

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



"PERSISTENCIA DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO DEL CÉRVIX, POSTERIOR A TRATAMIENTO CON ELECTROCIRUGÍA - ASA (LEEP), EN LA CLINICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON DEL PERÍODO DEL ENERO 2013 A DICIEMBRE DEL 2015".

TESIS

PARA OBTENER TITULO DE POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

AUTOR:

DR. HAZARMABETH GARCIA ORTEGA

Médico Residente de Gineco-Obstetricia

TUTOR DE LA TESIS

DR. CAMILO URIEL PRAVIA QUIROZ.

Especialista en Gineco-Obstetricia

MANAGUA, NICARAGUA FEBRERO 2016

RESUMEN

Se realizó un estudio Descriptivo, tipo retrospectivo de corte Longitudinal en el que se estudió la persistencia Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado en pacientes sometidas a Asa Diatérmica Consulta Externa Hospital Berta Calderón Roque Enero 2013 – Diciembre 2015.

El objetivo General del estudio fue Conocer la persistencia al tratamiento de las lesiones tempranas ante el manejo con ASA Diatérmica en el periodo de estudio establecido mediante el seguimiento con la prueba de tamizaje diagnóstica como es el papanicolau y posteriormente la realización de biopsia-colposcópica.

La muestra estuvo conformada por un total de 90 pacientes, a través de fórmula estadística probabilística, que cumplieron con criterios clínicos de inclusión diagnosticadas con LESIONES DE ALTO GRADO por Biopsia Colposcópica que acudieron a la clínica 13-3 del servicio de ginecología de la consulta externa del HOSPITAL BERTHA CALDERON en el periodo de estudio.

La fuente de información fue secundaria por revisión de expedientes clínicos.

Obtuvimos los siguientes resultados:

El grupo etario predominante fueron las mujeres entre 30ª 40 años con una mediana de edad 35 años.

En la población estudiada se encontró LIEAG en mujeres multíparas con más de 4 partos, con un inicio de vida sexual temprana antes de los 18 años.

Se correlacionaron compromisos de los márgenes tanto endocervicales como exocervicales como predictor de enfermedad residual con la evolución y seguimiento de la paciente, donde encontramos que ambos márgenes tomados persistieron en un 50%, seguido de los márgenes exocervicales positivos, contrario a los reportados en otros estudios.

Por tanto concluimos, que la conización sigue siendo una técnica eficaz para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones de alto grado sustentado esto por el seguimiento realizado a las pacientes durante los 2 años del estudio con una baja persistencia (6.66%) a pesar de encontrarse muestras con compromisos de los bordes.

Dedicado a:

A Dios por estar presente en mi vida, por bendecir mi camino, por ser mi Guía y darme la fuerza y la sabiduría en cada decisión que he tomado.

A mis padres:

Mamá, gracias por creer en mí, por ser una madre y amiga ejemplar, por transmitirme tu fortaleza, por tu paciencia, tus oraciones, desvelos, y sobre todo por tu amor incondicional.

Papá, gracias por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por tus palabras de aliento, por tener Fe en mí, por tu compañía, tu paciencia, por enseñarme a tener fuerza de voluntad, por enseñarme que no hay obstáculo que no se puedan pasar.

A los dos por ser los mejores padres, por los valores que me inculcaron, por sus consejos y por el esfuerzo que realizaron para que yo pudiera llegar hasta aquí, porque con ustedes mi vida ha sido maravillosa.

A mis compañeros y amigos:

Por hacer más alegres estos cuatro años, gracias por su amistad.

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo es un esfuerzo por encontrar datos estadísticos en lo que respecta al seguimiento de las pacientes con lesiones de alto grado tratadas con asa diatérmica en la clínica 13-3 de la consulta externa de nuestra unidad hospitalaria. Son datos que se encuentran en los expedientes de estadística de este hospital y que requiere de muchas horas de dedicación para conseguirlos y llevarlos a un análisis para ser procesados.

En los últimos años hay mayor preocupación por estas lesiones por parte del Ministerio de Salud con el objetivo de prevenir lesiones mayores como lo es el cáncer invasor ,el seguimiento de estas paciente y aún más cuando la biopsia posterior a la conización reporta márgenes tomados, nos crea la duda clínica de que si estas lesiones va a persistir o no.

Este estudio realizado en el hospital Berta Calderón Roque nos da la imagen real del comportamiento de las lesiones posterior a la conización por ASA y de que tanta persistencia hay posterior a este método terapéutico.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIONES	8
OBJETIVOS.....	9
MARCO TEORICO.....	10
DISEÑO METODOLOGICO DE ESTUDIO	27
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	37
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	46

GLOSARIO

1. **ASCUS:** células escamosas atípicas de significado indeterminado.
2. **ASC-H:** Células escamosas atípicas con lesiones de alto grado que no pueden ser excluidas.
3. **ASC -GUS:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado
4. **CIS:** Carcinoma In Situ
5. **HBCR:** Hospital Bertha Calderón Roque.
6. **IVAA:** Inspección visual con ácido acético.
7. **ICTV:** Comité internacional para taxonomía de los virus.
8. **ITS:** Infección de transmisión sexual
9. **INOR:** Instituto nacional de Oncología y Radiología
10. **LIEBG:** Lesión intraepitelial de bajo grado.
11. **LIEAG:** Lesión intraepitelial de alto grado.
12. **LEEP:** Escisión electroquirúrgica con ASA
13. **NIC:** Neoplasia intraepitelial cervical.
14. **PAP:** Papanicolaou.
15. **TBS:** Sistema Bethesda.
16. **UEC:** Unión escamosa – cilíndrica.
17. **VPH:** Virus del papiloma humano

INTRODUCCIÓN

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los estadios evolutivos: LIEBG y LIEAG. Si no son tratadas, las de LIEAG pueden progresar hacia cáncer cervicouterino.

Se estima que cada año aproximadamente 1 - 2% de las mujeres cursan con lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG). Entre las mujeres seropositivas al VIH la tasa notificada es mayor, llegando a un 10% ⁽⁴⁾

La conización es la indicación perentoria para asegurar o descartar enfermedad invasora. Desde que implementamos el procedimiento con el asa electroquirúrgica, Asa Leep, hace casi una década, se ha producido un aumento notable en el número absoluto de conos realizados por año. La buena aceptación de las mujeres al procedimiento, se basa en la casi ausencia de complicaciones reflejada en la categórica disminución de los días de hospitalización, siendo una intervención esencialmente ambulatoria. ⁽³⁾

Con el objeto de obtener una pieza para estudio histológico satisfactoria, el asa electroquirúrgica, debe realizarse bajo visión colposcópica, incluyendo la totalidad de la zona de transformación utilizando un tamaño adecuado de asa. ⁽¹⁴⁾

En la práctica generalizada el proceso diagnostico consiste en someter a tamizaje a las mujeres utilizando citología (prueba de Papanicolaou) y, si los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico de la Neoplasia intraepitelial se basa en una posterior colposcopia, biopsia de las lesiones sospechosas, y tratamiento solo cuando se haya confirmado histológicamente la presencia de una lesiones de alto grado. El tamizaje tiene como objetivo entonces, detectar las lesiones precursoras en el epitelio cervical que serían el antecedente del cáncer invasor. ⁽¹⁰⁾

La conización se considera el tratamiento definitivo de las diferentes modalidades de LIEAG, siempre y cuando los límites exactos de la lesión sean definidos por colposcopia o cuando el

espécimen histológico muestra márgenes completamente libres de lesión durante el examen cuidadoso del cono. ⁽¹⁵⁾

El índice de recidiva post cono no es mayor que después de una histerectomía convencional, siempre que la conización sea realizada luego de una colposcopia que nos limite el tamaño y límites de la lesión. La eficacia terapéutica del cono disminuye en la medida en que aumenta el grado de la lesión.

No se puede dejar de mencionar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del cáncer cérvico uterino, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, anticonceptivos orales, infecciones cérvico vaginales las cuales conllevan a cambios citológicos en el epitelio cervical siendo inductores de una lesión intraepitelial y posteriormente del cáncer cérvico uterino; varios estudios han demostrado que el VPH es causa necesaria para el desarrollo del cáncer cérvico uterino, siendo aislado en el 97% de los casos de carcinoma escamoso y lesiones intraepiteliales. ⁽¹⁵⁾

El porcentaje de recurrencia o persistencia de estas lesiones es según los diferentes estudios de 5 a 17% independientemente del uso de tratamiento excisional o ablativo. Las mayores tasas de enfermedad persistente se asocian a mayor tamaño lesional, afectación del canal endocervical, márgenes positivos y persistencia del ADN viral (especialmente HPV 16) 6 meses o más post tratamiento. ⁽¹¹⁾

ANTECEDENTES

En Nicaragua las LIEAG son una de las primeras causas de Morbi- mortalidad, el incremento lleva a un problema de salud pública cada vez más preocupante ya que se ha observado un aumento lesiones iniciales en edades más tempranas, ha obligado también, a modificar la conducta terapéutica: tratamiento destructivo local y escisiones con Asa.

Luciano Cruz Edgar y col. En enero 2007 , se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el Hospital “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, en pacientes sometidas a conización cervical con asa diatérmica y esferolisis con el objetivo de, mitigar el sangrado y ampliar el margen de seguridad del lecho quirúrgico; se les dio seguimiento cada 3 meses por 2 años concluye que las pacientes que se les realiza como cervical (por cualquiera que sea su indicación) y aunque tengan bordes quirúrgicos positivos y que se les complemente con electroesferolisis tendrán un mejor pronóstico desde su primer control colposcópico y alcanzarán la curación definitiva a partir de los 12 meses. Se identificó que la persistencia o recidiva de la enfermedad se dio en aquellas pacientes que eran portadoras de alguna otra enfermedad inmunológica.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo llevado a cabo de enero del 2008 a Diciembre del 2009 en Perú, en el hospital IREN NORTE, donde se evaluaron 568 casos con patología de cuello uterino, de las cuales 241 pacientes presentaron Displasia de cérvix. De estas pacientes con diagnóstico de LIEAG fueron sometidas en la primera consulta a procedimiento quirúrgico de cono LEEP.

Como resultado se encontró la recurrencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grado tratadas con cono LEEP en ver y tratar, se presentó en: CIS (2 casos), NIC III (1 caso) y NIC II (2 casos) total de recurrencia 3.31%, estos fueron asociados a otros factores independientemente de los márgenes: 2 casos de CIS asociados principalmente a lesión endocervical, borde comprometido, multifocalidad y tamaño de la lesión, 1 caso de NIC III asociado a borde comprometido y 2 casos de recurrencia de NIC II asociados a

borde comprometido y tamaño de la lesión. Del número total de Cáncer in situ con borde comprometido, lesión endocervical o multifocal, solo 2 casos recurrieron.

Al finalizar este estudio, 146 casos (96.7%) se encuentran sin evidencia de enfermedad y los casos con recurrencia representan el 3.3% de todas las Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de alto grado tratadas en nuestra Institución con Cono LEEP.

Las pacientes con recurrencia fueron reconizadas con CONO LEEP y durante el seguimiento en los 6 meses siguientes, el control cito colposcópico fue negativo y se encuentran libres de enfermedad. ⁽¹⁸⁾

En otro estudio realizado en Chile, se revisan los antecedentes y biopsias de 145 pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial II y III tratadas con conización cervical por asa Leep en la clínica Dávila desde el 1 de junio de 2002 al 1 de mayo de 2008.

Como resultados hubo una correlación colpo-biópsica de 80% (116/145) para Lie de alto grado. Hubo borde positivo en 75 pacientes (51,7%) y negativo en 70 (48,3%). Fue necesario un segundo tratamiento en 5 pacientes (3,4%); en 3 casos En otro estudio realizado en Chile, se revisan los antecedentes y biopsias de 145 pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial II y III tratadas con conización cervical por asa Leep en la clínica Dávila desde el 1 de junio de 2002 al 31 de mayo de 2008.

