasionadas por la displasia y por el carcinoma *in situ* son microscópicas, no se manifiestan por síntomas o signos específicos. En nuestro medio por su frecuente asociación con infecciones o infestaciones cervicovaginales, la gran mayoría de las enfermas refieren leucorrea como síntoma principal, y en ocasiones, flujo hemático o sangrado postcoito; pero estas son manifestaciones de la infección y no de la displasia. A la inspección con espéculo tampoco se encuentran alteraciones características de displasia.

En consecuencia, el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial del cérvix es por pesquisa. Es decir, más que esperar sus manifestaciones, se buscan y el procedimiento ideal para ello es la citología cervicovaginal. La citología descubre o sospecha la lesión y mediante el empleo sucesivo de la prueba de Schiller, la colposcopia, la biopsia y en ocasiones la conización del cérvix, se integra el diagnóstico.

La citología cervicovaginal debe hacerse en toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales independientemente de su edad, con intervalos no mayores de un año. Las mujeres en las cuales coinciden los factores epidemiológicos que se han mencionado se incluyen en el llamado grupo de alto riesgo y en ellas el intervalo ideal es de seis meses.

Cuadro 3. Clasificación citológica de Papanicolaou.

Clase I	Células normales.
Clase II	Atipias celulares por proceso inflamatorio (benigno)
Clase III	Atipias celulares por displasia (sospechosa)
Clase IV	Células muy sugestivas de malignidad (positiva)
Clase V	Numerosas células malignas (positiva)

Desde que Papanicolaou perfeccionó este estudio, existe la costumbre de reportarlo por números que van del I al V y su interpretación se muestra en el cuadro 3.

En la actualidad se considera que el procedimiento tiene posibilidades no solo de dar positividad o negatividad para carcinoma; sino de proporcionar el diagnóstico de la lesión cervical. Así que, aún cuando persista la costumbre de agrupar por número a las alteraciones celulares, el citólogo debe emitir el diagnóstico de la lesión, el grado de la misma y el tipo de células que la constituyen. De no ser así es necesario establecer comunicación directa con el citólogo para evitar confusiones que puedan ser lamentables.

La prueba de Schiller consiste en la tinción del cérvix y de los fondos de saco vaginales con una solución de lugol. Se basa en el hecho de que las alteraciones neoplásicas del epitelio exocervical provocan disminución del contenido de glucógeno de las células intermedias, lo cual impide que el yodo se fije, apareciendo entonces, a la inspección, como zonas claras o menos oscuras que el resto del cérvix sano. Desde luego, no todas las zonas no teñidas del cérvix corresponden a displasia o a carcinoma; pero la gran mayoría de estas neoplasias que afectan al epitelio exocervical se manifiestan por áreas no teñidas (Kern, 1968). Esta técnica pues, es útil para delinear las zonas sospechosas de las cuales deben tomarse la biopsia y está indicada en toda enferma con diagnóstico citológico de displasia o de carcinoma, siempre que no exista una lesión tumoral franca en el cérvix. La ausencia de áreas no teñidas no descarta

la existencia de displasia o carcinoma, ya que ésta pueden estar localizada en el endocér-vix en zonas de eversión en las cuales la prueba de Schiller no es útil.

La colposcopia es un procedimiento cada vez más aceptado en nuestro medio porque es muy valioso para el diagnóstico y control de la neoplasia intraepitelial del cérvix. Aunada a la prueba de Schiller permite delimitar las áreas sospechosas para tomar la biopsia con mayor acuciosidad disminuyendo la proporción de falsas negativas y, por lo mismo, el número de conizaciones innecesarias. Desgraciadamente este estudio requiere de un aparato costoso y de un adiestramiento especial para interpretar las lesiones, lo cual limita su uso a centros hospitalarios.

La biopsia del cérvix puede ser de dos maneras: la del exocér-vix que se toma con pinza de sacabocados tipo Kevorkian o Younge y la del endocér-vix que se obtiene mediante la cánula de Randall, de Novack o de Guiberg. Para que el diagnóstico sea más acucioso, la biopsia debe obtener suficiente tejido asegurándose de que en él se incluye la zona de transición de los epitelios y orientándola por la prueba de Schiller y la colposcopia. Es conveniente hacer siempre ambos tipos de biopsia para evitar falsas negativas, y sobre todo, para descubrir los carcinomas ocultos del endocér-vix, que son frecuentes.

