

Medicentro 2000;4(1)

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

La conización como tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical

Por:

Dra. Irene Rodríguez Santos¹, Dr. José A, Marrero Martínez², Dr. Heriberto Martínez Espinosa³, Dr. Félix J Casanova Fonticiella⁴ y Dr. Ricardo Bello Gutiérrez⁴

1. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.
3. Especialista de I Grado en Obstetricia Y Ginecología. Asistente. ISCM-VC.
4. Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. ISCM-VC.

RESUMEN

Se realizó un estudio de las conizaciones de cuello uterino realizadas a pacientes con prueba citológica vaginal cuyo resultado fue anormal, durante los años 1995-1996 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Santa Clara, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención que se ofrece en las consultas de patología de cuello. De las 206 pacientes operadas, en más del 97 % se encontró una neoplasia intraepitelial cervical, y de ellas, en el 88 % resultó grado III. La longitud media del canal donde la lesión llegó hasta la línea de sección fue de 0,6 cm, y donde la lesión no llegó, de 0,98 cm. Existió una diferencia muy significativa entre ambas variables, lo que nos permite plantear que en las pacientes donde la longitud del canal fue de 1 cm o más, no encontramos lesión en la línea de sección, por lo que dicho procedimiento fue suficiente.

Descriptor DeCS: neoplasia intraepitelial del cuello uterino/terapia, conización/ métodos

SUMMARY

A study was made on cervix conizations performed on patients with abnormal vaginal cytological smear during 1995-1996 in the Teaching Gyneco-Obstetric Hospital of Santa Clara City to improve quality of services offered in the offices for cervix pathologies. In 97% of the 206 surgical patients, a cervical intraepithelial neoplasm was found and 88% of them were grade III. The mean length of the canal reached by the lesion up to the section line was 0,5 cm, and that not reached by the lesion was 0,98 cm. A very significative difference was found between both

variables that enabled to state that in patients with canal length of 1 cm or more we did not find lesion in the section line showing that this procedure is effective.

Subjec headings: cervical intraepithelial neoplasia/therapy, conization/methods

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye actualmente un problema de salud en todo el mundo. Entre ellos, el de cuello uterino, en orden de frecuencia, es solamente superado por el de mama en mujeres jóvenes en las edades más productivas de la vida¹. Los programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino han obtenido excelentes resultados al detectar fundamentalmente las lesiones intraepiteliales. Uno de los métodos empleados como diagnóstico y tratamiento en las neoplasias intraepiteliales cervicales de alto grado (NIC II, NIC III) ha sido la conización, y ese procedimiento, en un alto porcentaje de pacientes, es el tratamiento definitivo de esas lesiones.

Aunque en las últimas décadas el tratamiento de elección para las lesiones preinvasoras han sido las tecnologías terapéuticas eficaces y de bajo costo, como la criocirugía y el procedimiento de excisión electroquirúrgica con electrodos cerrados (LEEP)², estas tecnologías no están disponibles en todos los lugares, por lo que la conización en nuestro medio continúa siendo el procedimiento rector en las lesiones epiteliales de alto grado. Su uso no se justifica en la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC I), ya que estas lesiones no avanzan o pueden regresar espontáneamente sin tratamiento, para lo cual debe tenerse en cuenta que el seguimiento de estas pacientes esté garantizado³.

La conización diagnóstica estará indicada cuando la colposcopia no sea satisfactoria, el legrado endocervical sea positivo, exista discrepancia entre el diagnóstico citológico e histológico o haya sospecha de carcinoma microinvasor. Está contraindicada cuando hay lesión cervical sugestiva de carcinoma invasor⁴.