Como resultados hubo una correlación colpo-biópsica de 80% (116/145) para Lie de alto grado. Hubo borde positivo en 75 pacientes (51,7%) y negativo en 70 (48,3%). Fue necesario un segundo tratamiento en 5 pacientes (3,4%); en 3 casos por recidivas y en 2 por lesiones invasoras. ⁽¹⁸⁾

Un meta - análisis realizado en el Instituto Fernández Figueira. Sao Paulo Med J. 2012, hecho en los estudios publicados entre enero de 1989 y julio de 2009. Se seleccionaron los artículos si eran estudios de cohortes sobre escisión electroquirúrgica tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado con un seguimiento mínimo de un año, un resultado histopatológico de la persistencia de las lesiones y un bajo riesgo de sesgo.

Encontrando como resultados: La búsqueda identificó 7066 artículos y otros 21 en las listas de referencias de los artículos. Después de aplicar los criterios de selección y exclusión, se encontró que sólo cuatro artículos para tener datos extraíbles. El riesgo de persistencia de las lesiones intraepiteliales de alto grado después de un año fue de 11,36 veces mayor (95% intervalo de confianza, IC: 5,529 a 23,379, $P < 0,0001$) en pacientes con márgenes positivos y después de dos años, fue cuatro veces mayor (95% IC: 0,996 a 16,164), aunque sin significación estadística.

La conclusión de este meta-análisis confirma la importancia de los márgenes positivos como indicador de un tratamiento incompleto después del primer año de seguimiento, y pone de relieve la necesidad de técnicas de electrocirugía debidamente elegidos basados en localización de la enfermedad y la extensión con una estrecha vigilancia de estos pacientes.⁽¹⁹⁾

En el trabajo de **Varela y col. año 2009 en Chile** el resultado del seguimiento de bordes comprometidos (33 casos) pos ASA Diatérmica, muestra una segunda conización en 15 e histerectomía en 4. La persistencia de la displasia (NIC) pos como correspondió al 10,9% del total de pacientes, lo cual se corresponde con la literatura.⁽²⁷⁾

Algunos estudios informan para la crioterapia y la conización tasas de fracaso de hasta 10 al 15%, según las características de la lesión, por lo que recomiendan un seguimiento mínimo de un año.⁽²⁷⁾

Herrera-López en el año 2015 realizó en nuestra unidad un estudio Descriptivo, tipo retrospectivo de corte transversal en el que se estudiaron los Resultados del Tratamiento de las Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado en pacientes sometidas a Asa Diatérmica Consulta en Enero 2013 – Diciembre 2014. Relacionó los márgenes tomados (123 ptes) con la evolución que tuvieron las pacientes, encontramos que a pesar de ello, el 47.15% (58 ptes) quedaron libres de

la enfermedad; 32.52% (40 ptes) hubo persistencia, 14.63% (18 ptes) presentaron recurrencia y progresión en el 5.69% (7 ptes) de las pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las LIEAG son lesiones pre neoplásicas, que por su alto grado y por su comportamiento evolutivo, tienen un impacto social en todas aquellas paciente jóvenes y sexualmente activas, La repercusión mayor, se encuentra en el porcentaje de progresión de LIEAG a carcinoma invasor es de un 12 % con una regresión de 32 %. Lo que hace que tengamos una pérdida de años productiva en caso de no dar tratamiento oportuno en estas etapas.

Tanto en la literatura nacional como internacional, existe acuerdo sobre el uso de la conización del cuello uterino como método de diagnóstico y tratamiento, en pacientes con LIEAG. Como método diagnóstico, el cono de cuello uterino ha sido empleado como predictor de lesiones residuales; además sirve para excluir la presencia de carcinomas invasores.

Como tratamiento es una alternativa a la histerectomía, sobre todo en pacientes en las que se desea conservar la fertilidad. La eficacia terapéutica de este procedimiento no es aceptada por todos los autores , esto se debe fundamentalmente a las discrepancias observadas, en cuanto a los índices de enfermedad residual luego de la realización del cono, en este sentido algunas investigaciones han encontrado una correlación directa entre la presencia de lesión en los bordes del cono y la presencia de enfermedad residual , mientras que otros han fallado en demostrar esta relación, de allí que existen autores que han afirmado que la conización no es el tratamiento ideal para las LIAG. Dada esta controversia, se han realizado estudio retrospectivo en el que se compararon los hallazgos histopatológicos de las piezas de conización con los de la histerectomía post cono, como una forma de determinar el valor del estado de los bordes del cono, como predictor de enfermedad residual.⁽⁹⁾

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos este estudio necesario para la evaluar la persistencia de dichas lesiones posterior a la realización de procedimiento por ASA diatérmica. Todo esto con el fin de poder realizar un tratamiento oportuno de estas patologías y así disminuir la morbimortalidad del cáncer uterino, que en nuestro país continua siendo la

principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta ??

¿ CUAL ES PERSISTENCIA DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE GRADO DEL CÉRVIX (LIEAG), POSTERIOR A TRATAMIENTO CON ELECTROCIRUGÍA - ASA (LEEP), EN LA CLÍNICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL PERÍODO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2015"?

JUSTIFICACIONES

En la actualidad, la prevalencia global de lesiones preinvasoras es de un 10-15 %, con una prevalencia de LIEAG del 0.7%. Debido a que el manejo conservador con electrocirugía ASA (LEEP) es un método terapéutico eficaz, sin embargo desconocemos que porcentaje de esta población presentan persistencia de LIEAG

En la clínica de colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque, no existe un conocimiento en relación a lo anterior con una base de datos y estadística que así lo demuestre

Al conocer el porcentaje de persistencia de la LIEAG, posterior a manejo con electrocirugía - ASA (LEEP), nos permitirá determinar el éxito del tratamiento a pesar de tener márgenes libres o tomados en la biopsia histológica, y por otro lado la obtención de muestra fraccionada, con el propósito conocer qué porcentaje de la misma nos puede conllevar a una enfermedad residual.

Esto impactara en una significativa disminución en costo a nuestra institución en el manejo de LIEAG.

En la medida en que se efectuó un diagnóstico oportuno de LIEAG, posterior a tratamiento con electrocirugía ASA (LEEP), se lograra disminuir la tasa de morbimortalidad por LIEAG en nuestra unidad, incrementando la sobrevivencia de la paciente, repercutiendo en la calidad de vida de ellas.

A la vez establecer las bases para estudios posteriores, que permita valorar la eficacia de la conización por ASA diatérmica como tratamiento y diagnóstico de la LIEAG.

OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR LA PERSISTENCIA DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE ALTO GRADO DEL CÉRVIX, POSTERIOR A TRATAMIENTO CON ELECTROCIRUGÍA - ASA (LEEP), EN LA CLÍNICA DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE DEL PERÍODO DEL ENERO 2013 A DICIEMBRE DEL 2015"

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DESCRIBIR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.
2. IDENTIFICAR LOS ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS.
3. IDENTIFICAR EL COMPROMISO DE LOS BORDES EXO Y ENDOCERVILAES POSTERIOR AL TRATAMIENTO CONSERVADOR CON ELECTROCIRUGIA ASA.
4. CONOCER LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL SEGUIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO CON ASA DIATÉRMICA.
5. CORRELACIONAR LOS RESULTADOS DE LOS MARGENES EN EL ESPECIMEN DE CONIZACION CON LOS OBTENIDOS EN LA PIEZA DE HISTERECTOMIA.

MARCO TEORICO

El cérvix lleva una vida muy agitada: Debe servir como barrera para el ingreso de aire y flora microbiana de la vagina, pero debe permitir la salida del flujo menstrual y sufrir la actividad del coito y el traumatismo del parto. No es extraño que a menudo sea el asiento de enfermedades. Es tanto un centinela para las infecciones potencialmente graves de la parte superior del aparato genital así como un órgano diana para los carcinógenos viral o químico, que pueden dar lugar a carcinomas invasores (8).

ANATOMÍA DEL CÉRVIX:

Estructura cilíndrica de 1.5 a 2.5 cm que forma la porción inferior del útero. Está compuesto por tejido colágeno (el cual le proporciona la capacidad de dilatación en el parto), elástico, fibras musculares lisas y recubierto por una mucosa productora de moco protector. Su irrigación está dada por ramas de la arteria hipogástrica; arteria uterina superior y arteria cervico-vaginal las cuales irrigan la porción superior e inferior del útero respectivamente. El drenaje linfático se hace a través de los ganglios hipogástricos y posee inervación simpática y parasimpática con fibras sensitivas que pasan por los nervios II, III y IV sacros hacia las fibras medulares del sistema nervioso central.

De acuerdo a las relaciones anatómicas lo dividimos en dos porciones: una vaginal y una supravaginal, la cara posterior de esta última está cubierta por peritoneo. Dentro de la morfología encontramos un orificio cervical externo, oval en la nulípara, volviéndose en forma de hendidura transversa en la multípara a su vez la relación del tamaño del útero con el cérvix en la nulípara es de uno a uno, mientras la relación en la multípara es de tres a uno.

HISTOLOGIA DEL CERVIX:

En el cérvix se distinguen dos partes: El exocérvix que representa la parte externa del cuello y que se encuentra revestido por epitelio plano estratificado, y el endocérvix o canal endocervical que se encuentra tapizado por una mucosa rica en glándulas y revestido por epitelio cilíndrico mucinos

La zona de transformación o unión escamo-columnar es la zona de transición entre el epitelio estratificado y el cilíndrico. Esta zona corresponde a diferentes etapas de metaplasia escamosa y es la principal localización primaria de la mayoría de los cánceres de cérvix.

El límite entre el epitelio plano estratificado y el cilíndrico se encuentra por lo general a la altura del orificio del cérvix. Sin embargo esta ubicación suele variar dependiendo del influjo hormonal. De esta forma, en la niña, joven nulípara y mujer menopáusica, la unión escamo-columnar se encuentra por dentro del canal endocervical y en la mujer multípara, embarazada, con terapia hormonal o anovulatoria, se encuentra por fuera del orificio externo del cuello. ⁽²⁶⁾

2.4 NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

Se define como una variedad de epitelios escamosos de morfología anormal, en la que se pueden encontrar alteraciones estructurales y en la maduración, así como la ausencia total de diferenciación; están situados en la superficie o relleno de glándulas, pero aun sin invadir. Según la intensidad y variabilidad de dichas anormalidades podríamos agruparlos así:

- NIC grado I: Es una neoplasia ligera, ya sea en el epitelio cervical común o en un condiloma plano marcado por cambios coilocíticos; las alteraciones celulares afectan aproximadamente el tercio inferior de todo el epitelio.
- NIC grado II: Es una neoplasia moderada, puede relacionarse con variación en el tamaño celular y nuclear y con mitosis de aspecto normal por arriba de la capa basal de la mucosa o de los condilomas planos. Hay compromiso de los dos tercios inferiores del epitelio total.
- NIC grado III: Es la neoplasia severa, caracterizada por mayor variación en el tamaño de células y núcleos, en orientación desordenada, hiperchromasia y mitosis normales o anormales; a veces cerca de la capa superficial la diferenciación de las células superficiales y los cambios coilocíticos han desaparecido o se encuentran muy rara vez; en esta displasia los cambios epiteliales no han invadido el estroma

subyacente, pero puede extenderse hacia las glándulas endocervicales, por esto se ha denominado carcinoma in situ. La alteración celular se extiende a través de todo el espesor del epitelio (Tres tercios).⁽²⁶⁾

2.4.1. DIAGNÓSTICO

Las atipias epiteliales y el carcinoma cervical, casi siempre empiezan en o cerca de la unión escamo-cilíndrica del orificio externo. El enfoque diagnóstico está encaminado a la observación de ésta zona. En las etapas de la NIC no se aprecian cambios a simple vista, pero casi siempre es posible detectar células atípicas mediante el examen citológico; además, la colposcopia proporciona una vista aumentada del cérvix y suele revelar zonas anormales. Los focos de cambios epiteliales también pueden hacerse más manifiestos al colorear el cérvix con una solución de yodo (Prueba de Schiller), o con ácido acético que hace que los focos anormales adquieran un color blanco pálido. En última instancia la biopsia guiada por colposcopia y el posterior examen histológico son indispensables y revelan cambios que clasifican la patología.

