

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES CON
NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO**

Estudio realizado en el Instituto Nacional de
Cancerología Dr. Bernardo Del Valle; en pacientes
con diagnóstico Cito-histológico de Neoplasia
Cervical. Enero de 1988 a Diciembre de 1992;
Guatemala, C.A.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

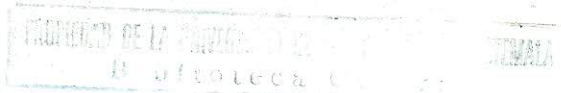
P O R

EGBERTO ARTURO SAGASTUME HERRERA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1993.



DL
05
TC 70621

Guatemala, marzo de 1993.-

Doctor (a):
Coordinador docente administrativo de tesis.-
Facultad de Medicina.-
USAC.-

Estimado (a) Doctor (a):

Por medio de la presente me permito informarle que asesoré el informe final de tesis del Bachiller Egberto Arturo Sagastume, Carnet 8613018, cuyo título es: "Conización Cervical en pacientes con Neoplasia del Cuello Uterino" Estudio que fue realizado en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Creo que dicho estudio cumple con los requisitos establecidos, teniendo la validez de una investigación científica.-

Atentamente;

F:


Dr. Francisco Berdúo.-

Dr. FRANCISCO J. BERDÚO F.

Coleg. 3085-12-93

Guatemala, marzo de 1993.-

Doctor (a):
Coordinador docente administrativo de tesis.-
Facultad de Medicina.-
USAC.-

Estimado (a) Doctor (a):

Por medio de la presente me permito informarle que revisé el informe final de tesis del Bachiller Egberto Arturo Sagastume, Carnet 8613018, cuyo título es: "Conización Cervical en pacientes con Neoplasia del Cuello Uterino." Estudio que fue realizado en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Creo que dicho estudio cumple con los requisitos establecidos, teniendo la validez de una investigación científica.-

Atentamente;

F:

Dr. Oliver Valiente.-

DR. OLIVER VALIENTE
Médico y Cirujano
Categoría N. 2017

Guatemala, marzo de 1993.-

Doctor (a):
Coordinador docente administrativo de tesis.-
Facultad de Medicina.-
USAC.-

Estimado (a) Doctor (a):

Por medio de la presente me permito informarle que revise el informe final de tesis del Bachiller Egberto Arturo Sagastume, Carnet 8613018, cuyo título es: "Conización Cervical en pacientes con Neoplasia del Cuello Uterino." Estudio que fue realizado en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Creo que dicho estudio cumple con los requisitos establecidos, teniendo la validez de una investigación científica.-

Atentamente:

F:


Dr. Oliver Valiente.-

DR. OLIVER VALIENTE
Médico y Cirujano
Carnet No. 2517

Guatemala, 28 de Marzo de 1,993.

Doctor
Coordinador docente administrativo de Tesis
Facultad de Medicina
USAC.

Estimado Doctor:

Por medio de la presente me permito informarle que el Bachiller Egberto Arturo Sagastume Herrera, Carnet No. 8613018, realizó el trabajo de campo de su informe final cuyo Título es: CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES CON NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO. Siendo realizado en Registro Nacional de Cáncer y en el Archivo de la institución.

Agradeciendo la fina atención a la presente.




Dr. Erwin Hernandez.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

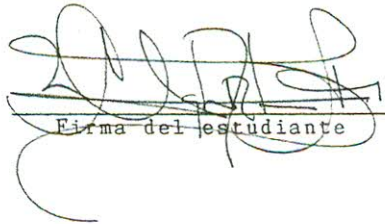
Guatemala, 19 de abril de 1,993
DIF-48-93

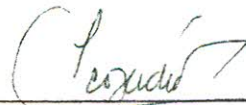
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis.

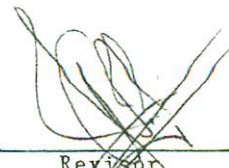
Se informa que el: BACHILLER: Egberto Arturo Sagastume
Título o diploma de diversificado, Nombre y apellidos
Herrera Carnet No. 86-13018
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES CON NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los
conceptos, metodología, confiabilidad y validez de los resultados,
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad
técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal
Dr. FRANCISCO J. BERROO P.
Coleg. 3085-1992


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 435.
Dr. OLIVER VALIENTE
Ol. 5,816.

INDICE:

	<u>Pag.</u>
I.- Introducción.-	1
II.- Definición y análisis del problema.-	2
III.- Justificación.-	4
IV.- Objetivos.-	5
V.- Revisión bibliográfica.-	6
A.- Histología Normal del Cuello Uterino.-	7
B.- Neoplasia Cervical Intraepitelial.-	9
C.- Carcinoma In Situ y Embarazo.-	14
D.- Lesiones Premalignas del Epitelio Columnar del Cérvix.-	16
E.- Carcinoma Microinvasivo del Cuello Uterino.-	18
F.- Conización Cervical.-	22
VI.- Metodología.-	29
A.- Cronograma de Actividades.-	31

	<u>Pag.</u>
VII.- Presentación de resultados.-	34
VIII.- Análisis y discusión de resultados.-	44
IX.- Conclusiones.-	47
X.- Recomendaciones.-	49
XI.- Resumen.-	50
XII.- Referencias Bibliográficas.-	51
XIII.- Anexos.-	54

I.- INTRODUCCION:

La presente investigación de tesis se realizó con el propósito de verificar la utilidad de la conización cervical, procedimiento quirúrgico utilizado en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia cervical, y determinar las ventajas y desventajas de dicho procedimiento para poder prevenir de una mejor manera el carcinoma cervical.-

Siendo un estudio retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo comprendido de enero de 1988 a diciembre de 1992 y viendo la elevada morbilidad y mortalidad que tiene la neoplasia cervical, es necesario mantener una constante revisión de los métodos que se utilizan para esta patología tanto en su diagnóstico inmediato como en su tratamiento efectivo.-

Se interpreta entre los resultados obtenidos que la eficacia diagnóstica de la conización cervical en un total de 334 casos revizados es de un 71.85% y utilizado como método terapéutico es del 100%; no teniendo complicaciones serias. Durante el seguimiento no se encontraron mayores anormalidades cito-histológicas, comprobando que es un procedimiento adecuado.-

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

En Guatemala la principal Neoplasia en la mujer es el Carcinoma Cervical (43.9%) según nos indica el Registro nacional del Cáncer ocupando esta patología en México el 43.4% según datos estadísticos de la Institución de este país.- (15, 19)

La detección del carcinoma cervical es más frecuente en los estadios II y III (35% y 25.6% respectivamente); las lesiones pre-cancerosas como las cancerosas son detectadas por medio de citología e histología.- (15)

Entre estos métodos diagnósticos contamos con la Conización Cervical, procedimiento quirúrgico que requiere la hospitalización del paciente para ser efectuada como las intervenciones vaginales menores.-

El procedimiento consiste en la realización de un cono en el cuello uterino mediante un bisturí, profundizando hasta llegar al conducto endocervical; importante es darle al bisturí la inclinación adecuada para conseguir la exéresis de casi todo el conducto endo-cervical.-

Se aconseja que el cono cervical extirpado sea alto llegando a las proximidades del conducto cervical interno, independientemente de la edad de la enferma; la pieza extirpada debe contener los dos tercios inferiores del conducto endocervical y parte del tercio superior. Se debe tomar en cuenta además la amplitud de la zona de transformación.- (8)

La Conización Cervical que a pesar de haber sido desplazada por la colposcopia, biopsia dirigida y métodos de terapia externa como la Criocirugía y el láser aún tiene ciertas indicaciones entre las que tenemos:

