

Comportamiento de la conización por radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplásicas cervicouterinas

Behavior of the conization by radiosurgery in the treatment of cervix preneoplastic lesions

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo; Dra. Roisy Valladares Lorenzo; Dra. Lumi Arnaiz Lastra

Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de la conización por radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplásicas del cuello uterino. El universo estuvo constituido por las 100 primeras pacientes operadas con este método en la consulta de Patología de cuello del Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora, provenientes del programa de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino, en el año 2004. Debido al comienzo de esta cirugía ambulatoria en nuestra provincia, presentamos en el trabajo los resultados obtenidos con dicha técnica. Se analizaron diferentes variables y observamos que existió predominio en las pacientes entre 26-35 años (39 %); en cuanto al grado de lesión, no hubo correlación entre los procedimientos realizados, la citología orgánica se modificó con respecto al estudio histológico del cono. La colposcopia resultó atípica en casi la totalidad de las pacientes y se correspondió con el resultado histológico en un 98 %. Los bordes de sección quirúrgica fueron libres en el 93 %. Las complicaciones fueron nulas. La conización por radiocirugía resultó ser un procedimiento de gran aceptación, baja morbilidad y económico, por lo que puede sustituir al cono en frío y ser la alternativa para el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia preinvasiva cervicouterina.

DeSC: radiocirugía/ utilización; neoplasmas del cuello uterino/terapia; conización/ utilización

ABSTRACT

An observational descriptive study with the objective to know the behavior of the conization by radiosurgery in the treatment of preneoplastic lesions of the cervix uteri was carried out. The universe was constituted by the first 100 patients operated with this method in the Cervix Pathology consultation at Ana Betancourt de Mora, Provincial Maternal Hospital coming from the premature diagnosis program of cervix uteri cancer, in the year 2004. Due to the beginning of this ambulatory surgery in our province, the obtained results with the said technique are presented. Different variables were analyzed and it was observed that patients among 26-35 years predominated (39 %); regarding to the lesion grade, did not was correlation among the procedures performed, the organic cytology was modified with regard to histological study of the cone. The colposcopy turned out to be atypical, in almost the totality of the patients and was corresponded with the histological results in a 98 %. The edges of surgical section were free in the 93 %. The complications were null. The conization by radiosurgery turned out to be a procedure of great acceptance, low morbidity and economic, for which can substitute the cone in cold and to be the alternative for the diagnosis and treatment of the cervix uteri preinvasive neoplasia.

DeCS: radiosurgery/ utilization; cervix neoplasms/therapy; conization/utilization

INTRODUCCIÓN

Las lesiones preinvasivas de cuello uterino, también denominadas neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC), son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Hasta este punto las lesiones son curables en su totalidad, pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo y permitir su avance, las mismas se convierten en cáncer invasor, lo que constituye la principal causa de muerte en Asia, África y Sudamérica.¹⁻³ En nuestra Isla solo 6.2 por cada 1000 mujeres padecen de esta enfermedad.⁴

En la última década se han observado muchos avances tecnológicos para el tratamiento de las neoplasias intraepiteliales cervicales.^{5,6}

Desde 1815 que Lisfranc describió por primera vez la biopsia por conización, ha preocupado a los ginecólogos las grandes complicaciones de hemorragias, infecciones y estenosis cervical. Las suturas para hemostasis han dificultado observar la unión escamocolumnar en la profundidad borrosa del canal cervical, esto ha motivado que los investigadores desarrollen nuevas técnicas sin comprometer los principios de confiabilidad en la práctica médica.⁷

Con el propósito de realizar el tratamiento más confiable y con costos efectivos se seleccionó la resección quirúrgica ambulatoria. El procedimiento radioquirúrgico conocido como procedimiento electroquirúrgico de escisión con asas (LEEP) y escisión de la zona de transformación con asas grandes (LLETZ). El objetivo es proporcionar al mismo tiempo una herramienta de diagnóstico y tratamiento.^{7,8}

La escisión por radiocirugía desarrollada en la actualidad fue introducida por Cartier en 1980. Prendiville en 1989 publica por primera vez el uso de un asa grande para la extirpación de la zona de transición. Es un método diagnóstico-terapéutico con el que se obtiene un fragmento de cuello uterino que equivale al de una conización quirúrgica; pero que a diferencia de ésta, puede hacerse en consulta externa o por cirugía ambulatoria, no necesita ingreso y puede utilizarse o no anestesia local.⁶ Constituye por lo tanto el método de elección actualmente de la mayoría de los colposcopistas para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas cervicales.⁷⁻⁹

El objetivo de nuestro estudio es determinar el comportamiento de la conización por radiocirugía en el tratamiento de las lesiones preneoplásicas del cuello uterino.