2.4.1.1. CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL.

La citología es un método paraclínico sencillo, poco costoso y ambulatorio, que tomada adecuadamente permite detectar el cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras, aparte de también detectar infecciones específicas del tracto genital inferior y otras lesiones malignas de otros órganos. En la actualidad se considera como la mejor estrategia para la detección y prevención del cáncer cervical.

Fue descubierta por Georges N. Papanicolau en 1941; posteriormente, en 1947 un ginecólogo canadiense, J.Ernst Ayre, demostró que una muestra obtenida directamente del cérvix con una espátula de madera, era suficiente y fácil para examinar y detectar cualquier lesión que afectara el cuello uterino. De esta forma se implementó la tinción de células exfoliadas del tracto genital inferior por el método de Papanicolau también conocido como PAP.⁽²⁾

Una citología tomada adecuadamente debe tener una muestra del exocérvix, del endocervix y del fondo del saco lateral de la vagina. La muestra debe tener células de la zona de transformación, es decir, la unión escamo-columnar; esta se extiende en una lámina porta objetos formando una capa lo más delgada posible para evitar sobre-posición de células y así facilitar la lectura. La paciente debe instruirse previamente a la toma de la citología; no debe haberse realizado duchas vaginales ni aplicado ningún tipo de medicamento por vía vaginal, horas previas de la toma. Desde 1947 se utiliza el espátula de Ayre para tomar la muestra, luego se adicionó el aplicador de algodón para recolectar la muestra endocervical, pero debido a que el material celular se retiene en el aplicador, éste fue reemplazado por el citocepillo endocervical. Estudios comparativos demuestran una mayor presencia y calidad del componente endocervical en muestras tomadas con citocepillo (98%) comparadas con las tomadas con aplicador de algodón (84%), además se ha informado que la detección de anormalidades citológicas puede aumentar con el uso del citocepillo de 0.38 a 0.75%, por otro lado existe una mejoría en la detección de anormalidades del epitelio columnar del endocérvix y de la presencia de adenocarcinoma del cérvix cuando este existe. ⁽⁵⁾

COLPOSCOPIA

En 1924, el Dr. Hinselmann, inició la colposcopia en Hamburgo. Presentó la utilización del ácido acético diluido para mejorar el estudio colposcópico en 1938.

El colposcopio es básicamente una lupa con fuente de luz a la que posteriormente se le agregó un sistema binocular el cual va sobre un pedestal articulado.

El objetivo de la colposcopia es evaluar estereoscópicamente la zona de transformación cervical. Los patrones característicos observados en la infección por el PVH son: 1) áreas acetoblancas con apariencia micropapular granulada o contorneada, algunas veces rodeadas por lesiones satélites 2) partes blancas queratinizadas con pequeñas formaciones similares a cráteres

3) capilares formando patrones en mosaico. En las neoplasias se observan: 1) capilares en mosaico 2) punteado granular, 3) vasos bizarros irregulares y ampliamente separados.

El estudio colposcópico ha demostrado tener poca especificidad debido a la pobre interpretación de las zonas de blanqueamiento por ácido acético en la región de transformación, que produce falsos positivos. Aunque la sensibilidad de la colposcopia en la identificación de las lesiones en la zona de transición es buena, las neoplasias en el conducto endocervical no pueden observarse, lo que produce falsos negativos. La colposcopia tampoco es tan sensible como la citología para la detección temprana del carcinoma cervicouterino. En consecuencia, no puede aceptarse a la colposcopia como método eficaz en cuanto a costo para la detección en grandes grupos de cáncer cervicouterino. ⁽¹⁶⁾

Según el protocolo de manejo de la patología del tracto genital inferior desarrollado por Profamilia en 1996, las indicaciones de colposcopia son:

- Citologías sugestivas de displasia (LIE) de alto o bajo grado,
- Citologías sugestivas de atipias virales,
- Lesiones cervicales macroscópicas,
- Pacientes con condilomatosis genital, o contactos de compañeros afectados con condiloma,
- Control del NIC, NIV o NIVA,
- Control de pacientes con carcinoma cervical,
- Lesiones vulvovaginales,
- Prurito vulvar que no cede a tratamiento médico,
- Sospecha clínica de endometriosis cervico-vaginal, y Cancerofobia. ⁽²⁵⁾

BIOPSIA

Es el método más exacto para establecer el diagnóstico de las displasias y el carcinoma in situ. La citología exfoliativa y la colposcopia son solo métodos de sospecha. Es un recurso diagnóstico eficaz para excluir cáncer invasor oculto y valorar las lesiones del conducto endocervical, incluyendo adenocarcinoma in situ.

Se han postulado diversas técnicas para la toma de muestras pero en nuestro medio la más utilizada es aquella guiada por colposcopia. Es una toma sencilla y ambulatoria. ⁽¹⁸⁾

HIBRIDACION DEL DNA VIRA

El DNA viral es extraído de la biopsia y puede ser analizado por 2 métodos: Southern Blot o FISH (Filter in situ hybridization), los cuales buscan la presencia de PVH en la suspensión de células de región cervico-vaginal.

En estudio realizado se compararon los hallazgos que por colposcopia sugerían infección por PVH y los análisis por hibridización de DNA buscando los serotipos 6, 11, 16,18 del PVH, mostrando poca concordancia, quizá, porque las lesiones sugestivas de infección en la colposcopia podrían ser por tipos de virus no analizado. ⁽¹⁶⁾

CERVICOGRAFIA

La cervicografía es una técnica de detección fotográfica en la que se toma una foto de 35 mm del cuello después de aplicar ácido acético de 3 a 5% y se proyecta la laminilla de modo que amplifique la imagen del cuello. La técnica fue descubierta por el Dr. Adolf Stalf en 1981. En estudios limitados, se ha encontrado que la cervicografía es más sensible pero considerablemente menos específica que la citología en la detección de neoplasia cervicouterina. Se informó que la sensibilidad de la cervicografía es tan alta como 94% y la especificidad es del 50%. Estudios actuales sugieren que la cervicografía podría tener valor para estudiar mujeres con datos citológicos atípicos cuando no se dispone de colposcopia. ⁽²²⁾

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor.

Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos que conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial. ⁽¹⁸⁾

Los tratamientos destructivos sólo tienen indicación en el condiloma cervical o en la Neoplasia Intraepitelial I, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: lesión pequeña totalmente visible, confirmada en un examen colposcópico valorable, y con ausencia de lesión endocervical verificada mediante legrado o citología con cepillado y asegurando su seguimiento. Con estos criterios, los resultados son semejantes con cualquiera de las técnicas, con tasas de curación del 90-96%. ⁽⁸⁾

En lesiones extensas o Lesiones de alto grado no se debe utilizar la Electrocoagulación ni la crioterapia.

El tratamiento excisional es de elección en las mujeres con Lesiones de alto grado.

Actualmente se realiza con preferencia mediante asa diatérmica con anestesia local y de forma ambulatoria.

Hay muy pocas indicaciones para realizar una conización clásica con bisturí en quirófano. Este tratamiento permite el estudio histológico exhaustivo y diagnostica un carcinoma oculto inicialmente invasivo en aproximadamente un 1 % de los casos. Las complicaciones son fundamentalmente hemorragia en un 3-4 % y estenosis cervicales hasta en 6%. ⁽¹³⁾

Los métodos se dividen en dos grupos:

Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia.
2. Electrofulguración.
3. Fulguración con Láser.

Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

1. Cono frío.
2. Resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP).
3. Cono láser.
4. Histerectomía.

ESCISION ELECTROQUIRURGICA CON ASA -LEEP

La electrocirugía consiste en emplear corriente eléctrica de radiofrecuencia para cortar tejidos o lograr la hemostasia. Quien realiza la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) debe recordar que la electricidad se descarga en el suelo a través de la vía que opone la menor resistencia. La energía eléctrica empleada en electrocirugía se transforma en calor y en energía lumínica.

El calor generado por el arco eléctrico de alto voltaje formado entre el electrodo y el tejido permite al médico cortar tejido por vaporización (a 100°C) o coagularlo por deshidratación (por encima de 100°C). Los electrodos cortantes son asas de acero inoxidable o alambre de tungsteno muy fino (0,2 mm) que permiten cortar en diferentes anchos.⁽²⁶⁾

CONIZACION

Actualmente, desde los noventa, del asa diatérmica ha desplazado totalmente la conización con bisturí y la histerectomía, hasta entonces las técnicas de elección en el tratamiento de las Neoplasias Intraepiteliales. La conización es un procedimiento quirúrgico por el que se extrae parte del cérvix uterino en forma de cono, para diagnóstico histológico exacto y resolver los posibles errores de las micro biopsias, en casos de Lesiones de alto grado, Ca micro invasivo o lesiones endocervicales. Se complementa con legrado de endocérvix restante y de cavidad uterina. Nos puede servir como tratamiento del proceso, en casos de lesiones de alto grado y Ca micro invasivo menor de 3 mm de profundidad, sin invasión vascular linfática, si el patrón

del estroma no es confluyente y cuando los bordes quirúrgicos están libres, en paciente joven con deseo de descendencia. El cono debe incluir toda la lesión atípica, la zona de transformación y llegar en profundidad para incluir la lesión endocervical (en general 2-2,5 cm), pero respetando el orificio cervical interno (OCI).⁽²²⁾

Según la localización de la unión E.C. (zona de transformación) el cono debe ser ancho y corto en jóvenes pre menopáusicas y largo y estrecho en menopáusicas con la unión escamo columnar endocervical.

La electroesferolisis consiste en emplear corriente eléctrica de un equipo de radiofrecuencia con voltaje controlado (60-120volts) utilizando un electrodo con punta en forma de esfera y metálico de 3 a 5 mm de diámetro que permiten cortar tejidos o lograr la hemostasia mediante daño térmico alcanzando una profundidad de 5-8 mm dependiendo la modalidad requerida¹

VENTAJAS:

- o Tasa de curación elevada (entre el 91 y 98%).
- o Se obtiene una pieza solvente para el examen histológico, lo cual permite descartar la posibilidad de una enfermedad invasora.
- o Pocas complicaciones.
- o Se puede realizar de forma ambulatoria en el nivel secundario del sistema sanitario.
- o Rápida (lleva entre 5 y 10 minutos) y técnicamente sencilla de efectuar.
- o En el método de visualización y tratamiento se puede ofrecer diagnóstico y tratamiento a la par, ampliando al máximo la cobertura terapéutica.

DESVANTAJAS:

- o Exige una formación intensiva.
- o Hemorragia posquirúrgica.
- o Se necesita un equipo más complejo.
- o Requiere electricidad.
- o Requiere anestesia local.

CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD DE LA LEEP

- 1• Que haya NIC confirmada por biopsia cervical, si es posible.
- 2• Si la lesión afecta al conducto cervical, debe verse su límite distal o craneal; la máxima extensión (distal) no será superior a 1 cm
- 3• Que no se evidencie cáncer invasor ni displasia glandular
- 4• Que no se evidencie enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana, úlcera anogenital ni trastorno hemorrágico
- 5• Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente
- 6• Que las mujeres hipertensas estén bien controladas
- 7• La mujer debe dar el consentimiento escrito para recibir el tratamiento, después de que se le haya informado detalladamente sobre cómo se realizará y las probabilidades de su eficacia, los efectos adversos, las complicaciones, las secuelas a largo plazo y las posibles alternativas para abordar su problema.

INDICACIONES PARA LA CONIZACIÓN

- 1- Lesiones pre malignas de alto grado (NIC II, NIC III)
2. La lesión se extiende en el conducto endocervical, de modo que no puede llevarse a cabo una evaluación colposcópica de su extensión.
- 3- La UEC no se visualiza por completo.
- 4- Hallazgos de microcarcinoma en una biopsia.
- 4- Legrado endocervical positivo.
- 5- En CACU in Situs.
- 6- En pacientes que desean conservar el útero
- 7-Disociación Citocolposcópica.
- 8-NIC I Persistente
- 9-Persistencia de lesiones de Bajo o Alto grado posterior a una conización.