- 1.- Disociaciones cito-hitológicas.-
- 2.- Tratamiento de pacientes con Carcinoma In Situ en quie-

nes está contraindicada la histerectomía por diversas razones. (Edad, estado general, deseo de fertilidad, etc.).-

3.- En el Carcinoma Microinvasivo para evaluación de la profundidad de la lesión.- (12)

4.- Colposcopia no satisfactoria.-

5.- Legrado endo-cervical positivo.-

Como ya se ha mencionado anteriormente, se realizó una revisión para establecer la utilidad de la Conización Cervical como método diagnóstico en los diferentes grados de neoplasia intraepitelial; también se revisó este procedimiento quirúrgico como tratamiento de las neoplasias intraepiteliales del cervix para evaluar la eficacia de dicho procedimiento debido a que en la Institución de Cancerología no se cuenta con métodos de terapia externa como la criocirugía.-

Otro aspecto importante a evaluar fue el establecer las diferentes indicaciones de este procedimiento así como las inmediatas y tardías y su mortalidad.- (6)

III. JUSTIFICACION:

Siendo el Instituto Nacional de Cancerología un Hospital de referencia hacia las diferentes patologías oncológicas a nivel nacional, se ha considerado que aproximadamente un 60% de consulta a este nivel son problemas de origen ginecológico. Entre los problemas ginecológicos que con mayor frecuencia vemos en esta Institución tenemos al carcinoma del Cérvix, que a pesar de los programas de detección existentes en el país sigue ocasionando estragos en nuestra población. Bien es sabido la asociación del Ca. de Cérvix y el nivel socio-económico bajo que es la gran mayoría que acuden a los centros de servicio del país.-(15)

A pesar de existir métodos eficaces pero poco accesibles en la detección y diagnóstico del Ca. de Cérvix y las lesiones pre-cancerosas, tal es el caso de la colposcopia, debemos de conocer métodos tradicionales que aún siguen teniendo indicaciones tanto diagnósticas como terapéuticas; tal es el caso de la conización cervical.-

Se intentó fortalecer los conocimientos sobre conización cervical en base a estadísticas nacionales reales en un hospital de referencia, haciendo uso de la población existente en el mismo.-

Aún siendo este un método invasivo y a la vez conservador; la divulgación del mismo, el conocimiento de sus verdaderas indicaciones, considero ha redundado en beneficio de aquellas pacientes jóvenes que cada día vemos con más frecuencia con lesiones pre-cancerosas y que no tienen acceso a métodos de terapia externa y están deseosas de conservar su capacidad de procrear.-

IV.- OBJETIVOS:**-GENERAL:**

Evaluar la eficacia diagnóstica y terapéutica de La Conización Cervical en pacientes con Neoplasia del Cuello Uterino.-

--ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar las complicaciones de la conización cervical en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia cervical.-
- 2.- Determinar la incidencia real de la conización cervical en pacientes que consultaron a un hospital puramente oncológico (Instituto Nacional de Cancerología).-
- 3.- Enfatizar en las complicaciones existentes de la conización del cérvix para dar a conocer métodos de terapia externa como la criocirugía y el láser.-
- 4.- Cuantificar el grado mas frecuente de neoplasia intraepitelial del cérvix.-
- 5.- Comparar histológicamente entre los hallazgos por conización e histerectomía.-

V.- REVISION BIBLIOGRAFICA:

A. - "HISTOLOGIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO"

El cuello del útero es el segmento angosto de la matriz. Como su pared se continúa con la del resto del útero debe considerarse que consta principalmente de músculo liso. Sin embargo la continuidad del músculo liso y tejido elástico no es poca y la pared del cuello tiene principalmente tejido conectivo colágeno denso. Las fibras elásticas, excepto en las paredes de los vasos sanguíneos, son relativamente escasas.-

El conducto cervical es aplanado y la mucosa está compuesta de epitelio con lámina propia de tejido conectivo. En la superficie anterior del conducto hay un rafe longitudinal y se observa otro en la superficie posterior, de los cuales se extienden arrugas de la mucosa en diversos ángulos hacia los lados. Además de los pliegues y surcos hay abundantes glándulas tubulares ramificadas voluminosas. En el extremo vaginal del conducto se disponen oblicuamente desde la luz hacia el cuerpo del útero.-

El epitelio de la mucosa (incluso el de las glándulas) consiste en células cilíndricas muco-secretoras. Las glándulas se extienden profundamente en la lámina propia y a veces más allá de ella. La lámina propia es un tipo celular de tejido conectivo fibroso. Los núcleos de los fibroblastos relativamente cercanos entre sí. La lámina propia no posee arterias espirales ni se modifica mucho durante el ciclo menstrual. Sin embargo la secreción de moco por las glándulas cervicales aumenta en la fecha de la ovulación y es estimulada por el estrógeno. Las glándulas se pueden cerrar y se convierten en quistes llamados huevos de Naboth.-

La parte del cuello uterino que sobresale de la vagina está recubierta de epitelio plano estratificado no queratinizante semejante al que reviste a la vagina y con el cual se continúa. Esta clase de epitelio suele extenderse una pequeña distancia hacia el interior del conducto cervical, donde limita con el epitelio cilíndrico que cubre la mayor parte del conducto.-

En algunos casos la zona angosta de transición entre los dos tipos de epitelio se encuentra más arriba, en el conducto; en otros el epitelio cilíndrico puede salir del mismo para cubrir pequeñas áreas de la superficie vaginal del cuello uterino cerca del comienzo del conducto; en este caso las áreas se denominan erosiones fisiológicas.-

La parte del útero con la que se une al cuello se denomina istmo del útero; se supone que es el segmento angosto del órgano que comienza en el extremo cervical donde la mucosa característica comienza a convertirse en la variedad endometrial.- (9)

B. - " NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL "

Displasia y Carcinoma In Situ del cuello uterino.-

El término displasia significa desarrollo alterado del crecimiento; a nivel cervical el término se aplica a zonas anormales en las cuales solo parte del espesor del epitelio escaso ha sido reemplazado por células anormales.- (3)

En 1973 se definió el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) que es una alteración del epitelio plano estratificado del cérvix.- (4)

Se ha propuesto clasificar los diversos grados de displasia de la siguiente manera: Displasia leve (NIC I); Displasia moderada (NIC II); Displasia grave, Carcinoma In Situ (NIC III). Importante es destacar que si no se trata la Neoplasia Intraepitelial Cervical esta progresará a cáncer invasor en un número importante de pacientes, teniendo ésta una incidencia anual de 17.3 por 100,000 mujeres.- (3,21,22)

--Etiología:

En sentido biológico la causa del carcinoma del cuello uterino se desconoce; no obstante existen circunstancias que están relacionadas con él. Se refieren factores económicos y sociológicos que pueden contribuir a la frecuencia del cáncer cervical; entre los que podríamos mencionar los factores sexuales y racionales.-

Como ejemplos importantes a destacar podríamos mencionar el aumento de riesgo de éste cáncer con el matrimonio temprano o el primer coito en edad temprana, también está reportado la frecuencia de los embarazos e incluso el número de abortos.- (1, 7, 13)

Los datos epidemiológicos implican una exposición sexual temprana, especialmente con compañeros diversos. Se ha

hecho sospechar en algunos agentes infecciosos predisponentes como por ejemplo el parásito de la tricomonas, el virus del herpes simple tipo II, el papiloma virus, el micoplasma hominis y otros.- (2, 13, 14)

La teoría del campo del origen del carcinoma escamocelular del cérvix mantiene que el cáncer empieza en zonas que han sido alteradas previamente para volverlas neoplásicas potenciales. El cáncer cervical hace su aparición en zonas de epitelio displásico o atípico y se desarrollan con gran lentitud.-

--Patología:

