

CLASSIFICACIÓ ANATOMO-CLÍNICA DELS EPITELIOMES DE COLL UTERÍ

pels

*Drs. X. Roura i Rosés (Ginecòleg) i R. Roca de Vinyals
(Cap de Laboratori)*

No podem entrar en la classificació per nosaltres acceptada dels epiteliomes del coll d'úter sense abans haver fet unes consideracions generals referents als epitelis que normalment existeixen en el coll.

1r. El conducte cervical està revestit per un epiteli cilíndric des de l'istme fins a l'orifici útero-vaginal en una línia que varia en alguns mil·límetres entorn d'aquest orifici.

2n. El morro de tenca està revestit per un epiteli pavimentós malpigià.

3r. En el conducte cervical existeixen abundants glàndules arañmades i criptes glandulars.

Cal, a més, que fem constar la probable existència en la basal dels epitelis de revestiment (cilíndrics i malpigià) de grups cel·lulars indiferenciats amb una doble capacitat evolutiva, ja cap al tipus cilíndric, ja cap al tipus malpigià i podem, mitjançant l'estudi de les estructures protoplàsmiques, estudiar el tipus cellular demostrant l'existència d'epiteli-fibrilar o la presència de mucina.

Es basats en aquests fets i tenint en compte les classificacions histològiques fins avui acceptades que dividim els epiteliomes del coll uterí, acceptant gairebé íntegre la classificació de Guílera en

Epiteliomes fibrilars o epidermoides en els quals podem assolir la demostració d'epitelifibrilar.

Epiteliomes mucipars o glandulars quan podem demostrar l'existència de mucina, dintre de les cèl·lules neoplàsiques.

Epiteliomes mixtos o híbrids de Lacasaigne quan existeixen elements cel·lulars dels dos tipus evolutius. Es aquest un grup encara en discussió, però l'exposarem per haver nosaltres trobat un cas i creure en la realitat de la seva existència.

Per acabar amb el confusionisme que actualment regna en la descripció de les diverses formes de càncer de coll uterí, creiem que caldrà—tal com va fer la Comissió del Càncer de la Societat de Nacions, en juny del 1929, pel que es refereix als quatre estadis d'extensió de la lesió — adoptar una classificació “standard” de terminologia ben precisa, sense neologismes i responnent en un tot a la realitat clínica.

La classificació que nosaltres proposem, basada en 187 casos estudiats, és la següent:

Forma vegetant. 23% de freqüència. Punt d'origen: orifici extern o molt rarament en plena “portio” Formes histològiques: Epidermoide immadur (45%); semimadur (37%); Glandular adenomatós (8%). Gland. sòlid (8%). Varietats ben acusades: *molt exofític*, de pronòstic dolent, tant per a la cirurgia com per la radioteràpia, perquè el volum excessiu de la massa neoplàsica i la seva infecció gairebé constant dificulten els dos procediments, i *poc exofític*, de pronòstic millor. Promig d'edat, 48 anys.

Forma corrosiva. 25% de freqüència. Punt d'origen: endocèvix. Formes histològiques: Ep't. immadur (54 %); semimadur (33%); madur (3%). Gland. adenomatós (6%) Gland. sòlid (3%). Varietats: *simple* i *estenasant*. Promig d'edat: 50 anys. Pronòstic dolent per consulta tardana deguda a raresa de metrorràgies en els períodes inicials.

Forma intersticial. 20% de freqüència. Tenim la impressió que com a forma inicial és molt més freqüent, donant lloc, en evolucionar, a les dues formes anteriors. Punt d'origen: fins avui dia, imprecisable (endocèrosi? glàndules d'erosió?). Coll voluminós, dur molt deformat i irregular, amb gran desplaçament de l'orifici extern. A un examen superficial es pot confondre amb la forma vegetant. Varietats: *Intersticial no ulcerada* (exocèvix indemne, de color vinós, però amb petites pèrdues de substància descobribles

amb la prova de Schiller i a la lupa); *Intersticial erosinada* ("por-tio" amb puntejat sangonós simulant erosió metrítica) i *Intersticial ulcerada*. Formes histològiques: Epit. immadur (50%); semimadur (34%); madur (3%). Gland. adenomatós (3%). Gland. sòlid (3%). Promig d'edat: 45 anys. Bona forma per a la cirurgia perquè la infecció i la propagació parametral són relativament tardanes. Recidives ràpides, principalment ganglionars.

Forma endocervical pura. 9 % de freqüència. Diagnòstic delicat a causa de la localització. Freqüència d'evolució inicial silenciosa (sense metrorràgies) determinant primera consulta tardana. Per aquestes causes, pronòstic dolent. Formes histològiques: Epit. immadur (40%); semimadur (35%). Gland. adenomatós (6%). Varietats: en realitat són les tres formes descrites anteriorment, en les quals es converteix, perdent la seva fisonomia pròpia, en avançar el procés neoformatiu. Promig d'edat: 49 anys.

Formes excepcionals. Terebrant, que únicament es pot diagnosticar bé en peces operatòries o de necròpsia, i *en placa o laminar* (Vernís cancerós de Ruge, Psoriasis uterina de Pfannestiel. *Microfística superficial* com proposàriem de denominar nosaltres).

Cal advertir que per l'avançat de les lesions o per haver sofert irradiació prèvia, no hem pogut determinar la forma en 41 casos (21% del total).

(Aquest treball serà publicat in extenso en *Annals de l'Hospital de la Sta. Creu i St. Pau*).