CONTRINDICACIONES DEL ASA LEEP

1. cáncer invasor del cérvix.
2. La lesión se extiende más de 1 cm en el interior del conducto cervical o su extremo distal o superior no es visible (estas lesiones se tratan mediante conización con bisturí).
3. Infección cervicouterina o infección genital femenina (hasta su tratamiento o resolución).
4. Embarazo o parto en las últimas 12 semanas
5. Trastornos de la coagulación.
5. Periodo menstrual.
6. Enfermedades cardíacas y metabólicas descompensadas.
7. Paciente senil en la cual hay persistencia de lesión de alto grado a pesar de intervención con conización.

TECNICA QUIRURGICA DEL ASA LEEP

1. Que la paciente cumpla con los criterios de admisibilidad
2. En casos de (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana o úlcera anogenital, es aconsejable retrasar la LEEP hasta haber tratado y resuelto la afección.
3. En pacientes Perimenospausicas con atrofia severa por hipoestrogenismo es aconsejable retrasar el procedimiento y dar terapia tópica con estrógenos en 2 – 3 semanas.
4. Confirmación diagnostica del NIC.
5. El instrumental para la LEEP se colocará en un carrito o bandeja.
6. Se aplica Lugol (test de Schiller) para delimitar los márgenes de la lesión antes de comenzar el tratamiento.
7. Se coloca un espéculo metálico aislado con condón de látex para prevenir el choque eléctrico de la paciente si el electrodo activo toca accidentalmente el espéculo y proteger de esta forma las paredes vaginales.
8. Disponer de un sistema de extracción de humos de alto flujo y con filtro para las partículas de humo y los olores.
9. La anestesia local alcanza su efecto a los 30 segundos de la aplicación de un total de hasta 5 ml de xilocaína al 1% a las 3, 6, 9 y 12 en sentido horario en la periferia del estroma cervical con una profundidad de 1 a 2 mm, usando una jeringa de 5 ml y una aguja de calibre 25 a 27.
10. Para reducir la hemorragia durante el procedimiento suele añadirse un vasoconstrictor, como la vasopresina (no más de una unidad), al anestésico local que se inyecta. Para la anestesia local también puede usarse xilocaína con adrenalina al 2% en vez de pitresina, aunque puede causar palpitaciones y temblores de la pierna antes de la intervención.
11. Si se prevé una escisión en dos capas (cono de LEEP), el anestésico local se inyecta también en el conducto cervical anterior y posterior.
12. Hay que emplear un asa más ancha que la lesión y la zona de transformación que deban extirparse. El asa tiene que tener un mínimo de 5 mm de altura
13. Para conseguir la forma y profundidad ideales del corte, conviene mantener el mango del electrodo perpendicular a la superficie del exocérvix, es decir, el travesaño paralelo al exocérvix.

14. se selecciona la potencia apropiada para el modo de corte mixto, y se prende el sistema de extracción de humos.
15. Cuando está a punto de comenzar la incisión con el asa, antes de tocar la superficie cervicouterina, el operador activa la corriente mediante un pedal o accionando con el dedo el interruptor del mango del electrodo.
16. El asa se introduce en el tejido 5mm por fuera del límite exterior de la lesión. Es importante no empujar el electrodo, sino dejar que vaya cortando; el operador sencillamente decide la dirección.
17. El asa va penetrando gradualmente en el cuello uterino hasta que el travesaño está casi en contacto con la superficie epitelial. Luego se guía el asa de forma paralela a la superficie (horizontal o verticalmente, según la dirección de corte) Entonces se retira lentamente el asa, manteniéndola perpendicular a la superficie.
18. En cuanto el asa sale del tejido, se apaga la corriente. No importa si la escisión se hace de derecha a izquierda o viceversa. También es aceptable pasar el asa de atrás hacia adelante. En cambio, no es aceptable pasarla de delante hacia atrás, pues la hemorragia o el propio tejido extirpado pueden quedar colgando y ocultar el campo visual. hasta alcanzar con exactitud la parte exterior del borde opuesto de la lesión.
19. Una vez que se ha extirpado el tejido y colocado en formalina, en el generador electro quirúrgico se selecciona la potencia apropiada para el modo de fulguración.
20. Se fulgura la superficie de la herida quirúrgica con un electrodo de bola de 3 o de 5 mm, en modo de coagulación. También hay que fulgurar los bordes de la herida quirúrgica para preservar la unión escamoso-cilíndrica en el exocérvis visible.
21. Si se consigue una hemostasia satisfactoria, se impregna la superficie de la herida quirúrgica con solución de Monsel y se retira el espéculo.
22. Suele observarse que una paciente muy nerviosa tiende a sangrar más que una relajada, lo que es otra buena razón para comunicarse con la paciente durante toda la intervención y tratar de calmar sus temores.
23. Finalmente es conveniente colocar un taponamiento vaginal a la paciente .indicando que debe retirárselo en un tiempo no menor de 12 a 24hrs.

UN CONO DIAGNÓSTICO SE CONSIDERA TERAPÉUTICO

1. Tamaño suficiente, en relación con el tamaño del cuello.
2. Márgenes exocervical, endocervical y profundos libres de lesión.
3. Legrado endocervical después del cono negativo.
4. Colposcopia, citología y determinación de VPH negativas en el control a los 6 meses.

INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA EN NEOPLASIA INTRAEPITELIAL

En cuanto a la histerectomía, su indicación podemos decir que va a ser

Excepcional:

1. Cuando la lesión es más extensa con afectación de 2 ó 3 márgenes sin deseo gestacional.
2. Difícil seguimiento y control
3. Etapa peri menopáusica
4. Patología benigna asociada.
5. Cérvix pequeños o atróficos
6. Circunstancias que no permiten el manejo conservador o la conización.
7. Paridad satisfecha.
8. Elección de la paciente.
9. Recidiva persistente tras tratamientos escisionales.

CONTROL DE SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE POST ASA

El control de las pacientes tratadas por Lesiones de Alto Grado es una parte muy importante, y a menudo olvidada, del programa de prevención.

Una paciente tratada por una neoplasia Intraepitelial tiene un riesgo mayor de desarrollar un cáncer invasor que una mujer que no ha tenido dicha Lesión.

Diversos factores se han asociado a un mayor riesgo de persistencia o recurrencia lesional:

1. El tamaño de la lesión,
2. Afección de los márgenes quirúrgicos,

3. Edad,
4. Estado inmunológico y
5. Persistencia de la infección por el VPH pos tratamiento. ⁽¹⁴⁾

Los objetivos del seguimiento pos tratamiento son:

- la detección de persistencia(enfermedad residual) y
- la detección de recurrencias (enfermedad “de novo”).

La afectación de los márgenes del cono es la causa principal de enfermedad residual.

REGRESIÓN: el resultado negativo ocurrido entre la fecha del diagnóstico inicial del LIEAG y el siguiente examen practicado.

PERSISTENCIA: Diagnostico dela enfermedad en los primeros 6 meses después del tratamiento.

Se aconseja realizar el primer control en la misma unidad en la que se efectuó el tratamiento. Si los márgenes de la pieza de conización estaban libres de lesión se realizará a los 6 meses pos tratamiento, pero si estaban afectados, se adelantará a los 3 meses. Se practicará una citología, una colposcopia y eventuales biopsias. Si la colposcopia no es valorable o los márgenes estaban afectados, se incluirá un estudio endocervical.

RECURRENCIA: (enfermedad “de novo”) es cuando habiendo transcurrido un año Tras el tratamiento, durante el cual se ha seguido un estricto control sin detectarse enfermedad residual, aparece ésta nuevamente.

PROGRESIÓN:

Cuando se observaba un agravamiento de la LIE registrada inicialmente, independientemente del tiempo en el cual aparezca.

El análisis del ADN-VPH se realizará a partir de los 6 meses.

Con todos los resultados negativos, y tras realizar una citología anual durante años, se puede remitir a la paciente al programa de cribado habitual.

En las mujeres con ADN-VPH positivo con citología y colposcopia negativas se repetirá la citología y test ADN-HPV a los 6 meses.

Si ambas pruebas son negativas, se remitirá de nuevo a la paciente al programa de cribado, y si cualquiera de ellas es positiva se realizará colposcopia. ⁽²²⁾

En presencia de Lesiones de bajo grado (L-SIL) en la citología y/o colposcopia-biopsia, con estudio endocervical negativo, se planteará un tratamiento excisional o destructivo.

Si la citología es de H-SIL y/o la colposcopia igual y/o el estudio endocervical es positivo, se indicará una Reconización.

Desde hace más de una década sabemos que también se están investigando las **vacunas terapéuticas** para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial y el cáncer cervical, capaces de estimular el sistema inmune para identificar y destruir las células infectadas por el HPV. Sin embargo, su desarrollo ha sido lento. No obstante, los resultados iniciales de los estudios en fase II para el tratamiento de las Lesiones de Alto Grado, comunicados en abril de 2006 por tres compañías parecen muy prometedores. ⁽²³⁾

COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS DE LA LEEP

- Dolor transitorio por la inyección del anestésico local en el cuello uterino.
- Se presenta hemorragia peri operatoria intensa en el 2% o menos de las LEEP.
- El riesgo de infección posoperatoria es muy pequeño, y seguramente puede reducirse aún más posponiendo la intervención hasta que, ante un diagnóstico probable de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis de transmisión sexual (por ejemplo, clamidias o gonorrea), tricomoniasis vaginal o vaginosis bacteriana, se ha tratado adecuadamente a la mujer y esta se ha recuperado.
- En los países en desarrollo, puede considerarse la posibilidad de administrar sistemáticamente un tratamiento antibiótico provisional tras la LEEP (doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días y metronidazol 400 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días).
- Estenosis cervical.
- Abortos espontáneos con la excisión de un tejido mayor de 2 cm. ⁽²⁶⁾

CONSEJERÍA Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE POSTERIOR A LEEP

1. Hay que explicarles que tendrán un exudado pardo o negro que durará entre unos pocos días y dos semanas, que deberán consultar con prontitud si persiste por más.
2. Dígale que puede sentir un dolor leve o moderado por unos días; en tal caso, puede tomar ibuprofeno o paracetamol.
3. Se les debe desaconsejar la ducha vaginal, los tampones.
4. Proporciónale preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse de practicar el coito.
5. Indíquelo a la mujer que se abstenga de practicar el coito durante 4 semanas como mínimo hasta que la hemorragia se haya detenido completamente. Con ello evitará la infección y la hemorragia abundante.
6. Cita en 4 semanas para ver el reporte de biopsia.

CAUSAS DE PERSISTENCIA DEL NIC

Cuando el margen inicial del corte del tejido comprometido no abarca los 3-4mm de tejido normal.

Si la profundidad del corte es menor de 5mm

Si el margen lateral es menor de 6mm.

Cuando no logra una adecuada profundidad en el canal endocervical.

Si persisten glándulas o criptas sin reseca por una mal técnica en el tejido reseca.

COMPLICACIONES: En estudios publicados, la estenosis cervical es relativamente rara, ocurriendo principalmente en mujeres postmenopáusicas. Estudios a corto plazo no demostraron efectos adversos en la competencia cervical. El sangrado postoperatorio ocurre solo en 4% de los casos y puede ser manejados en el consultorio, removiendo los coágulos y luego aplicando solución de Monsell o refulguración del cráter. No hay incremento en la morbilidad hemorrágica en relación con la edad, paridad, método anticonceptivo, tamaño de la lesión, día del ciclo menstrual en el cual fue realizada la conización, sin embargo, la ejecución del LEEP justo después de la terminación de la menstruación hace más fácil el acceso para sangrado postoperatorio, lo cual puede ocurrir 1 semana después del tratamiento. ⁽¹⁴⁾

DISEÑO METODOLOGICO

A.TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, longitudinal.

B.DISEÑO DEL ESTUDIO:

Serie de caso.

C.LUGAR Y PERIODO:

Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Clínica de Ginecología en el periodo de Enero 2013 – Diciembre 2015.