En el examen celular la célula displásica se caracteriza por anaplasia (aumento de la relación núcleo-citoplasma), hipercromatismo con cambios en la cromatina nuclear, multinucleación y anomalías en la diferenciación.-

Desde el punto de vista histológico la afectación de grados variables del espesor del epitelio escamoso estratificado es típico de la displasia. Las células anaplásicas muestran pérdida de la polaridad en las capas más profundas. Las alteraciones epiteliales benignas principalmente de origen inflamatorio así como artefactos técnicos pueden confundirse con displasia.- (3)

--Clasificación de NIC:

Los criterios histológicos para el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical depende de los hallazgos de aneuploidia nuclear, figuras mitóticas anormales y pérdidas de la maduración normal del epitelio.-

--NIC I:

Los dos tercios superiores del epitelio, aunque muestran algunas anomalías del núcleo, han sufrido diferencia-

ción citoplasmática. Las células en el tercio inferior han perdido evidencia de diferenciación citoplasmática o maduración normal (pérdida de polaridad de las células). Las figuras mitóticas son escasas y las presentes normales.-

--NIC II:

Los cambios anormales de NIC I se extienden a los dos tercios inferiores del epitelio.-

--NIC III:

La lesión ocupa el grosor completo con células no estratificadas indiferenciadas.-

Basados en estudios recientes de ADN se ha sugerido que la mayoría de lesiones diagnosticadas como NIC I son condilomas planos que contienen virus de papiloma humano tipos 6 y 11 con muy poco riesgo de procrear a cáncer invasivo comparadas con las lesiones ocasionadas por virus tipos 16 y 18.-

-- Clínica de la Neoplasia Intraepitelial:

Signos y síntomas: Lo común es que no se encuentren signos ni síntomas y la detección se basa en los datos celulares encontrados en la evaluación de un frotis cervical de papanicolaou. Cuando se diagnostica displasia mediante el examen celular se clasificará por etapas determinando la extensión de dicha lesión.-

Exámenes especiales: Además de la evaluación clínica del cérvix los otros procedimientos que se incluyen son: Prueba de Schiller, colposcopia, biopsia dirigida, legrado del

endocérvix y biopsia con cono frío del cérvix.-

a.- Prueba de Schiller: Se basa en que el epitelio escamoso normal del cérvix tiene glucógeno que se combinará con yodo produciendo una coloración pardo. La falta de esta coloración indica epitelio escamoso anormal. La prueba no es específica para cáncer ya que simplemente revela la presencia de un epitelio que no tiene glucógeno.-

b.- Colposcopia: Es particularmente útil en la valoración de pacientes con examen citológico anormal. Las anomalías en el aspecto del epitelio y su parte sanguíneo capilar no suelen ser visibles a simple vista, pero son identificables por éste procedimiento.-

Los datos colposcópicos normales son: 1. Epitelio escamoso original. 2. Zona de transformación. 3. Epitelio columnar. 4. Unión escamo-celular.-

Los datos sugeribles de NIC son: 1. Epitelio blanco. 2. Mosaicismo punteado grueso como patrón de la superficie de los capilares.-

La biopsia dirigida (en sacabocados) es útil para el diagnóstico rápido de la neoplasia intraepitelial.- (3, 13)

c.- Biopsia en cono frío (diagnóstico): -- Referirse a Conización del cuello uterino.-

--Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial:

La neoplasia intraepitelial grado I puede tratarse mediante observación con exámenes celulares cada 6 meses a la expectativa de regresión.-

La neoplasia intraepitelial grado II y III debe tratarse mediante el uso de terapia externa o mediante cirugía.-

Entre los métodos de terapia externa que se tiene para el tratamiento de NIC II Y NIC III tenemos la electrocauterización, la criocirugía o la vaporización con láser con bióxido de carbono. La criocirugía que es uno de los métodos más efectivos de terapia externa produce menos molestias que los otros procedimientos y la tasa de fracasos de ésta en las formas más graves de neoplasia intraepitelial es de 4 a 6 por ciento.-

La neoplasia intraepitelial grado III se podrá tratar en biopsia fría en cono del cérvix, aunque se sugiere la histerectomía si se desea esterilizar a la paciente o existen indicaciones adicionales como por ejemplo una fibromatosis.-

Después de la conización terapéutica el riesgo de recurrencia de carcinoma In Situ es de 2-3% y con histerectomía de 1-2%. Importante es el seguimiento de éstos pacientes periódicamente independientemente del modo de tratamiento.- (3, 6)

C.-"CARCINOMA IN SITU Y EMBARAZO"

El diagnóstico de la neoplasia intraepitelial grado III en la gestación se establece al igual que fuera de ella mediante los tres métodos de detección conocidos: citología, histología y biopsia.-

La gestación imprime caracteres específicos a las células descamadas estudiadas en citología exfoliativa, a las imágenes observadas en colposcopia y a los tejidos observados mediante biopsia.-

Existen varios aspectos a favor para el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial grave como por ejemplo: El cuello uterino experimenta eversión que hace visible a la colposcopia la parte inferior del conducto endo-cervical. Como otro punto las revisiones prenatales periódicas brindan la ocasión de practicar dicho estudio.-

Durante la gestación no se realiza conización diagnóstica después del segundo trimestre. Se rechaza este procedimiento por la hemorragia que podría producir principalmente, así como también ruptura prematura de membranas o provocar un parto prematuro; sin embargo se realiza este procedimiento cuando cito o histológicamente hay microinvasión.-

La conización queda diferida para después del parto. Diagnosticado un carcinoma In Situ en una pequeña biopsia se pospondrá el tratamiento y terminada la gestación se procederá exactamente igual, practicando conización cervical o histerectomía, según los casos.- (6.8)

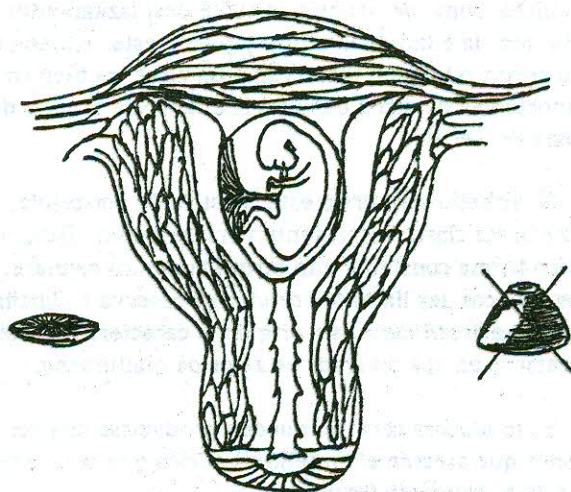


FIGURA # 1: Demostración de la biopsia en cono; apropiada en la mujer embarazada.- (6)

D. - "LESIONES PREMALIGNAS DEL EPITELIO COLUMNAR DEL CERVIX"

El epitelio columnar o cilíndrico reviste el endocérnix hasta el orificio cervical externo donde está situada la zona **de transición con el epitelio escamoso del ectocérnix.** -

Dicha zona de transición sufre desplazamientos en relación con la edad de la mujer y puede estar situada en pleno ectocérnix o bien en pleno canal cervical; es bien conocida la importancia de dicho desplazamiento en la génesis del carcinoma del cérvix. -

El epitelio cilíndrico está constituido por células altas de citoplasma claro, refringente y núcleo basal. Debajo de ellas no en forma constante van otros elementos celulares, pequeños, cúbicos, las llamadas células de reserva o subcilíndricas, que al estratificarse se origina la característica metaplasia escamosa en sus diversos estadios de maduración. -