Estas biopsias deben hacerse en toda enferma con diagnóstico citológico de displasia o de carcinoma. La biopsia del exocér-vix no tiene contraindicaciones y la del endocér-vix la tiene sólo cuando hay embarazo.

Otro tipo de biopsia es la llamada biopsia en anillo, la cual es un procedimiento quirúrgico en forma, que requiere anestesia general o loco-regional y consiste en la extirpación de toda la zona de conjunción de los epitelios exo y endocervicales que es la más frecuentemente afectada por la neoplasia; cuando este límite epitelial está más desplazado hacia afuera, como sucede en las mujeres embarazadas, la profundidad de corte requerida no es mayor de un centímetro y permite obtener un volumen de tejido muy satisfactorio para hacer un diagnóstico histológico bastante preciso. Esta biopsia está indicada en enfermas que, cursando con embarazo no mayor de 20 semanas, se les encuentra displasia severa persistente después de tratamiento médico o en aquellas con diagnóstico citológico o histológico de carcinoma *in situ* y tiene por objeto descartar la existencia de un carcinoma invasor. Su morbilidad en cuanto a sangrado postoperatorio y producción de abortos o partos prematuros es prácticamente nula.

La conización cervical es el mejor procedimiento diagnóstico para la neoplasia intraepitelial del cérvix, porque en la pieza operatoria se incluye toda la zona de transformación de los epitelios donde predomina el tumor, y además incluye el endocérvix lo cual permite diagnosticar los carcinomas ocultos. Para mayor seguridad diagnóstica antes de la conización debe hacerse la prueba de Schiller para delimitar la extensión del corte en el exocérvix y después de la conización (no antes), es necesario hacer legrado endometrial para descubrir las extensiones del carcinoma a la cavidad uterina. La conización sin embargo, tiene algunos inconvenientes principalmente que requiere de hospitalización y anestesia, puede haber complicaciones como hemorragia y obstrucción del canal y en enfermas embarazadas la morbilidad es mayor. Por ésto, se tiende a limitar su empleo con la utilización adecuada de las biopsias de exo y endocérvix guiados por la prueba de Schiller y la colposcopia. Esto no impide que tenga indicaciones precisas que en seguida se mencionan:

1) Citología sospechosa o positiva persistente después de un tratamiento médico.

2) Enfermas con diagnóstico citológico y/o histológico de displasia moderada a severa, también persistentes después de un tratamiento médico.

Como es posible apreciar, estas indicaciones de la conización tienen el objeto de suprimir una displasia persistente o descartar la existencia de un carcinoma no diagnosticado por los otros procedimientos.

Tratamiento

Antes de decidir el tratamiento de una enferma con displasia es necesario considerar lo siguiente:

1. La displasia leve frecuentemente desaparece después del tratamiento específico de la infección cérvicovaginal a la que generalmente se asocia.

2. Las displasias moderada y severa son las que con mayor frecuencia progresan a carcinoma.

3. No es raro que las displasias se asocien a carcinoma *in situ* o incluso, al carcinoma invasor; por lo que el diagnóstico debe ser lo más acucioso posible.

4. El ritmo de progresión de la displasia a carcinoma es lento, y por ende, su tratamiento no es necesariamente de urgencia, cuando ya se ha precisado el diagnóstico.

5. Por lo común, el área de displasia es pequeña y es posible eliminarla con procedimientos limitados.

6. La extirpación de una área de displasia no descarta la posibilidad de recurrencia o la aparición de un nuevo foco. Esto obliga a hacer un control citológico periódico después del tratamiento.

De esta forma, el tratamiento que se elija debe tender a extirpar completamente la lesión; pero al mismo tiempo se buscará que su morbilidad sea mínima, que no afecte las actividades sexuales de la enferma y que no suprima su función reproductora si ésta es necesaria para la enferma.