E.UNIVERSO DE TRABAJO

Se incluyeron 130 Pacientes con diagnostico histológico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado de cérvix (LIEAG), a las cuales se les realizó tratamiento con electrocirugía ASA en el año 2013, y se dio seguimiento semestral, por 2 años, mediante citología y biopsia dirigida por colposcopia, en la clínica de colposcopia de la Consulta externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque Enero del 2013 a Diciembre del 2015.

F.TIPO DE MUESTRA: Probabilística

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p^*(1-p)^* \left(\frac{Z(1-\frac{\alpha}{2})^2}{d} \right)^2$$

Muestra:

El tamaño de la muestra es estimado a través de la aplicación la fórmula muestral dirigida a dar respuesta al objetivo general.

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo: 130 pacientes que se le realizaron conización por ASA por LIEAG en el año 2013.

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado.

e = Es el margen de error máximo que admito.

p = Es la proporción de característica de la población en estudio que queremos encontrar (en nuestro caso es de 0.25 de ocurrencia)

Total de la población (N)	130
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (E)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) Ocurrencia de SM	25%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	90

G. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Expedientes clínicos completos de pacientes con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado de cérvix (LIEAG), a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico conservador con electrocirugía ASA, y que hayan asistido a su consulta subsecuente a los 6 meses posteriores de su tratamiento con resultado de citología cérvico-vaginal exfoliativa de control, en un lapso de 2 años para determinar remisión total, persistencia o progresión de la lesión.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes que se realizan ASA-Diatérmica en otra unidad y solo se llevó seguimiento en esta unidad.

Paciente que no asistida la consulta externa para seguimiento.

Nota: no se excluyó a ningún paciente.

PROCEDIMIENTO

Se analizaron un total de pacientes conizadas por asa leep con el diagnóstico de neoplasia intraepitelial de alto grado y que posteriormente fueron sometidas a reconización y/o histerectomía por persistir con histología de alto grado. Este estudio se basó en la revisión de fichas clínicas entre Enero 2013 a Diciembre 2015 en la consulta externa de ginecología.

Se realizó la conización bajo colposcopia utilizando un equipo Medgyn AL-106 para realización de colposcopia y electrocirugía con electrodos de asa alámbrica de 1,2 x 0,8 cm y 2 x 1 1/2 cm, espéculos teflonados, equipo de aspiración de humo anestesia local y solución de lugol y ácido acético 3-5%, obteniéndose labio anterior, posterior y canal endocervical. Todas las pacientes fueron sometidas a la misma técnica.

Las muestras fueron estudiadas en la unidad de anatomía patológica evaluando el porcentaje de compromiso por lesión de alto grado. Para esto se tomaron las muestras enviadas y se procesaron en cortes de 1 a 2 mm de grosor. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete computacional SPSS versión 22, que analizó las variables en forma independiente.

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Escala de medición</i>
Objetivo #1				
Edad Cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la inclusión al estudio.	< 18 años 19- 29 años 30 a 40 años 41-51 años >52 años	Cuantitativa discreta	Razón
Procedencia	Lugar donde actualmente Vive una persona	Rural Urbana	Cualitativa Dicotónica	Nominal no numérica
Objetivo # 2				
Inicio de vida sexual activa. (IVSA)	Edad cronológica de la primera penetración vaginal.	<18 años >18 años	Cuantitativa discreta	Razón
Paridad	Total de parto al momento del estudio	Gestación Partos Aborto Cesarea	Cuantitativa	Razón
Numero de compañero sexual	Total de compañeros sexuales que ha tenido el paciente.	<i>Numero de compañeros sexuales</i>	1 2-3 >3	Razón
Tiempo Transcurrido entre el IVSA y la aparición de la lesión	Es el tiempo transcurrido entre el inicio de vida sexual y el diagnóstico de LIEAG	<6 años >6 años	Cuantitativa Discreta	Razón

Objetivo #3				
Bordes comprometido	Compromiso de los borde de la pieza quirúrgica posterior a realización de ASA diatérmica.	Libres Con lesión residual Endocervical+ Exocervical + No valorable	Cuantitativo Discreta	Ordinal no numérica
Objetivo #4				
Seguimientos de la LIEAG posterior a conización por ASA	Seguimientos de la LIEAG en meses posterior a conización por ASA	4 meses 8 meses 12 meses 16 meses 18 meses 24 meses	Cuantitativa	Razón
Objetivo #5				
Tratamiento de la persistencia posterior ASA-diatérmica	.Histerectomía y/o reconización posterior a la conización por ASA	Si No	Cualitativa Dicotomica	Nominal no numérica

IMPLICACIONES ÉTICAS

Se realizará el presente estudio apegándonos estrictamente a lo que nos marca:

LA LEY GENERAL DE SALUD-LEY No. 423 aprobada el 14 de Marzo 2002, en el SECCION I de investigación para la salud Art 15 y 16.

Los lineamientos que nos marca el documento de Las Buenas Prácticas Clínicas que es un estándar internacional ético y de calidad científica para diseñar, conducir, registrar y reportar estudios de investigación. El cumplimiento con este estándar proporciona una garantía pública de que los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un estudio están protegidos, acorde a los principios que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, con su última asamblea en Seúl 2008.

Solo se revisaran expedientes clínicos, guardando la necesaria confidencialidad y el anonimato de pacientes.

Se toma en consideración la norma oficial de Nicaragua sobre el “Manejo del expediente clínico y manual para el manejo del expediente clínico-NORMATIVA 004 SEGUNDA EDICION JUNIO 2013.

Se solicita la aprobación por el comité de ética en investigación del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.

Los datos de las pacientes se manejarán de forma estrictamente confidencial, usándolos únicamente para el análisis final de los resultados del estudio.

RESULTADOS

De un total de 90 pacientes que integraron la muestra del estudio se constató que las características Socio- Demográficas más relevantes fueron la edad predominante en el grupo 30-40 años con un 51.1% del total de la muestra, y en pacientes de 19-29 años con un 26.1% respectivamente, con una mediada de edad de 35 años, con una edad mínima de 16 años y máxima de 53 años respectivamente. *Cuadro #1*

Con respecto a la procedencia de las pacientes estudiada el 76.7% es del área urbana y el 23.3% del área rural. *Cuadro 1.1*

Entre los antecedentes Obstétricos se destacaron en cuanto a la gestación que el mayor número de mujeres tenían 4-6 gestaciones para un 55.6%; mientras que solamente 23.3% presentaron 1-3 embarazos. *Cuadro# 1.2*

En relación al Número de Compañeros Sexuales 61 pacientes que corresponde al 67.8% tenían un compañero sexuales, mientras que 22 pacientes para un 24.2% tenían de 2-3 compañeros sexuales y solamente 7 pacientes (7.8%) tenían más de 4 compañero sexual; con una mediana de 2, con un valor mínimo 1 y máximo 5. *Cuadro#2*

El Inicio de Vida Sexual Activa se dio más en el intervalo de edad de menores de 18 años con 63 pacientes lo que corresponde a un 70%, seguido por el intervalo de edades mayores de 18 años con 27 pacientes para 30%. *Cuadro#2.1*

Correlacionando el inicio de vida sexual Activa con el inicio de la lesiones Intraepiteliales de alto grado se encontró que en 84 pacientes que corresponde 93.3 % de la pacientes tenían más de 6 años de haber iniciado vida sexual y solo una minoría 6.7% tenía menos de 6 años.

En relación al Diagnostico histológico posterior a la realización de la conización con ASA Diatérmica evidencia el reporte histológico que 73 paciente que corresponde al 81.1% se evidencia la presencia de LIEAG; mientras que un 17.7% se trataba de LIEBG y solo en un paciente que corresponde a 1.11% dio como resultado Carcinoma micro invasor. Cuadro#3

Al comparar los márgenes reportados posteriores al ASA Diatérmica en pacientes **confirmadas** con LIEAG (90); 46 de ellas tenían márgenes libres, 41 de ellos presentaban márgenes positivo; entre los márgenes positivos el que más predomino fue el exocervical en 21 muestra que corresponde al 23.3%; seguido del margen endocervical positivo con 12 muestra que corresponde al 13.3%, y ambos márgenes o bordes tomados en 8 muestra que corresponde al 8.9%; y en 3 de las pacientes los márgenes no fueron valorables por fragmentación de la muestra. Cuadro#3.1

Al relacionar los márgenes tomados (41 pacientes) e incluyendo los márgenes no valorados por fragmentación, con la evolución que tuvieron las pacientes, encontramos que a pesar de ello, el 86.4% (38 ptes) quedaron libres de la enfermedad; y el 13.6% (6 pacientes) hubo persistencia. De ellos ambos márgenes tomado persistieron en un 50% (3) seguido de los márgenes exocervicales positivo en un 33.3% (2 pacientes) y en menor porcentaje los bordes endocervicales en un 16.3% (1 pacientes) persistió la lesión. Cuadro#3.2

En el seguimiento dado a las pacientes estudiadas en el periodo de estudio en los primeros 4 meses de seguimiento posterior a la conización por Asa diatérmica, encontramos no hubo persistencia en 89 pacientes que corresponde 98.9% y solo un caso persistió lo que corresponde 1.1%; en el seguimiento a los 8 meses no hubo persistencia en 87 pacientes lo que corresponde 96.7% y persistieron 3.3%, en el seguimiento a los 16 meses encontramos una persistencia de 2.2% (2 pacientes) y el 97.8% no lo hubo; a los 18 y 24 meses en el 100% de la paciencia no hubo persistencia. Cuadro#3.2

Al correlacionar los datos obtenido en la persistencia se trataron según la caracterización de cada caso por individual; la realización de reconización 33.3% (2) e histerectomía 66.7% respectivamente. Cuadro#5

De acuerdo al tratamiento que se oferto a las paciente que persistió con lesión residual posterior a la conización con ASA de Diatérmica se encontró que el 66.7% (4 pacientes) se le realizo histerectomía y solo 33.3% (2 pacientes) se le realizo reconización.

Al correlacionar la lesión residual posterior al tratamiento de la persistencia (reconización/ Histerectomía) los resultados obtenido en la reconización se encontró que había lesión residual en el 100% de las paciente, en el caso contrario que recibieron como tratamiento la realización histerectomía pudimos encontrar que en el 75% de los caso había lesión residual, no obstante que el 25% de la pacientes tratada como persistencia estaba libre de lesión.