En la mucosa cervical pueden producirse una serie de lesiones que afectan el epitelio cilíndrico que se pueden agrupar de la siguiente forma:

a.- Quistes de retención: Son los típicos huevos de Naboth revestidos por epitelio cilíndrico, con abundante moco en su interior. Pueden ser únicos o múltiples. -

b.- Hiperplasia glandular: Pueden adoptar una posición local o difusa. En ocasiones el epitelio es bastante aplanado mostrando el aspecto de un trastorno inactivo o regresivo que el de una lesión de carácter proliferativo. Otras veces las glándulas poseen epitelios bastantes bien conservados y es escasa la producción de estroma interglandular por lo que el cuadro histológico ofrece un aspecto un tanto acentuado adenomatoide. -

c.- Adenocarcinoma in situ: Existen pocos estudios sobre

las atípicas del epitelio columnar; al parecer el primer cambio que se produce en tal sentido es la pérdida de la capacidad muco-secretante. El descubrimiento de la mayoría de los casos es casual, al efectuar estudios de conización o biopsias dirigidas.-

El diagnóstico histológico del adenocarcinoma in situ se basa en la presencia de un epitelio cilíndrico superficial o glandular o con ambas características, alto, con tendencia a la estratificación. Las lesiones del adenocarcinoma in situ muestran una disposición multifocal.- (8)

E.-"CARCINOMA MICROINVASIVO DEL CUELLO UTERINO"

--Concepto:

El término microcarcinoma fue empleado por primera vez por Mestwerdt, en 1946. Con este término definió un grupo de carcinomas que se desarrollan habitualmente en el orificio cervical externo; generalmente se trata de carcinoma de epitelio plano, que están aún muy localizados y cuya extensión puede medirse al microscopio con gran aproximación; se originan de forma multicéntrica y se asocian a epitelios atípicos. El criterio más importante es la penetración en la profundidad.-

No existe acuerdo sobre como puede definirse el carcinoma del cuello uterino. Los puntos fundamentales son: a.-La profundidad de la invasión, b.-La confluencia o no de columnas epiteliales invasoras y, c.- La penetración en los vasos.-

Con frecuencia se confunden los conceptos de carcinoma microinvasivo y carcinoma oculto. Actualmente se acepta que el término de carcinoma oculto debe reservarse para los casos en los que existe una invasión evidente de la estroma (superior a 1-3 ó 5 mm, según el concepto que se acepte para el carcinoma microinvasivo), pero no puede ser diagnosticado por el examen clínico y macroscópico habitual y precisan para su diagnóstico medios como la biopsia, conización, etc.-

El carcinoma microinvasivo representa la etapa más precoz del carcinoma invasivo. En unión del carcinoma oculto constituye el período preclínico del carcinoma del cuello uterino. El carcinoma microinvasivo se origina habitualmente del carcinoma in situ; pero puede originarse también, aunque más raramente, a partir de una displasia o de un epitelio escamoso normal.-

--Anatomía patológica:

La característica morfológica más importante que define el carcinoma microinvasivo, es la existencia de una o varias lengüetas o grupos de células, que penetran en el estroma a través de la membrana basal.-

Las células que componen estas lengüetas penetrantes tienen un grado de diferenciación superior al que corresponde a las capas profundas, contienen abundante citoplasma, nucleolos muy aparentes y focos de queratinización. En el estroma que rodea estas lengüetas de células penetrantes existe habitualmente una infiltración de linfocitos y células plasmáticas.-

El diagnóstico se apoya en los datos anteriormente expuestos, unidos al hecho de que los espacios glandulares son habitualmente de límites más regulares, con frecuencia hay formaciones afines próximas y en ocasiones se aprecian restos de epitelio cilíndrico normal al lado del tejido neoplásico.

--Diagnóstico:

El carcinoma microinvasivo habitualmente no produce síntomas, por ello la anamnesis no puede ayudarnos en el diagnóstico de esta entidad. Tampoco la inspección del cuello, ayudada del espéculo, puede proporcionarnos datos útiles para el diagnóstico. El carcinoma microinvasivo asienta sobre una eritroplasia; en la actualidad se considera que la eritroplasia es una imagen normal del cuello uterino.-

El diagnóstico del carcinoma microinvasivo del cuello uterino se realiza mediante la aplicación de tres métodos diagnósticos: La citología exfoliativa, la colposcopia y la biopsia por conización.-

--Citología exfoliativa:

El carcinoma microinvasor es un estadio intermedio entre

el carcinoma in situ y el carcinoma escamoso invasor. Por ello la citomorfología es semejante a la del carcinoma in situ, por cuanto el epitelio superficial presenta todos los caracteres anatomopatológicos para ser calificado como tal.-

Como existe invasión de la estroma en las extensiones procedentes de carcinoma microinvasivo se observan células con características morfológicas de displasia, células muy inmaduras, semejantes a las descritas en el carcinoma in situ, y células propias del carcinoma escamoso invasor, sin embargo estos tipos celulares muestran unas alteraciones nucleares que constituyen la clave para el diagnóstico de carcinoma microinvasor.-

--Colposcopia:

La colposcopia tiene una gran sensibilidad en el diagnóstico de carcinoma microinvasivo. Aproximadamente en un 87.5% existen imágenes anormales que deben ser biopsiadas independientemente del resultado de la citología; el 4% de pacientes con esta patología necesitan de dos métodos diagnósticos.- (16)

--Biopsia:

El diagnóstico de seguridad de carcinoma microinvasivo se basa al igual que el de las neoplasia intraepiteliales en el estudio histológico.-

En ocasiones a pesar de un estudio histológico exhaustivo, el diagnóstico resulta difícil y queda la duda de que si realmente se trata de un carcinoma in situ o un microinvasivo; puede suceder este hecho cuando existe afectación glandular. Otras veces, la duda persiste entre un carcinoma microinvasivo o carcinoma oculto; debe prestarse particular atención a descartar la existencia de émbolos neoplásicos en el interior de los vasos linfáticos.-

--Tratamiento:

En el manejo de carcinoma microinvasivo se han propuesto una gran variedad de recursos terapéuticos, que van desde la conización hasta la histerectomía.-

El tratamiento debe individualizarse en cada caso; debe partir del hecho de que el diagnóstico seguro se realiza mediante la conización y el estudio histológico del caso.-

Cuando la penetración del estroma es de un milímetro y no se observan émbolos de células neoplásicas en el interior de los espacios vasculares y si la paciente es joven y no ha completado su porvenir genésico, el tratamiento puede ser la conización, si en los bordes de la microinvasión o carcinoma in situ hay abundante epitelio plano normal. Cuando la invasión del estroma es superior a 3 mm. (entre 3-5 mm.) se prefiere realizar una histerectomía radical con linfadenectomía.-

Hay controversias cuando la penetración en la estroma oscila entre 1-3 mm. y no hay células neoplásicas en el interior de los espacios vasculares; en estos casos se practica histerectomía total simple. Pero cuando las lenguetas penetrantes tienden a confluir algunos autores prefieren la histerectomía radical con linfadenectomía y en cambio si las lenguetas no confluyen y son escasas y la enferma es joven se utiliza la conización.-

Cuando está contraindicada la cirugía se refiere la radioterapia.- (5)

F. ---CONIZACION CERVICAL---

En los últimos años ha existido un aumento de los que es la Neoplasia Intraepitelial Cervical, debido en parte a que ahora existen métodos de detección y diagnósticos utilizados en mujeres asintomáticas y a la vez encontrándose en **pacientes cada vez más jóvenes (entre 20 y 30 años)** en plena edad reproductiva.-

La realización de histerectomías en pacientes jóvenes es preocupación del ginecólogo por lo que se requiere de métodos precisos y exactos para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias intraepiteliales y así presevar la fertilidad de estas pacientes.- (5)

--Definición:

La conización del cérvix es la remoción de una porción del ectocérvix y del canal endocervical por la obtención de tejido y preparación de muestras histológicas en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma invasivo del cuello uterino.-