MÉTODO

Se realizó estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de la conización por radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplásicas del cuello uterino en la consulta de Patología de cuello del Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora en el año 2004. El universo de estudio estuvo constituido por las 100 primeras pacientes operadas con este método, provenientes del programa de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. Todas las pacientes tenían estudios colposcópicos negativos de tumor infiltrante y dieron su aprobación para la realización de dicho proceder. Fueron examinadas seis semanas después de aplicado el método para evaluar cicatrización y a los cuatro meses citocolposcópicamente.

Los datos se obtuvieron del registro primario y se escogieron los aspectos que interesaban según la encuesta confeccionada para este fin, que incluyó la edad, diagnóstico citocolposcópico, así como la boleta de solicitud de biopsia y el informe histopatológico de la pieza. Se procesaron con el programa estadístico de porcentaje y CHI 2.

RESULTADOS

Los grupos etáreos más afectados fueron los que se encontraban entre los 26 y 35 años (39 %), seguido del grupo entre 36 y 45 años (37 %). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las lesiones en el cono por grupos etáreos

Grupos etáreos	Inflamatorio	LIE - BG	LIE- AG	Total	%
15-25	6	3	3	12	12%
26-35	5	16	18	39	39%
36-45	6	15	16	37	37%
46-55	-	6	4	10	10%
56-65	-	2	-	2	2%
Total	17	42	41	100	100%

Fuente: Encuesta.

Entre los estudios colposcópicos e histológicos hubo cierta correspondencia, sin embargo, con el examen citológico a pesar de ofrecer resultados de lesiones intraepiteliales de alto grado en su mayor número, no coincidió con el estudio histológico ya que aportó un por ciento de falsos negativos. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según el grado de lesión encontrado en los procedimientos realizados

Procederes	Inflamatorio No. de pacientes	LIE-BG No. de pacientes	LIE-AG No. de pacientes	Total	%
Citologías	11	28	61	100	100%
Colposcopias	21	38	39	98	98%
Biopsia del cono	17	42	41	100	100%

Fuente: Encuesta.

Con este proceder quedaron sin compromiso de lesión en los bordes de sección quirúrgica el 93 % de las pacientes y sólo en el 6 % se encontró lesión en los bordes de sección. Tabla 3.

Tabla 3. Compromiso del borde de sección quirúrgica (bsq) según el grado de lesión en el cono por radiocirugía

BSQ	Inflamatorio	LIE- BG	LIE- AG	Total	%
Libres	17	40	36	93	93
Positivos	-	1	5	6	6
No útiles	-	1	-	1	1
Total	17	42	41	100	100

Fuente: Encuesta.

Al realizarle a la totalidad de las mujeres el estudio citológico y colposcópico cuatro meses después del cono, obtuvimos que el 100 % de los casos ostentaran resultados negativos de lesión.

DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas el número de enfermedades cervicales y lesiones colposcópicamente sospechosas, ha aumentado por muchos factores, incluyendo el aumento de las infecciones del tracto genital inferior femenino y al mejoramiento del programa de diagnóstico.

Nuestro estudio arrojó que el mayor número de pacientes con el diagnóstico de lesiones intraepiteliales cervicales, se encontró en edades comprendidas entre 26 y 45 años, fundamentalmente en el primer decenio, con un 76 %. Hemos observado en la práctica diaria y se comprobó en este estudio que la edad de las pacientes con lesiones epiteliales del cérvix ha descendido en las últimas décadas y a las consultas acuden jóvenes que aún no han parido.^{2, 3} Una cifra similar reporta Seman F.⁹

En cuanto al grado de lesión, no hubo correlación entre los dos procedimientos realizados. Las sospechas citológicas de LIE BG y de AG se modificaron con respecto al diagnóstico histológico del cono, lo que indica que es necesario acompañar la citología con colposcopia, pues se observó una gran cantidad de falsos negativos, esto podría explicarse por el severo infiltrado inflamatorio, por el pequeño tamaño de algunas lesiones o a la subvaloración de la citología^{10, 11} lo que

coincide con los estudios realizados por Balestena et al ¹² Varela et al ¹³ que encuentran que el cono radioquirúrgico reduce en un 25 % y más la incidencia de falsos negativos. Tuvimos dos pacientes que resultaron tener estudio colposcópico normal y presentaron LIE-AG en canal cervical, ante la sospecha de lesión o de invasión endocervical, sin unión escamocolumnar visible, Ferenczy ¹⁴ propone la realización del cono por radiocirugía siguiendo la misma técnica.

González Merlo ¹⁵ y De Vitov et al, ¹⁶ así como Baldauf ¹⁷ consideran que ante la sospecha citológica del NIC asociada a modificaciones colposcópicas, la extirpación con asa radioquirúrgica de la unión escamo columnar debe ser realizada sin biopsia previa.