Cuadro#5.1

Análisis y Discusión de Resultados

Al analizar las características Socio-Demográficas encontramos que la población más afectada es la comprendida de los 30 años a 40 años en comparación con los demás grupo etarios, con una media de edad 35 años ; correlacionando los datos obtenidos en nuestro estudio con los estudios internacionales, donde han encontrado una mediana de edad entre 32-35 años, en pacientes que se le ha realizado ASA diatérmica por LIEAG, en estudio previos en nuestra unidad donde han valorado diferentes comportamiento de las lesiones intraepiteliales, donde han encontrado afectación en poblaciones más jóvenes, estos es debido a que incluyen LIEBG que se presenta más comúnmente en esto grupo etario como consecuencia el curso normal de la enfermedad. ⁽⁶⁾

Con lo referente al origen geográfico de las pacientes en estudios, se encontró que el 76.7% procedían del área urbana, Esto se debe en parte a que el estudio se realizó en un hospital de referencia nacional en un área urbana; y por otro lado al fácil acceso que presta esta unidad para la población urbana en comparación a la población rural en donde su acceso a las unidades de salud es menos frecuente por su situación geográfica así como por su nivel sociocultural, estos resultados guardan relación con los encontrado por Chávez-Avilés en el año 2008 donde estudió en esta unidad el comportamiento de las lesiones pre-maligna de cérvix. ⁽⁵⁾

Al analizar los antecedentes Gineco-Obstetricos encontramos que la población en estudio son multíparas y tenía entre 4-6 gestaciones para un 55.6% de la población. Aún no se han determinado las razones fisiológicas de esta relación; sin embargo, se ha considerado que los cambios hormonales relacionados con el embarazo, como el estado de inmuno-supresión fisiológica que este induce y los traumatismos cervicales en el momento del parto pudiesen tener alguna función. Sin Embargo al compararlo con estudios nacionales e internacionales el comportamiento estadístico guarda relación con nuestro estudio. ^(5,8,9)

En relación al Número de compañeros sexuales se encontró que el 67.8% de los pacientes tenían 1 compañero sexuales seguido de 2-3 compañeros sexuales con un 24.2% . Como bien sabemos a mayor número de compañeros sexuales mayor será el riesgo de contraer unas enfermedades de transmisión sexual y así mismo de desarrollar una lesión pre-maligna de cérvix, sin embargo estos datos puede tener mayor importancia clínica si lo asociamos con el comportamiento sexual se de la pareja,

El Inicio de Vida Sexual Activa se dio más en el intervalo de edad de menores de 18 años lo que corresponde a un 70%, Este datos son de suma importancia para el desarrollo de patología cervical ya que como es bien sabido el riesgo de NIC aumenta 26 veces en las mujeres que iniciaron vida sexual en la adolescencia; comportamiento contrario en estudio realizado por Varga en nuestra unida donde entro que la paciente iniciaban vida sexual entre 20-35 años ⁽⁷⁾

Al correlacionar el inicio de la vida sexual con la aparición delas lesiones intraepiteliales de alto grado encontramos que el 93.3% de la paciente tenía más de 6 años de haber iniciado vida sexual, esto coincide con lo reportados por otros autores donde estudian el comportamiento natural de la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

Resultados histológico encontrados en el estudio respecto al grado de lesión cervical posterior al manejo con ASA Diatérmica, más del 81.1% presentaba LIEAG seguida de LIEBG y CaCu microinvasor, resultado similar a los encontrado en el estudio Urdaneta-Machado y asociados, así como el estudio realizado por Herrera-López 2015 en nuestra unidad ^(25,28)

En la mayoría de los casos post ASA se encontraron márgenes libres en el 51.1% pacientes, y de los márgenes tomados solo 45.1% (41); y en tres casos no fue valorado por fragmentación de la muestra, el porcentaje de márgenes tomados el que más se relacionó con lesión residual es la afectación tanto del margen endocervical como exocervical (ambos tomados) seguido de los margen exocervical positivo. En estudio a nivel mundial y la literatura reciente han demostrado y reconocido que el margen endocervical positivo es un

fuerte indicador de enfermedad residual, ya que su presencia se asocia hasta un 50% de lesión en el cono central. Y de tal manera un impacto en la recurrencia posterior a la conización por ASA. ⁽¹⁰⁾

Con respecto al seguimiento de la paciente se realizó de primer instancia a través de Papanicolaou, colposcopia y el diagnóstico de lesión residual se realizó mediante biopsia, encontrado que el 86.4% quedaron sin lesión residual y hubo persistencia en el 13.6% de los casos; encontrando una tasa de curación a partir de los 18 meses. Según estudio realizado por Luciano-Cruz en 2013 comparo que las pacientes que se les realiza cono cervical y aunque tengan bordes quirúrgicos positivos y que se les complemente con electroesferolisis tendrán un mejor pronóstico desde su primer control colposcópico y alcanzarán la curación definitiva a partir de los 12 meses. ⁽¹⁴⁾

La persistencia global encontrada en nuestro estudio es del 6.66 %; en comparación con estudios internacionales presentaron persistencias del 10% según Varela y col. en el 2009. Otros estudios refieren que las tasas de fracaso pueden oscilar entre el 10 y 15%.

Conclusión

- Las principales características socio-demográficas de la paciente sometida a conización por ASA encontramos que:
- El grupo etario predominante fue 30 a 40 años de edad, con una media de 35 años, y en su mayoría geográficamente procedía del sector urbano.
- Entre los antecedentes Gineco-obstétricos más relevantes en la población estudiada se encontró LIEAG en mujeres multíparas con 4-6 partos, con un inicio de vida sexual menor 18 años y que tenían 1 compañero sexual.
- Al estudiar las pacientes con resultados de biopsia posterior a la conización por ASA que reportan márgenes tomados en 41 pacientes, con una persistencia de lesión residual 13.6%.
- La persistencia Global encontrada en nuestro estudio fue de 6.66%
- Como resultado del seguimiento posterior al procedimiento como lo establecen los protocolos de manejo de las lesiones tempranas se logró identificar que a partir de los 18 meses encontramos una tasa de curación del 100%

Recomendaciones

1. Aumentar la cobertura de realización de ASA diatérmica al 100% de la pacientes con diagnóstico de LIEAG, ya que es un método seguro y eficaz como tratamiento definitivo de esta patología
2. Capacitación y actualización continua de manera estandarizada a todo el personal médico ginecólogo sobre la técnica de conización por ASA para la obtener mas muestra con márgenes libres, ya que es un procedimiento económico, poco doloroso, con un bajo índice de complicaciones y alto porcentaje de
3. Solicitar la adquisición de Asa de mayor tamaño para ser utilizada en lesiones extensa, con el objetivo de tener márgenes libres y no fraccionados.
4. Garantizar que se cumplan los protocolos determinados por el Ministerio de salud y según Normas Internacionales sobre el manejo y seguimiento cito-histológico de las pacientes con lesiones pre-invasivas de cérvix.

BIBLIOGRAFIA

1. Almanza, Israel Díaz Ortega. Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino. *Rev Cubana Cir* v.47 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2010.
2. ACOG Practice Bulletin number 66. (2005). Management of abnormal cervical cytology and histology. *Obstet Gynecol*, 106:645–64
3. Bonomo S Yenny M. Histerectomia Post Cono. *Estudio Clínico patológico. Centro Materno Infantil DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ*. .Boletín Médico de Postgrado. Vol. XVIII N° 3 Julio – Septiembre 2002
4. Broders, A.C. (1932) Carcinoma *in situ* contrasted with benign penetrating epithelium. *J. Am. Med. Assoc.*, 99, 1670.
5. **Chávez Avilés, Roger Alexander**. Comportamiento de las lesiones pre-malignas de Cervix en pacientes que acuden al servicio De consulta externade ginecologia del hospital berthta calderon roque durante el periodo comprendido entre enero del año 2008 a enero del año 2010.
6. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014
7. Dr. Vargas Byron Ernesto. Managua, Febrero 2012. Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones Pre Invasivas del Cérvix, relacionadas a VPH en dos años, período comprendido entre el primero de Enero del año 2010 al primero de Enero del año 2012 en el servicio de consulta externa del HBCR
8. *Dr. Zeledón Contreras. Correlacion Citologica, Colposcopia e Histologica*

de las Lesiones Premalignas de Cervix en Pacientes atendidas en el Hospital Fernando Velez Paiz. Publicada 2007, Managua, Nicaragua.

9. **Factores Predictivo de enfermedad residual en Cono Central Cervical (TOP HAT) en el tratamiento de la lesiones preinvasoras del cuello uterino** Universidad Nacional de México. México D.F 2013.
10. Factores Predictivos en el diagnóstico y la evolución de las Neoplasias Cervicales Intraepiliales (CIN) Hospital universitario Virgen de las Nieves Departamento de OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA UNIVERSIDAD DE GRANADA.
11. *Gómez Fernández Julia.* Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada **PATOLOGÍA BENIGNA Y LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX.** 2007.
12. González P, Puga M, Mondaca L, Maluje R, Ledezma R, Mira M. Reporte comparativo de procedimientos escisionales en patología cervico — uterina. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2004;
13. La Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990. Actualizaciones.
14. Luciano Cruz Edgar, López Velázquez José Luis, Trejo Solórzano Oscar. **Pronóstico de las Lesiones Cervicales Sometidas a Conización Y Electroesferolisis.** Hospital Regional Lic. “Adolfo López Mateos”. Coordinación de ginecología y obstetricia.Servicio de colposcopia. ISSSTE. México.
15. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes Washington, D.C.: OPS, © 2003

16. Montero de G B y Aponte A: Histerectomía post-conización en frío (análisis de 59 casos). Rev Obst Gin Venezuela 46(2): 71-73. 1986.
17. Montero León Jorge Felipe, Bosques Diego Omar de Jesús, Delgado Almanza Israel Díaz Ortega. **Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino.** Rev Cubana Cir v.47 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2010.
18. Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) tratadas con cono leep en la modalidad de ver y tratar en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN Norte, del 2008 al 2009
19. **Oliveira CA¹, Rusomano FB, Gomes Júnior SC, Corrêa Fde M.** Risk of persistent high-grade squamous intraepithelial lesion after electrosurgical excisional treatment with positive margins: a meta-analysis. Sao Paulo Med J. 2012;130(2):119-25
20. Protocolo de prevención del cáncer cérvico-uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (ivva) y tratamiento con crioterapia. NORMATIVA – 037. MINSA. Managua, agosto 2009
21. REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA 2008
22. Roa E, Osorio E, Lizana S, Herrera R. Conización LEEP en NIE de alto grado en una institución privada de salud. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2009; p259—62.
23. Rodríguez AO et al: Conización e histerectomía en el carcinoma in situ de cuello uterino. Rev Obst Gin Venezuela 30(3): 419-423. 2009.

24. Santiago Escobar y col. Evaluación de la eficacia de la conización cervical con radiofrecuencia en paciente con NICIII Profamilia 1996-1997. Medellín, Colombia.
25. Urdaneta-Machado José Ramón y Col. Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino. Universidad del Zulia, Post grado de Obstetricia y Ginecología, sede Hospital Universitario de Maracaibo 2010.
26. WorrenTorriente H, valdes . *Valor de la electrocirugía como Tratamiento conservador del carcinoma in Situ del cuello uterino*. Rev cubana obstet Gynecol 2002.
27. Varela P Jorge., Javier Egaña F., Danisa González. *CONIZACION POR ASA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN*. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.1 Santiago 2002.
28. Z .Herrera López. Resultados del tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes sometidas a asa diatermica consulta externa hospital berthta calderon roque enero 2013 – diciembre 2014.

Anexos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha: _____

Exp: _____

1+. Edad de la paciente: <18 años _____

19-29 Años _____

30-40Años _____

41-51 Años _____

>52 años _____

2+. Procedencia Rural _____

Urbano_____

3+.Parida:

	1-3	4-6	>7
Gesta:			
Parto:			
Cesárea:			
Aborto:			

4+.Numero de compañero Sexual

1 _____

>2-3_____

3 _____

5+. Inicio de vida sexual:<18 años

>18 años

6+ Tiempo trascurrido entre IVSA y aparición de la LIEAG

<6 años

> 6 años

7+. Compromiso de los bordes posterior a conización en pacientes con lesión cervical de alto grado.

Libre	_____					
Exocervical	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2">}</td> <td>Positivo</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Negativo</td> <td>_____</td> </tr> </table>	}	Positivo	_____	Negativo	_____
}	Positivo		_____			
	Negativo	_____				
Endocervical	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2">}</td> <td>Positivo</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Negativo</td> <td>_____</td> </tr> </table>	}	Positivo	_____	Negativo	_____
}	Positivo		_____			
	Negativo	_____				
No valorable	_____					

8+ Pacientes con bordes positivos y seguimiento

Seguimiento en meses					
Lesión de borde del cono	4 m	8m	12m	18m	24m
Exocervix					
Endocervix.					
Ambos tomados					
Negativos					

9+ Tratamiento de la persistencia

Reconización _____
 Histerectomía _____

10+ Relación entre el cono y la histerectomía post cono.