La conización cervical es llamada algunas veces conización en frío para distinguirla de la conización en caliente que se realiza con electrocauterio y que deja un tejido inadecuado para el examen anatómo-patológico. La conización en frío se efectúa simplemente con un bisturí.- (5, 13)

Aunque la conización cervical ha sido reemplazada por métodos diagnósticos como la colposcopia y la biopsia dirigida y como terapéutica por la criocirugía y otros métodos de terapia externa; ésta aún posee un gran valor diagnóstico y terapéutico en aquellas pacientes en quienes no se ha descartado el carcinoma invasor. Teniendo en cuenta que las neoplasias intraepiteliales cervicales pueden mostrar un crecimiento multicéntrico y que pueden existir carcinomas In Situ y neoplasias en los bordes de carcinomas invasivos,

se comprende la afirmación de que la conización es un método seguro para el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial.- (8, 17)

--Indicaciones:

Entre las indicaciones que tenemos para la realización de este procedimiento están:

-- Cuando existe neoplasia intraepitelial severa y la histerectomía está contraindicada por la conservación de los órganos reproductores.- (12)

-- Cuando es imposible visualizar la unión escamo- cilíndrica por el colposcopio, la lesión se extiende al interior del conducto y no es posible ver los límites superiores.- (13)

-- Cuando el examen colposcópico revela un área en el ectocervix completamente normal pero el examen citológico sugiere proceso neoplásico en el canal cervical que está exofiliando células sospechosas o sugestivas de malignidad (Disociación cito-histológica).-

--Técnica quirúrgica para la realización del cono:

Los exámenes vaginales preoperatorios debieron limitarse a lo estrictamente necesario.-

Para realizar la conización la paciente debe estar en posición de litotomía, bajo anestesia general.-

Se realiza antisepsia de los genitales externos, la vagina y el cuello uterino.-

Se expone el cervix mediante la introducción de dos válvulas (una anterior y otra posterior); posteriormente se realiza la prueba de Schiller. Se colocan suturas de sostén en el cervix (en posición de las tres y las nueve de las agujas del

reloj) con el fin también de realizar hemostasia a los vasos paracervicales de la arteria uterina.-

Se cateteriza el conducto uterino para marcar el trayecto endocervical. Luego se realiza una incisión con el bisturi **comenzando desde atrás, dirigiendo el extremo de la hoja** contra la sonda metálica colocada en el conducto cervical. La muestra debe ser cortada en un solo bloque.-

Debe realizarse una dilatación y un curetaje fraccionado; después de realizado esto puede tratarse de la siguiente forma: La superficie cruenta que queda después de la exéresis del cono es habitualmente sangrante; para practicar la hemostasia y recubrir la zona denudada de la mucosa, se dan varios puntos o se puede utilizar electrocauterio.-

Si existe sangrado persistente hay dos alternativas:

-- Si la conización ha sido diagnóstica y se anticipa la posible remoción del útero antes de 48 horas se realiza un curetaje y el lecho del cono es empacado.-

-- Si la conización ha sido tratamiento; un curetaje fraccional puede ser realizado y el defecto cerrado con una sutura de Sturn Dorf en ambos labios del cérvix.- (6, 8)

Al realizar la sutura de Sturn Dorf deben pasarse en primer lugar los hilos a través del labio posterior. Se emplean suturas de Catgut crómico en una aguja afilada. Al comienzo de la sutura se toma el colgajo posterior de la mucosa de la línea media, cerca del borde, luego se dirige la sutura hacia arriba, dentro del conducto endocervical, pasando a través de la pared del mismo y hacia afuera a través de la porción del labio cervical posterior a unos dos centímetros del sitio de la sutura inicial.-

Los extremos de la sutura deben emerger en la cara posterior de cérvix (0.5 cm. entre si). Una firme tracción sobre esta sutura empujará el colgajo mucoso posterior hacia el

conducto cervical que se acaba de reparar; se ata la sutura y se repite el procedimiento en el labio anterior.- (8, 17,19)

--Complicaciones de la conización cervical:

La conización del cérvix representa un método preciso para la evaluación del cuello uterino; pero el alto costo de éste en términos de complicaciones, morbilidad, hospitalización crea bastante complicación principalmente en la mujer embarazada.-

Podríamos mencionar ciertas complicaciones de éste procedimiento quirúrgico las cuales dividiremos en Inmediatas y Tardías.-

--Complicaciones Inmediatas:

Hemorragia.-

Perforación uterina.-

Complicaciones en la anestesia.

En la paciente embarazada:

Ruptura prematura de membranas.-

Parto prematuro.-

--Complicaciones Tardías:

Estenosis cervical.-

Celulitis pelviana.-

Infertilidad.-

Incompetencia cervical.-

Hemorragia (10 a 14 días después de la operación).- (6,12,20)

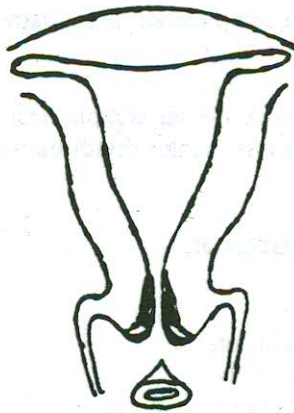


FIGURA # 2: Biopsia en cono en una neoplasia intraepitelial cervical. El límite de la lesión es identificable por colposcopia.- (6)

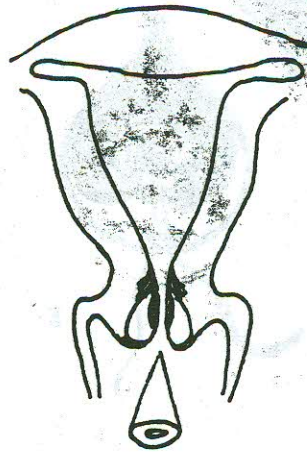
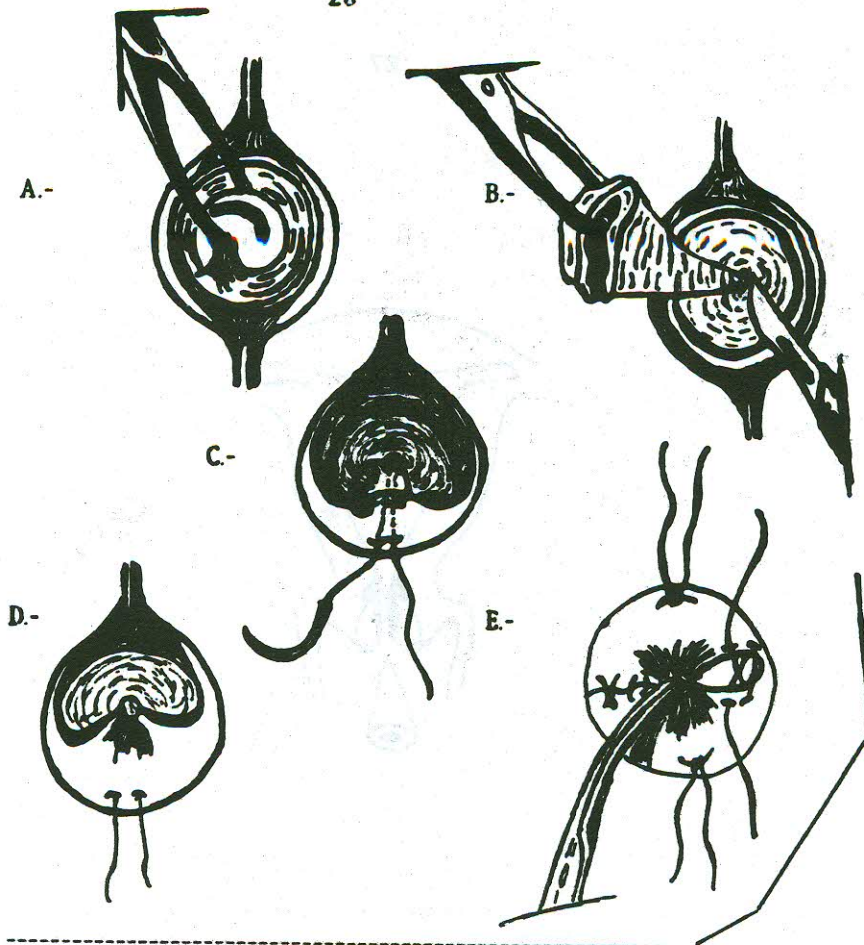