En este estudio nos proponemos analizar las conizaciones realizadas en un período de dos años, en pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello por presentar una citología anormal, con el objetivo de determinar la lesión que con más frecuencia encontramos, así como la efectividad de este método.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 206 pacientes que fueron atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Docente Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, por prueba citológica con resultado anormal, a las cuales se les realizó una conización como diagnóstico, tratamiento o ambos, durante los años 1995 y 1996. Los datos de las pacientes fueron obtenidos de la tarjeta control de la consulta de patología de cuello y de los informes de Anatomía Patológica. Los datos recepcionados se introdujeron en una computadora y se les aplicó fórmulas estándares para descubrir las relaciones entre las variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El carcinoma "in situ" constituyó la lesión más frecuentemente detectada en los conos estudiados en nuestra serie, (63,11 %) seguida por la displasia severa, para un 25,73 % (tabla 1). Estos hallazgos demuestran que en el mayor por ciento de los casos, la conización se realizó a pacientes que presentaban NIC III, como está establecido en nuestro programa, ya que nuestra provincia carece de otros métodos terapéuticos para este tipo de lesión. En 14 pacientes se diagnosticó un NIC II y sólo en cuatro (1,94 %) un NIC I. En cuatro pacientes se encontró carcinoma microinfiltrante, que fue el de menor frecuencia en nuestro estudio, como informan otros autores⁵.

Tabla 1 Diagnóstico histológico en las conizaciones realizadas.

Diagnóstico histológico	No.	%
NIC I	4	1,94
NIC II	14	6,80
NIC III (DS)	53	25,73
NIC III (CIS)	130	63,11
Carcinoma microinvasivo	4	1,94
No útil	1	0,49
TOTAL	206	100,00

Fuente: Dpto. de Anatomía Patológica.

DS: Displasia severa

CIS: Carcinoma "in situ"

Cuando relacionamos el diagnóstico final con la edad de la paciente (tabla 2) encontramos que la mayor frecuencia de las lesiones se obtuvo entre los 30 y 39 años de edad, con 87 pacientes. En el carcinoma "in situ" la mayor cantidad de pacientes también estuvo ubicada en ese grupo, con una media de 33,6 y una prevalencia a los 31 años en la displasia severa. La mayor incidencia se encontró entre los 20 y 29 años de edad y la media a los 32,7 años, con una prevalencia mayor a los 25 años. No existieron diferencias significativas en la aparición de dichas alteraciones por grupos de edades.

Tabla 2 Diagnóstico histológico según grupos de edades.

Edad	NIC I		NIC II		NIC III (DS)		NIC III (CIS)		Carcinoma microinvasivo		No útil		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	25,00	4	25,57	25	47,2	43	33,07	2	50,00	0	0,00	75	34,42
30-40	1	25,00	8	57,14	16	30,2	60	46,15	1	25,00	1	100,0	87	42,23
40-49	1	25,00	2	14,28	8	15,1	24	18,46	0	0,00	0	0,00	35	16,99
50 ó más	1	25,00	0	0,00	4	7,54	3	2,30	1	25,00	0	0,00	9	4,36
TOTAL	4	1,94	14	6,79	53	25,7	130	63,10	4	1,94	1	0,50	206	100,00

Fuente: Tarjeta control.

La OMS señala que las posibilidades de que una mujer sea afectada por un NIC se ven aumentadas al pasar los 30 años de edad, y se incrementan aún más a los 35 años, para declinar luego a los 50 años con el advenimiento de la menopausia^{6,7}.

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en la relación entre la longitud del canal endocervical y la calificación del médico que realiza el procedimiento quirúrgico. El médico especialista realizó 162 operaciones del total (78,65 %) mientras que el residente realizó 44, lo que significó un 21,35 %. Al aplicar el análisis estadístico, la moda para ambos cirujanos era de 1 cm, la media para los residentes, de 0,83 cm y la de los especialistas fue de 0,98 cm, por lo que existieron diferencias significativas entre ambos; la conización, a pesar de ser una técnica relativamente fácil, en el mayor por ciento de los casos fue realizada por especialistas. Algunos autores informan la realización de este procedimiento por residentes, supervisada por especialistas⁸.

Tabla 3 Correlación entre calificación del cirujano y longitud del endocérvix.