La observación minuciosa del borde de sección es de vital importancia a la hora de diagnosticar un cono. En el cono por asa no es necesario marcar con tinta el BSQ, porque siempre ocurre daño térmico del tejido que permite reconocerlo, la presencia de lesión en el BSQ ha sido reportada por varios autores. ¹⁷⁻¹⁹ En nuestro estudio solo el 6 % de las pacientes tenían comprometido los bordes de sección. Nosotros pensamos que siempre que esto ocurra la paciente debe tratarse quirúrgicamente ya sea reconizada o hysterectomizada, este resultado coincide con lo planteado por Tamayo ²⁰ en su estudio realizado en el 2005.

En la consulta de seguimiento que se les realizó a los cuatro meses, se encontró que el total de las pacientes ofrecieron resultados citocolposcópicos negativos de lesión.

La seguridad y la eficacia del procedimiento se miden por la hemorragia, el tiempo operatorio, la infección y finalmente la posibilidad de estenosis del canal endocervical entre otras. En nuestra investigación no se obtuvo ninguna de estas, por lo que podemos afirmar que el cono por radiocirugía es la técnica operatoria que todo colposcopista debe tener en sus manos.

CONCLUSIONES

El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 26 y 35 años. No se observó correspondencia entre el resultado citológico y el histológico definitivo. Coincidió el informe colposcópico con el histológico final en casi la totalidad de los casos. Los bordes de sección quirúrgica quedaron libres en más del 90 %. Las complicaciones fueron nulas. La conización electroquirúrgica es el método más eficaz para el tratamiento de las afecciones preinvasivas del cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS, "Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvicouterino". 3ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.p.3-5.
2. Natural History of Cervical Cancer: Even infrequent screening of older women saves lives Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. Program for Appropriate Technology inHealth (PATH). noviembre 2000. URL disponible en: <http://www.path.orLesionesPreinvasorasdecuellouterino>
3. Tratamiento. Protocolos de La SEGO 1999; 90: 1-3. 3.
4. Programa Nacional de Cáncer cérvico uterino; 2002
5. Bloss JD. The use of electrosurgical techniques in the management of the vulva, vagina and cervix: an escisional rather than ablativo Approach. Am J Obstet Gynecol 2002; 169: 1081-5.
6. Cirisano FD. Management of pre-invasive disease of the Cervix. Semin Surg Oncol 1999; 16: 222-227.
7. Cabrera DJ, Villanueva J, Correa L, Landeros J, Navarrete J, Silva I. Uso del Asa Electroquirúrgica en neoplasias preclínicas del cérvix. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (6): 461-6.
8. Prendiville W. Ablación de la Zona de transformación con Asa. Clín Obstet Ginecol 1995; 3: 597-612.
9. Seman F. Cáncer cérvico Uterino. Historia Natural y Rol del Papiloma Humano Perspectivas en prevención y tratamientos. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(4): 318-23.
10. González F. Porcentaje de compromise de lesion cervical de alto grado y persistencia de enfermedad residual post cono. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (1): 41-3.
11. González DI Jr. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical escision procedures with long term follow up. Am J Obstet Gynecol 2001; 194(3): 315-21.
12. Balestena JM, Suárez BC, Piloto MM, Batista CR. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por Conización. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(3): 16-30.
13. Varela J. Conización por Asa. Experiencia en Hospital Carlos Van Buren. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(1): 3-9.
14. Ferenczy A. Electroconization of the cervix with a fine- needleelectrode. Obstet Gynecol 1994; 84: 152-9.
15. González-Merlo J, González E, Biete A. Cáncer de cérvix. En: González-Merlo J, González J. Ginecología. 2ed .La Habana: Masson; 2000.p.150-67.

16. De Vitov H, Herman S, Rosemberg S. Special Issue on cervical Cancer. The cancer Journal 2003; 9(5):1.
17. Baldauf JJ, Ritter J, Cuenin C, Dreyfus M, Water P. Therapeutic results of conization with diathermy. Cancer 1999; 27: 140-146.
18. Ralf J, Turner MD, Robert A, Cohen H, Richard L, Voeth H, Sheldon P, et al. Análisis de los bordes de tejido en biopsias por conización obtenidas con el bisturí frío, láser CO₂; ND: YAGy el instrumento radio quirúrgico ELLMAN Surgieron FFPF. Academia de radio cirugía latinoamericana; 1996.
19. Hacker NF. Recurrent cervical cancer. En: Berek JS, Hacker NF. Practical Gynecología Oncology. 3ed. Lippincott : Williams and Wilkins; 2000.p.392-3
20. Tamayo LT, Varona SJ, Torres AI. Estudio de las conizadas por Patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(2):11-22.

Recibido: 28 de noviembre de 2006

Aprobado: 4 de mayo de 2007

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente. Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.