FIGURA #3: Biopsia en cono en una lesión endocervical. El limite de la lesión no es vista por colposcopia. - (6)



Dibujo # 4: Traqueloplastia de Sturmdorf. (A) Incisión circular de la mucosa y liberación de los colgajos. (B) Extirpación de un cono de mucosa del conducto cervical. (C) Colocación de un punto de colchonero para cubrir el labio posterior con un colgajo de mucosa. (D) El punto ha sido anudado y el colgajo de mucosa fijado al conducto cervical. (E) Puntos anudados. Sutura de los bordes laterales de la mucosa.-

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio realizado es de tipo retrospectivo a cinco años posteriores incluyendo el actual (Enero de 1988 a Diciembre de 1992).- Se pretendió hacer una revisión de 334 historias que lleven dicha patología y dicho procedimiento determinado las indicaciones de la Conización Cervical y el seguimiento de cada una; las historias indispensables para el estudio se encuentran en el archivo de la Institución no teniendo complicaciones en este aspecto.-

VARIABLES A ESTUDIAR:

- Edad.-
- Procedencia.-
- Antecedentes gineco-obstétricos.-
- Clasificación de Neoplasia Cervical (cito-histológico).-
- Eficacia del diagnóstico y del tratamiento tanto clínico como citológico de la Conización Cervical.-
- Seguimiento.-
- Complicaciones.-

RECURSOS:1.- Materiales:

- Económicos:
 - A cargo del Investigador. 700.00 Quetzales aproximadamente.-
- Físicos:
 - Instituto Nacional de Cancerología Dr. Bernardo Del Valle.-
 - (Archivo, Registro y Estadística y Biblioteca de institución).-

- Máquina de escribir.-

- Computadora.-

- Hojas, bolígrafo, etc.-

2.- Humanos:

-- Personal estadístico.-

-- Personal de archivo.-

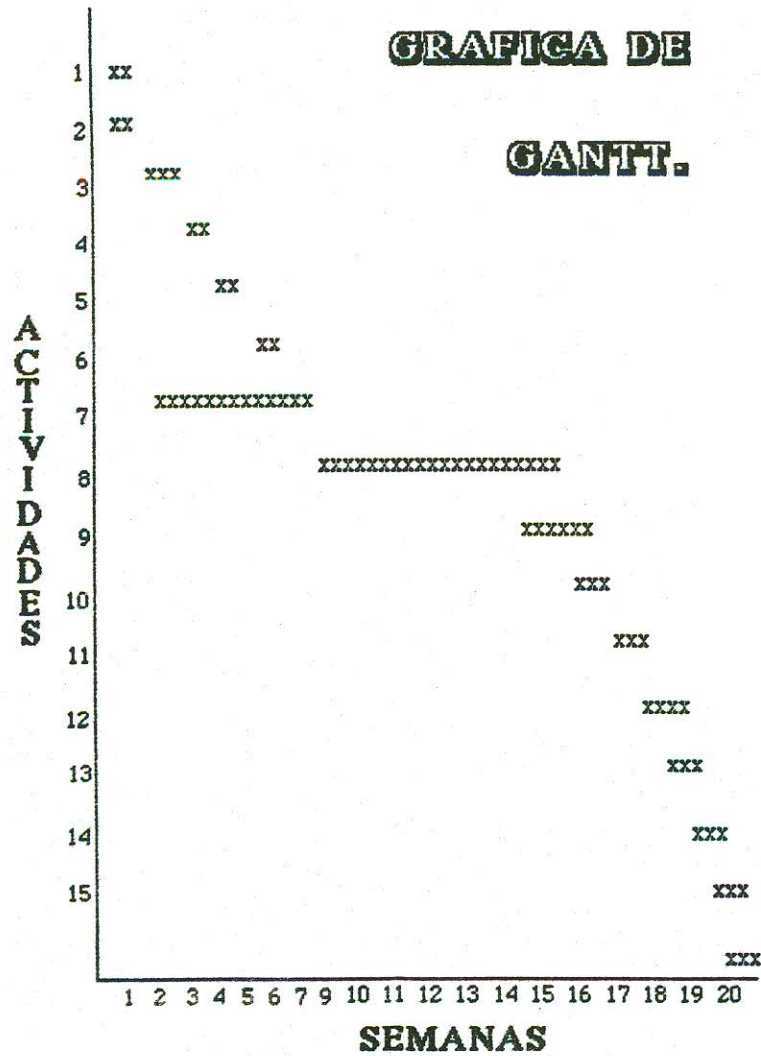
-- Investigador.-

A.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**GRAFICA DE GANTT.-****ACTIVIDADES:**

- 1.- Selección del tema del proyecto.-
- 2.- Elección del asesor y revisor.-
- 3.- Recopilación del material bibliográfico.-
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.-
- 5.- Aprobación del proyecto por el Instituto Nacional de Cancerología.-
- 6.- Aprobación del proyecto por la Coordinación de tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala.-
- 7.- Diseños de los instrumentos que se utilizaran para la recopilación de la información.-
- 8.- Recopilación de la información.-
- 9.- Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.-
- 10.- **Análisis y discusión de resultados.-**
- 11.- **Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.-**
- 12.- Presentación del informe final para correcciones.-
- 13.- Aprobación del informe final.-

14.- Impresión del informe final y trámites administrativos.-

15.- Examen público de la defensa de la tesis.-



VII.- PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO # 1.-

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO ETAREO A QUIENES SE LES REALIZO CONIZACION CERVICAL POR SOSPECHA DE NEOPLASIA CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ; ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992. -

EDAD AÑOS	FRECUENCIA No. CASOS	%
20-29	70	20.95
30-39	136	40.72
40-49	88	26.35
50--	40	11.97
TOTAL	334	100

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología. -

CUADRO # 2.-

DISTRIBUCION DE PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO CONIZACION CERVICAL POR SOSPECHA DE NEOPLASIA CERVICAL; SEGUN PARIDAD. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.; DE ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992. -

PARIDAD	No. CASOS	%
Nulipara	13	3.89
Primipara ⁽¹⁾	17	5.10
Multipara ⁽²⁾	138	41.32
Gran Multipara ⁽³⁾	166	49.79
TOTAL	334	100

⁽¹⁾ Paciente con un solo parto. -

⁽²⁾ Paciente que ha tenido de dos a cuatro partos. -

⁽³⁾ Paciente con cinco o más partos. -

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología. -

CUADRO # 3.-

RELACION DE PROCESOS INFECCIOSOS DIAGNOSTICADOS PREVIO A
 LA REALIZACION DE CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES
 CON SOSPECHA DE NEOPLASIA CERVICAL. INSTITUTO
 NACIONAL DE CANCEROLOGIA; DE ENERO DE 1988
 A DICIEMBRE DE 1992.-

INFECCION	No. CASOS	%
Sin infección	260	77.84
Condiloma	32	9.58
Gardnerella	25	7.48
Tricomona	14	4.19
Clamidia	2	0.60
Candida	1	0.30
TOTAL	334	100

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología.-

CUADRO # 4.-

INDICACION DE CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES CON SUSPE-
CHA DE NEOPLASIA CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CAN-
CEROLOGIA; DE ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992.-

INDICACION	No. CASOS	%
Disociación cito- histológica.-	247	73.95
Disociación clínico- histológica.-	12	3.59
Preservación ferti- lidad.- (Cono terapéutico)	75	22.46
TOTAL	334	100

Fuente: Archivo. Instituto Nacional de Cancerología.