Bordes del cono por ASA	Lesion recidual en biopsia histerectomía	N°
Positivo	Presente	
Positivo	Ausente	

OBJETIVO#1

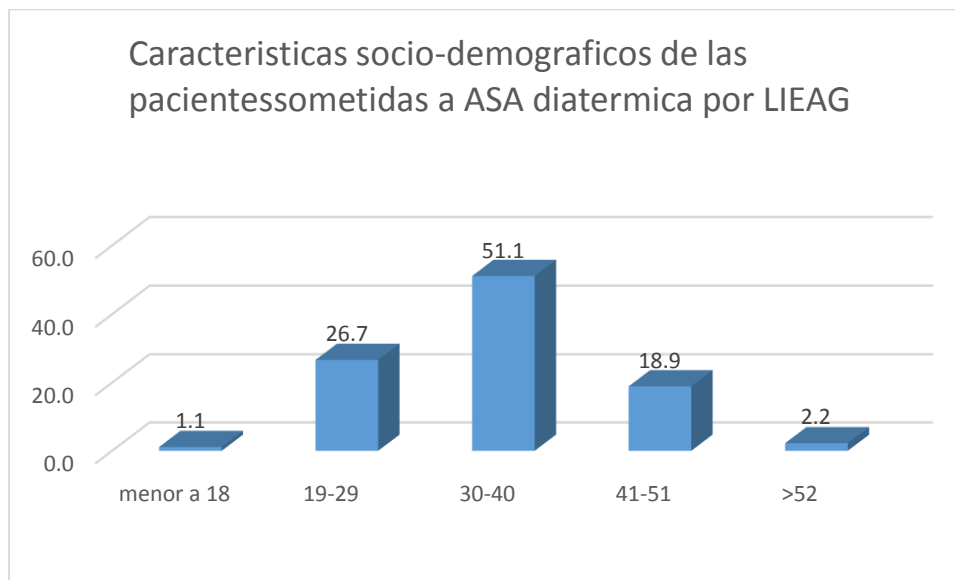
1. DESCRIBIR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

CUADRO#1

Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón Enero a Diciembre 2013.

<i>Grupo Etario</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
menor a 18	1	1.1
19-29	24	26.7
30-40	46	51.1
41-51	17	18.9
>52	2	2.2
Total	90	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

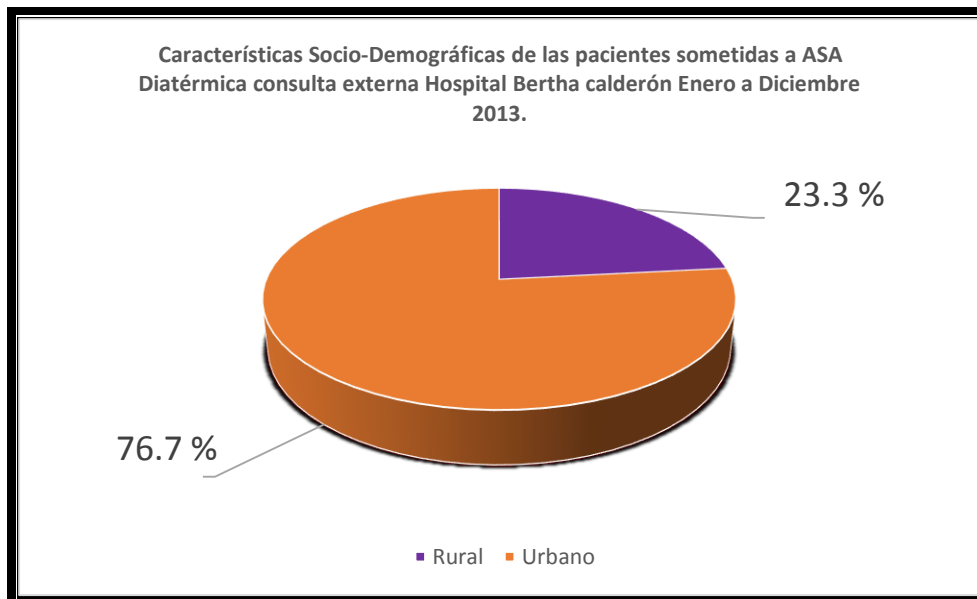


CUADRO#1.1

Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón Enero a Diciembre 2013.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje válido
<i>Rural</i>	21	23.3
<i>Urbano</i>	69	76.7
<i>Total</i>	90	100

Fuentes: expediente Clínico.

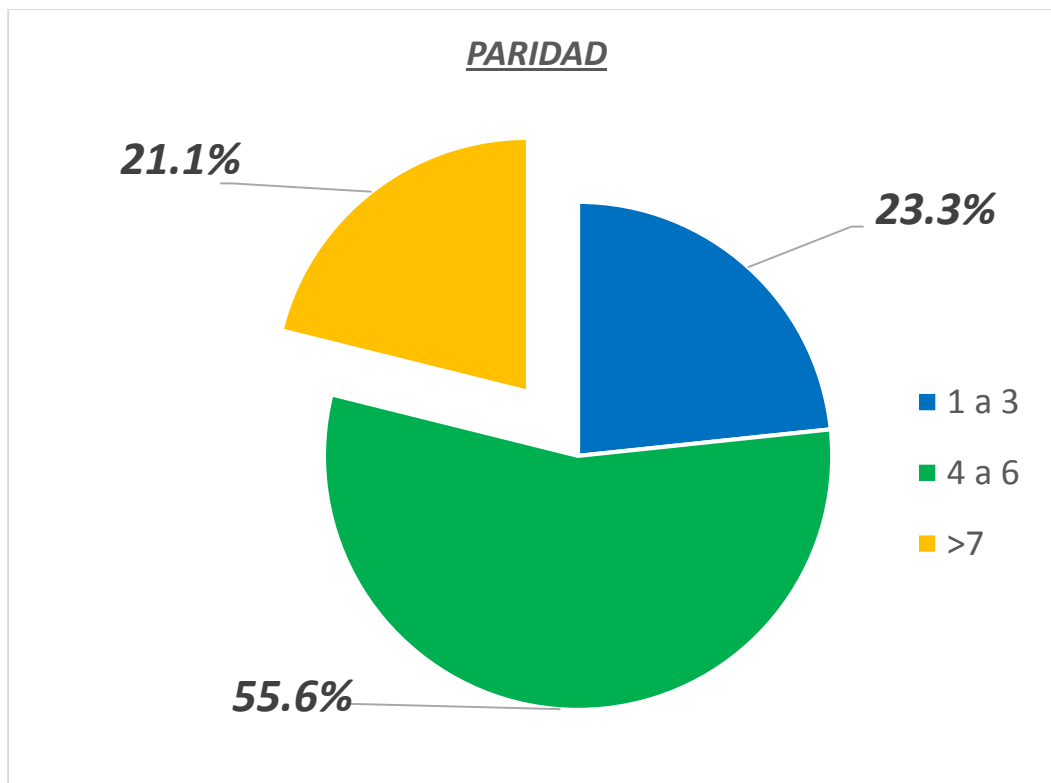


CUADRO#1.2

Características Socio-Demográficas de las pacientes sometidas a ASA Diatérmica consulta externa Hospital Bertha calderón Enero a Diciembre 2013.

<i>Paridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
1 a 3	21	23.3
4 a 6	50	55.6
>7	19	21.1
Total	90	100

Fuentes: expediente Clínico.



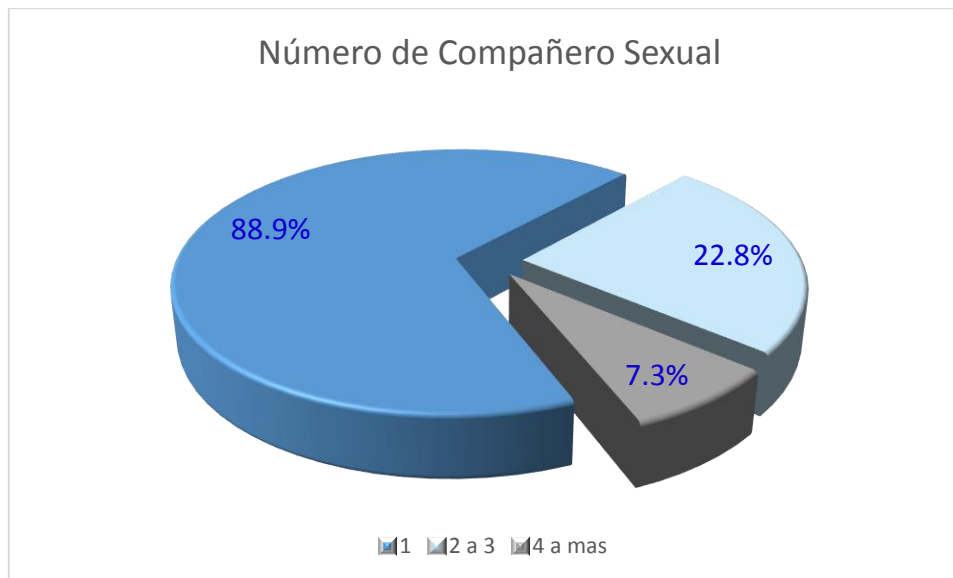
OBJETIVO#2

IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CUADRO #2

Numero de compañero Sexual	Datos	
	Frecuencia	Porcentaje válido
1	61	67.80%
2 a 3	22	24.20%
4 a mas	7	7.80%
Total	90	100%

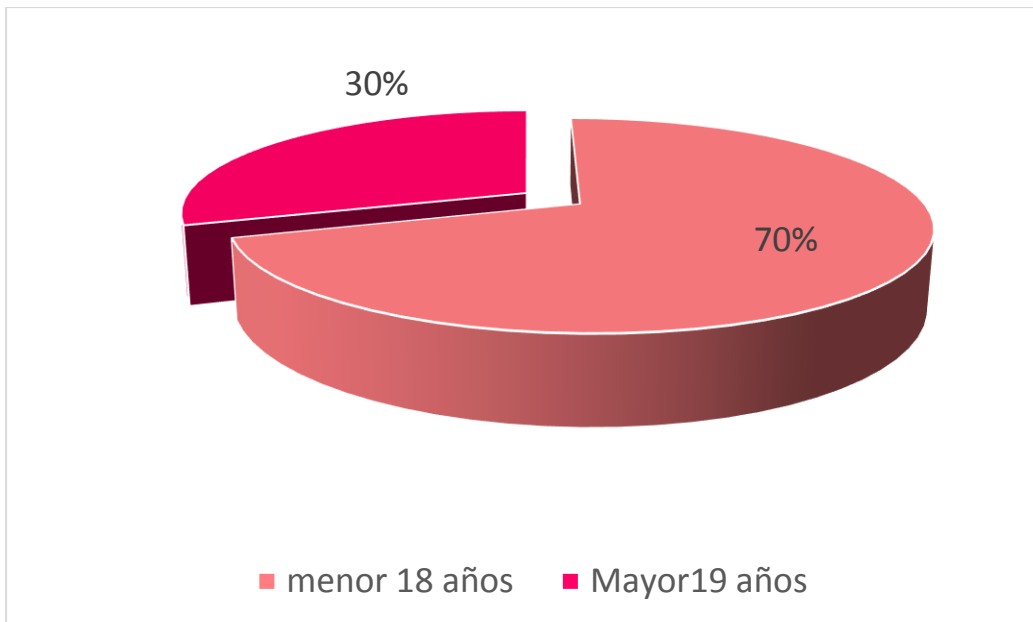
Fuentes: expediente Clínico



CUADRO# 2.1 Inicio de Vida sexual activas en la pacientes en estudio.

<i>Inicio de vida sexual</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
menor 18 años	63	70%
Mayor19 años	27	30%
Total	90	100

Fuentes: expediente Clínico.