Longitud del endocérvix (cm)	Calificación del cirujano					
	Residentes	%	Especialistas	%	Total	%
< 0,5	13	29,54	30	18,51	43	20,87
0,6 1	23	52,27	87	53,70	110	53,39
1,1-1,5	6	13,63	28	17,28	34	16,50
> 1,5	2	4,54	17	10,49	19	9,22
TOTAL	44	21,35	162	78,65	206	100,00

Fuente: Historia Clínica.

Por último, tratamos de relacionar la longitud del canal y la presencia de la lesión en la línea de corte, que es un indicador de que existe lesión residual hasta en un 57 %⁹. Encontramos que del total del 130 pacientes, en 112 no se encontró lesión en la línea de sección, lo que representó el 86,20 %, y en 18, hubo lesión a ese nivel para un 13,8 % (tabla 4). Al relacionar estos dos valores con diferencias de medias entre grupos, encontramos que la longitud media de los que se extendieron era de 0,6 cm, y la de los que no se extendían hasta la línea de sección fue de 0,98 cm, lo que representa una diferencia muy significativa entre ambas variables.

Tabla 4 Correlación entre longitud del canal y presencia de lesión en la línea de sección.

Longitud del endocérvix (cm)	Línea de sección					
	Sí	%	No	%	Total	%
< 0,5	10	55,50	15	15,10	27	20,70
0,6 1	8	45,50	58	51,70	66	50,70
1,1-1,5	0	0,00	21	18,70	21	16,30
>1,5	0	0,00	16	14,50	16	12,30
TOTAL	18	13,80	112	86,20	130	100,00

Fuente: Historia Clínica.

Estos hallazgos nos permiten confirmar que la longitud del canal endocervical es importante para que la operación realizada sea, además de diagnóstica, terapéutica. En este trabajo encontramos que en conos con canal de longitud mayor a 1 cm, la lesión no llegó a la línea de sección, y los conos con longitud del canal menor de 0,5 cm, estuvieron más propensos a tener parte de la lesión en el cuello residual, lo que obligaría a una segunda intervención (reconización o histerectomía), procedimientos estos que afectarían sobre todo a mujeres jóvenes con maternidad insatisfecha¹⁰.

Concluimos que la lesión que con más frecuencia se diagnosticó en las conizaciones realizadas fue la neoplasia intraepitelial grado III, y las pacientes que presentaron carcinoma "in situ" se encontraban, en mayor porcentaje, en el grupo de 30-39 años de edad. Además, es necesario señalar la importancia de la longitud del canal en las conizaciones realizadas, ya que no se encontró lesión residual en longitudes mayores de 1 cm.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez Martínez FJ, Romero Pérez F, González Marinello S, Santos Martínez F. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 1997;13(1):5-11.
2. Hidalgo Abud FA. Manual de detección oportuna del cáncer cervicouterino. 2a ed. Sto. Dgo. Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social 1996.

3. Cabezas Cruz E. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):150-160.
4. Iglesias Guin C, Balagueró Dudó J, Vercavins Montosa D, Cabero Roura. VI Curso intensivo de formación continuada en ginecología oncológica. Madrid : Ediciones Ergon; 1998.
5. Walton R, Martínez L, Brañes J, Dabances A. Cáncer de cuello uterino : estadio O y displasia severa. Rev Chil Obstet Ginecol 1995;50(1):40-48.
6. Novak ER, Sugar Jones G, Jones NW. Tratado de ginecología. 9a ed. La Habana : Editorial Científico-Técnica; 1998.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. La Habana. Editorial Ciencia Médicas; 1994.
8. Koba KW, Roman L, Felico JC, Murdespach L, Schlaesth J, Marroco L. The role of endocervical curettage and cervical conizacion for high grade displasia. Obstet Ginecol 1995;85(2):45-48.
9. Miller AB. The natural history of cancer of the cervix and the implications for screening policy. En: Cancer screening Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p. 141-152.
10. Im DD, Duska LR, Rosenohein VA. Adequacy of conizacion margins adenocarcinoma "in situ" of the cervix as predictor of residual disease. Gynecol Oncol 1995;59(2):179-182.