CUADRO # 5.-

RELACION HISTOLOGICA ENTRE BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA
Y CONIZACION CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER-
ROLOGIA; DE ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992.-

DIAGNOSTICO	BIOPSIA DIRIGIDA	CONIZACION
Normal	13	0
Cervicitis	26	35
NIC I (1)	7	8
NIC II (2)	23	18
NIC III (3)	228	239
Ca. Invasivo (4)	37	34
TOTAL	334	334

(1) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I.-

(2) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II.-

(3) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III.-

(4) Carcinoma Microinvasivo.-

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología.-

CUADRO # 6.-

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE CONIZACION CERVICAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; DE ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992.-

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	CONIZACION TERAPEUTICA		CONIZACION DIAGNOSTICA	
	No.	%	No.	%
Cervicitis	19	25.33	16	6.18
NIC I (1)	4	5.33	4	1.54
NIC II (2)	3	4.00	15	5.79
NIC III (3)	47	62.67	192	74.13
Ca. Invasivo (4)	2	2.67	32	12.35
TOTAL	75	100	259	100

(1) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I.-

(2) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II.-

(3) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III.-

(4) Carcinoma Microinvasivo.-

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología.-

CUADRO # 7.-

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE CONIZACION CERVICAL E HISTERECTOMIA EN PACIENTES CON NEOPLASIA CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992.-

Diagnóstico histológico de Neoplasia Cervical por Conización.								
Diagnóstico histológico por histerectomía.	NIC I (1)		NIC II (2)		NIC III (3)		Microinvasivo. (4)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Cervicitis	2	50	5	33.33	69	35.94	13
Normal	1	25	9	60.00	54	28.13	12	37.50
Persistencia de neoplasia.	1	25	1	6.67	69	35.94	7	21.88
Total	4	100	15	100	192	100	32	100

(1) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I. -

(2) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II. -

(3) Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III. -

(4) Carcinoma Microinvasivo. -

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología. -

CUADRO # 8.-

COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN PACIENTES A QUIENES SE LES
REALIZO CONIZACION CERVICAL POR SOSPECHA DE NEOPLASIA
CERVICAL. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; DE
ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992. -

COMPLICACION	No. CASOS	%
Hemorragia	55	16.47
Infecciones	33	9.80
Ninguna	246	73.65
TOTAL	334	100

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología. -

CUADRO # 9.-

SEGUIMIENTO CITO-HISTOLOGICO DE PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CONIZACION CERVICAL Y/O HISTERECTOMIA INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; DE ENERO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1992.-

DIAGNOSTICO	SEGUIMIENTO	
	A los 6 meses	A los 12 meses
Normal	242	311
Cambios Inflamatorios	88	19
Granuloma	4	2
Enfermedad Residual	0	2
TOTAL	334	334

Fuente: Archivo, Instituto Nacional de Cancerología. -

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

En el presente estudio se revisaron un total de 334 papeletas de pacientes a quienes se les realizó Conización Cervical tanto diagnóstica como terapéutica. De dicha revisión se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro # 1:

En este cuadro se observa que los pacientes sometidos a conización cervical se encuentran entre el rango de 30 a 39 en su mayor cantidad (40.72%) que según la literatura la Neoplasia Cervical viene siendo cada vez más frecuente en mujeres jóvenes en plena edad reproductiva.-(5)

Cuadro # 2:

En relación a la paridad se observa que la mayoría de las pacientes presentan más de dos embarazos (91.11%); según la literatura a mayor embarazos y abortos predisponen a que la mujer sufra algún grado de neoplasia cervical. De las pacientes multíparas presentaron más de algún aborto un total de 148 pacientes.-(1,7,13)

Cuadro # 3:

La infección que con mayor frecuencia se encontró previo a la realización de la conización fue: condiloma(9.58%), siguiéndole en orden gardnerella y tricomona; comparando con la literatura son frecuentes estas infecciones en pacientes a quienes se les diagnostica algún grado de neoplasia cervical. Es de hacer notar que 260 casos (77.84%) no tuvieron infección.-(16-18)

Cuadro # 4:

La mayor indicación de conización cervical fue la disociación cito-histológica, 247 casos (73.95%); de los cuales 94 (36.29%) fueron diagnósticos transoperatorios previo a la realización de histerectomía. La indicación de conización terapéutica fue el deseo de preservar su fertilidad.-

Cuadro # 5:

En este cuadro nos damos cuenta del error diagnóstico de la biopsia dirigida por colposcopia; siendo el mayor hallazgo histológico de ambos procedimientos la Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III existiendo disparidad diagnóstica lo cual nos indica que la conización cervical es un método eficaz en el diagnóstico de la neoplasia cervical.-

Cuadro # 6:

Los hallazgos histológicos de la conización cervical tanto diagnóstica, 259 casos (77.54%) como terapéutica, 75 casos (22.46%); tienen su mayor realce en la neoplasia intraepitelial cervical grado III, 192 casos (74.13%) lo cual es válido según la literatura que indica que este grado es el más frecuente. Es de hacer notar que los 75 casos de conización terapéutica presentaron histológicamente márgenes libres de neoplasia y con un seguimiento adecuado lo que nos da un 100% de efectividad terapéutica.- (15)

Cuadro # 7:

El hallazgo histológico de la conización cervical en relación con la pieza obtenida por la histerectomía fue en la neoplasia

intraepitelial grado I de un 75% de efectividad; en la grado II de 93.33%; en la grado III de 64.07% y en el carcinoma microinvasivo de 78.13%. Teniendo un total de efectividad de 67.90%; bajo en relación con la literatura debido quizá a que se realizaron un total de 94 conos transoperatorios y el procedimientos quirúrgico no es adecuado en estos casos.-

Cuadro # 8:

El 73.65% (246 casos) no presentaron complicaciones; 16.47% (55 casos) tuvieron hemorragia en su primer día postoperatorio y 9.80% (33 casos) presentaron infecciones lo que nos indica que es un procedimiento que se realiza adecuadamente ya que la literatura especifica 12 complicaciones entre inmediatas y tardías.- (6.12.20)

Cuadro # 9:

El seguimiento de los pacientes por hallazgos cito-histológicos presenta que el 72.46% (242 casos) tuvieron un seguimiento adecuado en los primeros 6 meses aumentando este valor a 93.11% (311 casos) a los 12 meses. Se diagnosticaron un total de 107 casos (32.03%) con cambios inflamatorios: 6 casos (1.80%) con granuloma y dos casos (0.6%) con persistencia de neoplasia residual, pacientes que fueron sometidos a radioterapia. Valores adecuados según la literatura que nos da un fracaso diagnóstico terapéutico de la conización cervical de 2-3% y con histerectomía de 1-2%.-(3.6)

IX.- CONCLUSIONES:

- 1.- El grupo etáreo más afectado es el comprendido entre las edades de 30 a 39 años, (40.71%).-
- 2.- Se encontró que 304 pacientes tenían más de 2 embarazos (91.11%); de estos 166 (49.72%) tenían más de 5 embarazos.-
- 3.- El proceso infeccioso más frecuente encontrado previo a la conización cervical fue el condiloma, 9.58%; siguiéndole en orden la gadnerella y la tricomonas.-
- 4.- Se han presentado un total de 334 casos que fueron sometidos a conización: 259 (77.54%) fueron diagnósticos y 75 (22.46%) fueron diagnóstico-terapéuticos.-
- 5.- La mayor indicación de conización cervical fue la disociación cito-histológica con el 73.95%, siendo la única indicación de conización cervical terapéutica el deseo de preservar la fertilidad.-
- 6.- La eficacia diagnóstica de la conización cervical fue de un 71.85% incluyendo a los pacientes que fueron sometidos a conización terapéutica.-
- 7.- La eficacia terapéutica de la conización cervical es del 100 por ciento.-
- 8.- Hubieron 259 casos que fueron sometidos a histerectomía de los cuales 78 persistieron con neoplasia (30.10%) siendo mayor en la neoplasia intraepitelial grado III.-

9.- La neoplasia intraepitelial cervical más frecuente, diagnós-
ticada por conización fue la grado III, (71.56%) 239 casos.-

10.- La complicación más frecuente encontrada fue la hemorra-
gia inmediata, 16.47% (55 casos) y como complicación tardía
encontramos a las infecciones, 9.80% (33 casos).-

11.- El mayor hallazgo cito-histológico en el seguimeiento de los
pacientes a los 6 y 12 meses fueron los cambios inflamatorios;
32%, 2 pacientes persistieron con neoplasia, 0.60%.-

X.- RECOMENDACIONES:

- 1.- Poner énfasis en mejorar el diagnóstico histológico por la biopsia dirigida por colposcopia.-
- 2.- Poner en consideración el introducir los métodos de terapia externa como la criocirugía.-
- 3.- Mantener programas de entrenamiento tanto para métodos de terapia externa como conización; y con ello mejorar la eficacia de los mismos.-

XI.- RESUMEN:

El grupo total de estudio fue de 334 casos de pacientes que fueron sometidos a conización cervical por sospecha de neoplasia cervical.-

El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre las edades de 30 a 39 años de los cuales el 92.11% tenía más de 2 embarazos.-

La mayor indicación de conización cervical fue la disociación cito-histológica con un 73.95% y la única indicación terapéutica fue la preservación de la fertilidad teniendo una eficacia del 100%.-

De suma importancia es la comparación histológica de la biopsia dirigida la cual es deficiente en comparación con la conización cervical. El mayor hallazgo encontrado fue la neoplasia intraepitelial cervical grado III, 239 casos (71.56%) hallazgo confirmado también en la pieza histológica obtenida de la histerectomía.-

Las complicaciones que tuvieron estas pacientes fueron la hemorragia inmediata con un seguimiento adecuado y como complicación tardía las infecciones. El seguimiento a los 6 y 12 meses fue adecuado y como hallazgos cito-histológicos importantes tenemos un total de 107 casos (32.03%) con cambios inflamatorios y 2 casos (0.6%) con persistencia de neoplasia siendo sometidos estos pacientes a radiación.-

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Ailen, Clarke. E. et-al. "Cervical Dysplasia". Association with sexual behavior, smoking and oral contraceptive use. Am. J. Obstetrics and Gynecology. 1985. Vol. 151. (pp. 612-616).-

2.- Asted, B. et-al. "Genital Infections and cervical carcinoma". Br. J. Med. 1978. Jul. 15. (pp. 201-202).-

3.- Benson, Ralfh C. "Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos". Cuarta edición. Editorial El Manual Moderno. S.A. Mexico D.F. 1986. (pp. 229-230, 236-239).-

4.- De Alvarez, Senaide. "Neoplasia Intraepitelial Cervical". Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 1986. Volumen 46. No. 4. (pp. 124-125).-

5.- De Alvarez, Senaide. "Predicción de la Neoplasia Intraepitelial Cervical por medio del estudio del Cono". Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 1987. Volumen 47. No. 4. (pp. 191-193).-

6.- Disaia, Philip J., Creasman William. "Clinical Gynecologic Oncology". Tercera edición. Editorial Mosby Company. USA. 1989. (pp. 30-32, 515-522).-

7.- Felman, M. J. et-al. "Intraepitelial Neoplasia of the Uterine Cervix in the teenager". 1978. Volumen 41. (pp. 1405-1408).-

8.- González-Merlo, J. "Diagnóstico precoz del Cáncer Genital Femenino". Primera edición. Salvat editores. Barcelona, España. 1980. (pp. 242-251, 263-264, 276-277).-

9.- Ham, Arthur. Cormack, David H. "Tratado de Histolo-

gia". Octava edición. Editorial Interamericana. México D.F. 1987. (pp. 971-973).-

10.- Haskell, Charles M. "Cancer Treatment". Primera edición. W. B. Saunders Company. Philadelphia, USA 1980. (pp. 476-486).-

11.- Kos, L. et-al. "Diagnostic Cytopathologic". Tercera edición. Philadelphia, Lippincott. USA. 1979. (pp. 292-301).-

12.- Nichols, David H., Randal, Clyde L. "Vaginal Surgery". Tercera edición. Editorial William Wilkins. USA. 1989. (pp. 172-173).-

13.- Novack, Edmund R. "Tratado de Ginecología". Décima edición. Editorial Interamericana. México, D.F. 1984. (pp. 243-246, 249-259, 270-272).-

14.- Reid, Richard., P. Scolz. "Genital Warts and Cancer". Am. J. Obstet. Gynecol. 1985. Volumen 153. (pp. 611-618).-

15.- "Registro Nacional del Cáncer". Instituto Nacional de Cancerología, Liga Nacional contra el Cáncer, Ministerio de Salud y Asistencia Social. 1986, 1987, 1988.-

16.- Sciarra, John J. "Obstetrics and Gynecology". Editorial Harperry Raw publishers. Philadelphia. 1984. Volumes 1 y 4; capítulos 4-5-33. (pp. 4-5, 9-10,10-11).-

17.- Telinde, Richard W., Mattingly, Richard F. "Ginecología Operatoria". Editorial Interamericana. México D.F. 1980. (pp. 580-605).-

18.- Tistareño, Arcelia. "Carcinoma Cervico-Uterino". Revista del Instituto Nacional de Cancerología. Impreso en

México D.F. Volumen 33 No. 4. Oct.-Dic. 1987. (pp.470-477).-

19.- Torres, Alfonso. "Cáncer Uterino". Revista del Instituto Nacional de Cancerología. Impreso en México D.F. Volumen 34. No. 3. Jul.-Sept. 1988. (pp. 617-622).-

20.- Wheelles, Clifford R. "Atlas of Pelvic Surgery". 2da. Edición. Editorial Lea y Febiger. Philadelphia. USA. 1988. (pp. 172-174).-

21.- Wilson, Carrington, "Obstetrics and Gynecology". Sexta edición. The C.V. Mosby Company. St. Luis USA. 1979. (pp. 583-591).-

22.- Wilson, J. Robert, M.D. "Obstetrics and Gynecology". Octava edición. The C.V. Mosby Company. USA. 1987. (pp. 633-648).-

XIII.- ANEXOS:

--HOJA DE RECOLECCION DE DATOS--

-- Hoja #: _____

-- Fecha: _____

-- Carnet: _____

1.- Datos Generales:

Edad: _____

Procedencia: _____

Ocupación: _____

2.- Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

1.- Cirugías anteriores: _____

2.- Gestas: _____

3.- Partos: _____

4.- Abortos: _____

5.- Infecciones: _____

3.- Diagnostico:

Por citología: _____

Por colposcopia: _____

Por conización: _____

4.- Indicación del cono diagnóstico: _____

5.- Tratamiento:

Conización: _____

Histerectomía: _____

--Relación cono-histerectomía: Si: _____ No: _____

6.- Complicaciones (por la conización):

a.- Inmediatas: _____

b.- Tardías: _____

7.- Seguimiento:

-- A los 6 meses: _____

-- Al año: _____