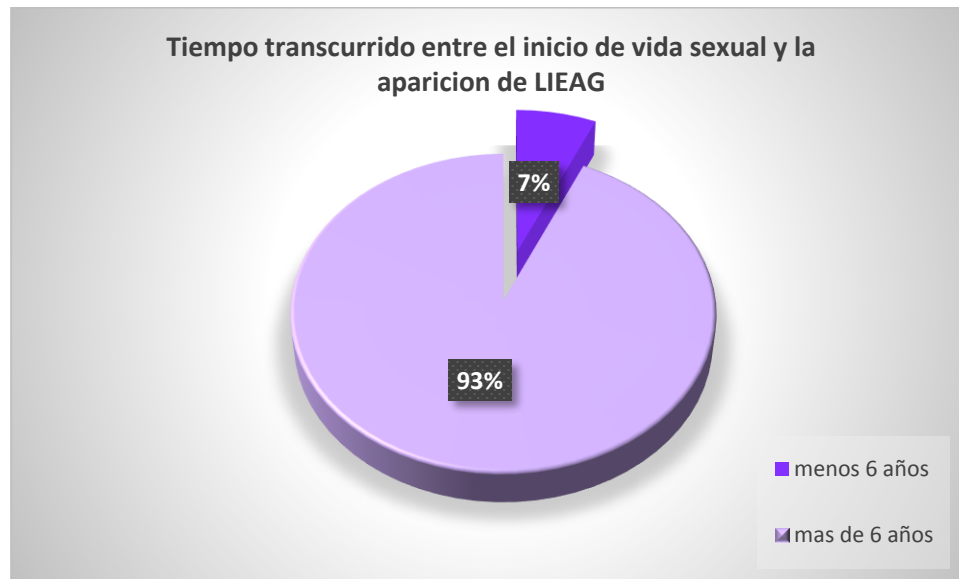


CUADRO#2.

Comparación entre el Inicio de vida Sexual activa y La aparición de lesión intraepitelial de alto grado en las pacientes en estudio.

Tiempo Trascurrido entre el IVSA y LIEAG	Frecuencia	Porcentaje válido
<i>menos 6 años</i>	6	6.7%
<i>más de 6 años</i>	84	93.3%
Total	90	100.0

Fuentes: expediente Clínico.



OBJETIVO #3

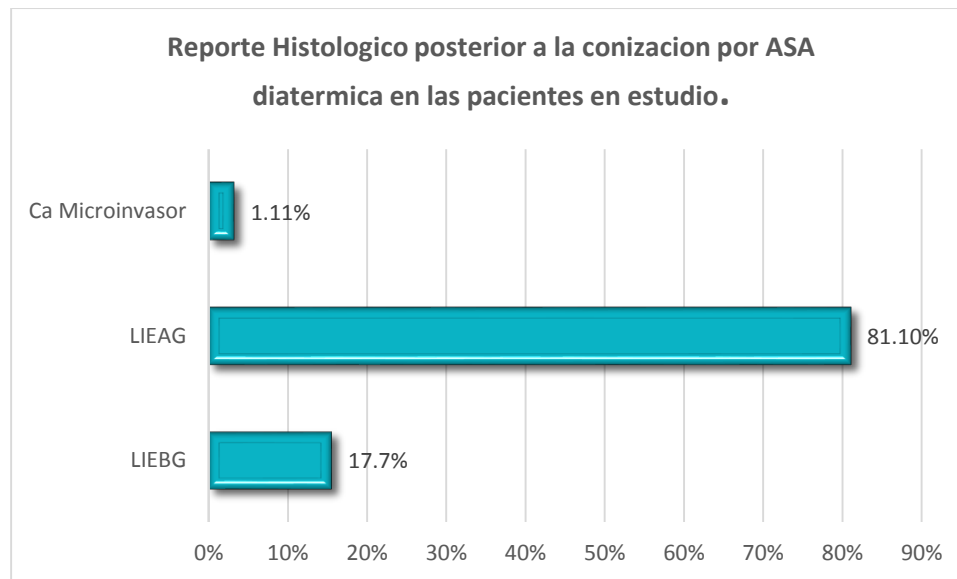
IDENTIFICAR EL COMPROMISO DE LOS BORDES EXO Y ENDOCERVILAES POSTERIOR AL TRATAMIENTO CONSERVADOR CON ELECTROCIRUGIA ASA DIATERMICA.

CUADRO #3

Resultados Histopatológicos posterior al ASA diatérmica en la población a estudio.

Reporte histológico	Frecuencia	Porcentaje válido
LIEBG	16	17.7%
LIEAG	73	81.10%
Ca Microinvasor	1	1.11%
Total	90	100%

Fuentes: expediente Clínico.

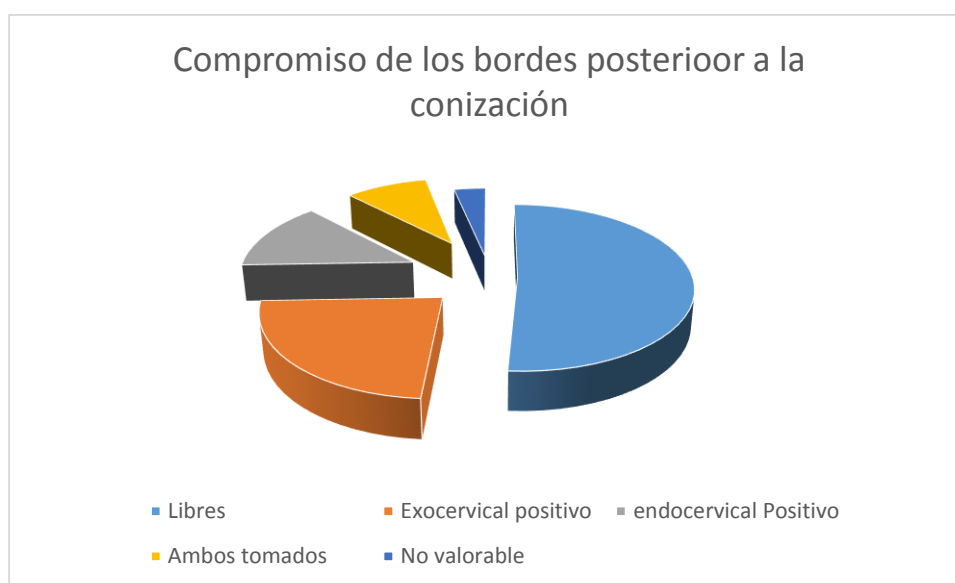


CUADRO # 3.1

COMPROMISO DE LOS BORDES EXICERVICALES Y ENDOCERVICALES PORTERIOR A LA CONIZACION POR ASA –DIATERMICA EN LAS PACIENTE EN ESTUDIO.

Compromiso de los bordes posterior ASA	Frecuencia	Porcentaje válido
<i>Libres</i>	46	51.10%
<i>Exocervical positivo</i>	21	23.30%
<i>endocervical Positivo</i>	12	13.30%
<i>Ambos tomados</i>	8	8.90%
<i>No valorable</i>	3	3.30%
Total	90	100%

Fuentes: expediente Clínico.



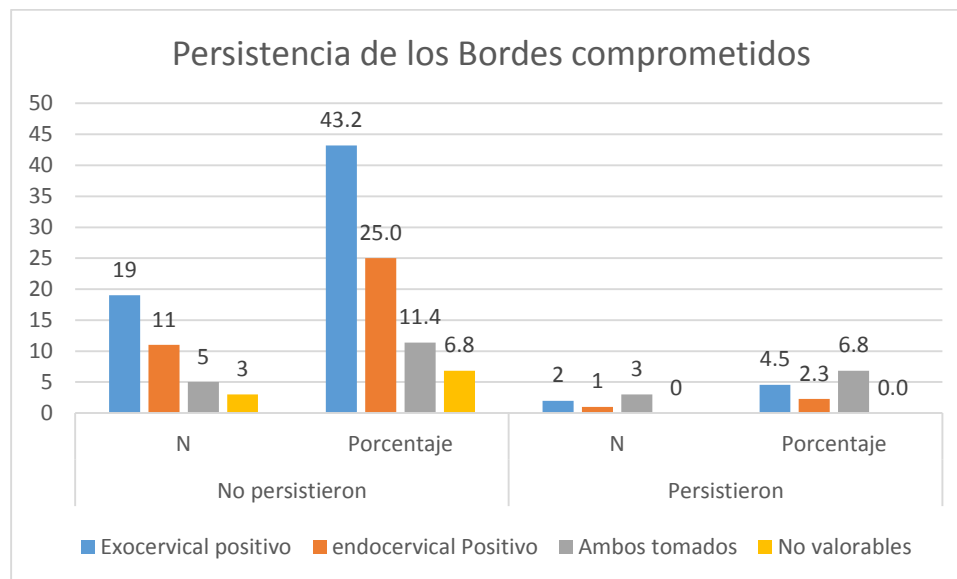
CUADRO #3.2

PERSISTENCIA DE LOS BORDES POSITIVOS POSTERIOR A CONIZACIÓN POR ASA EN PACIENTES EN ESTUDIO.

Persistencia de los bordes comprometidos	No persistieron		Persistieron		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje (%)

Exocervical positivo	19	43.2%	2	4.5	21	47.7%
endocervical Positivo	11	25.0%	1	2.3	12	27.3%
Ambos tomados	5	11.4%	3	6.8	8	18.2%
No valorables	3	6.8%	0	0.0	3	6.8%
Total	38	86.4%	6	13.6	44	100%

Fuentes: Expediente clínico.



Objetivo # 4

CUADRO # 4.1

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A ASA DIATÉRMICA EN EL PERIODO DE ESTUDIO CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BERTA CALDERÓN ROQUE

Seguimiento	Persistencia		No Persistencia		Total %
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
4 meses	1	1.1%	89	98.9%	100%
8 meses	3	3.3%	87	96.7%	100%
16 meses	2	2.2%	88	97.8%	100%
18 meses	0	0.0%	90	100%	100%
24 meses	0	0.0%	90	100%	100%

Fuentes: Expediente clínico.

OBJETIVO#5

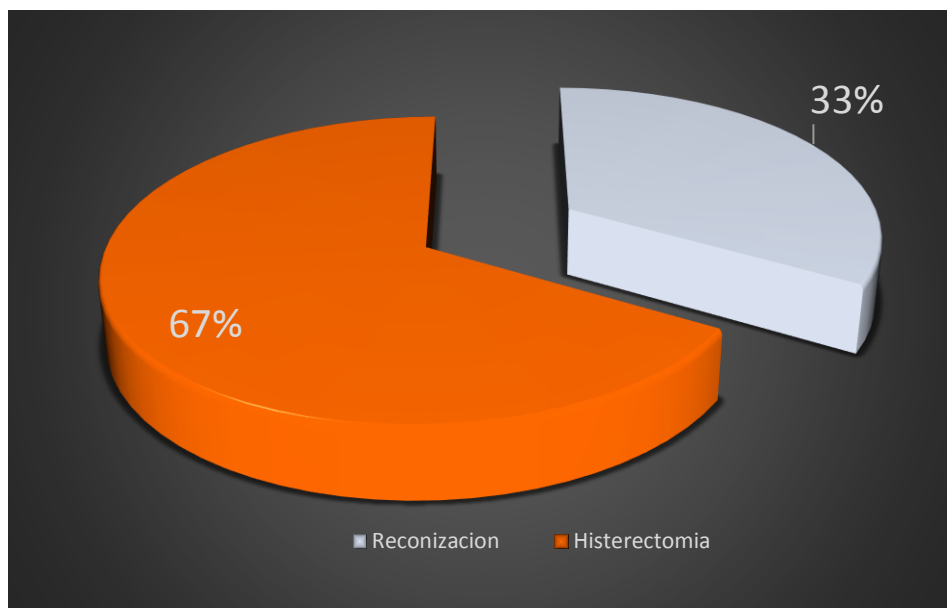
RELACIONAR LOS RESULTADOS DE LOS MARGENES EN EL ESPECIMEN DE CONIZACION CON LOS OBTENIDOS EN LA PIEZA DE HISTERECTOMIA.

Cuadro # 5

Tratamiento de las persistencias de las LIEAG posterior a la realización de Asa diatérmica en las pacientes en estudio.

Tratamiento de la persistencia	Frecuencia	Porcentaje válido
Reconización	2	33.3
Histerectomía	4	66.7
Total	6	100.0

Fuentes: Expediente clínico.



Cuadro 5.1

RELACIONAR LOS RESULTADOS DE LOS MARGENES EN EL ESPECIMEN DE CONIZACION CON LOS OBTENIDOS EN LA PIEZA DE HISTERECTOMIA.

Comparar los resultados de los margenes	Enfermedad Residual			
	Lesión residual	%	Sin lesión residual	%
Reconización	2	100	0	0
Histerectomia	3	75	1	25

Fuente; Expediente Clínico