Es decir, el tratamiento debe adecuarse a las condiciones de la enferma y de su enfermedad y por lo mismo no es conveniente establecer normas rígidas para el tratamiento

de la displasia. Sin embargo, un esquema de diagnóstico y tratamiento que puede ser adecuado es el siguiente:

1. *Enfermas no embarazadas*: Si se tiene diagnóstico citológico de displasia leve, comúnmente reportado como clase II de la clasificación de Papanicolaou; es necesario hacer cultivo de exudado vaginal e instituir tratamiento específico. Después de suprimida la infección se repite la citología cérvicovaginal; si persiste la displasia se hace prueba de Schiller y biopsias de exo y endocérvix, si estos estudios confirman la displasia leve y descartan la existencia de carcinoma o de una displasia más acentuada, es factible instituir tratamiento con fulguración o criocirugía de la lesión; pero la enferma continuará en control citológico cada seis meses.

Cuando el diagnóstico citológico es de displasia moderada o severa, generalmente Papanicolaou clase III, de inmediato se hace prueba de Schiller y biopsias de exo y endocérvix, si éstas confirman el diagnóstico, también es conveniente hacer tratamiento específico de la infección, si existe; pero en caso de continuar el mismo grado de displasia después del tratamiento médico, es necesario hacer conización del cérvix, con el objeto, primero, de descartar la existencia de carcinoma, y segundo, para tratar una displasia persistente.

Aunque algunos autores preconizan la fulguración o la criocirugía en la displasia severa, nuestra opinión es que, dada la frecuente asociación de esta displasia con carcinoma, existe grave riesgo de pasar inadvertido un carcinoma oculto e instituir un tratamiento adecuado. Desde luego, este riesgo es menor si el estudio del cérvix se hace con colposcopia.

2. *Enfermas embarazadas*: Es frecuente que en estas enfermas las alteraciones celulares de la displasia se acentúen, debido a la hiperplasia epitelial propia de la gravidez; por lo mismo, el diagnóstico citológico de displasia debe juzgarse con cautela. Si se trata de displasia leve el tratamiento médico previo cultivo de exudado, es generalmente, suficiente y después del parto se repite la

citología, pero si el diagnóstico es de displasia moderada o severa, después del tratamiento médico específico se repite la citología y si persiste la displasia se hace biopsia del exocérvix, pervia prueba de Schiller o colposcopia; si este estudio confirma el diagnóstico, se vigila a la enferma con citologías mensuales hasta el parto; en caso de que alguna citología de control muestre agravamiento de la lesión y, si el embarazo no es mayor de veinte semanas, es conveniente hacer biopsia en anillo para asegurarse de que no exista un carcinoma. Después de las veinte semanas de embarazo es mejor esperar el parto y proceder a estudio exhaustivo posteriormente; a menos de que exista sospecha clínica y citohistológica de carcinoma invasor, en tal caso es aconsejable hacer cesárea y posteriormente se estudiará completamente a la enferma para precisar el diagnóstico.

Conclusiones

La displasia cervical es la primera etapa, actualmente reconocible, del carcinoma cérvicouterino y si bien no todos los casos siguen esta evolución, cuanto más severa es la displasia y mayor la edad de la enferma, su potencialidad maligna es más acentuada. Por lo mismo, es de la mayor importancia hacer el diagnóstico preciso de la lesión mediante el empleo sucesivo de citología cérvicovaginal, prueba de Schiller, colposcopia, biopsia y eventualmente, conización cervical. Una vez aclarado el diagnóstico, es necesario individualizar el tratamiento que, en general, será conservador, principalmente en enfermas embarazadas. □

Bibliografía

1. Boyes, A.D.: The British Columbia Screening Program. *Obst. & Gynecol. Survey* 24:1005-1011, 1969.
2. Cramer, W.D.: *Cáncer* 34:1028, 1974.
3. Gallegos, V.C. y Guillén, D.: Lesiones premalignas del cuello uterino. *Prensa Méd. Mex.* 35:106-114, 1970.
4. Hall, J.E. y Walton, L.: Dysplasia of the cervix. A prospective study of 206 cases. *Am. J. Obst. and Gynecol.* 100:662-671, 1968.
5. Kem, G.: *Preinvasive carcinoma of the cervix*. Nerlin-Heilderberg, Springer-Verlag, (pág. 27), 1968.