



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

**“MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL
CONO LEEP EN PACIENTES ATENDIDAS
EN SOLCA – LOJA DURANTE EL
PERIODO MARZO A DICIEMBRE DEL
2013”.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. GUILLERMO ENRIQUE CORONEL ASTUDILLO.
GINECÓLOGO OBSTETRA**

AUTOR:

MD. VIOLETA TORRES CAMPOS

LOJA - ECUADOR,

2014

CERTIFICACIÓN

DR.

GUILLERMO ENRIQUE CORONEL ASTUDILLO.

GINECÓLOGO OBSTETRA

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de tesis previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia sobre el tema “MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL CONO LEEP EN PACIENTES ATENDIDAS EN SOLCA – LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO A DICIEMBRE DEL 2013”. De autoría de la MD. Violeta Torres Campos, trabajo de investigación enmarcado en los requisitos reglamentarios por lo que autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, Octubre de 2014



Dr. Guillermo Coronel Astudillo
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en la presente tesis son de absoluta responsabilidad de la autora.

AUTORA: VIOLETA TORRES CAMPOS

FIRMA:.....


PASAPORTE: 3874303

FECHA: LOJA, SEPTIEMBRE DE 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Violeta Torres Campos declare ser la autora de la tesis titulado: **“MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL CONO LEEP EN PACIENTES ATENDIDAS EN SOLCA – LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO A DICIEMBRE DEL 2013”**. Como requisito para optar el título de: Especialista en Ginecología y Obstetricia, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de sus contenido de la siguiente manera del el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, en redes de la información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y cuatro días del mes de Noviembre del 2014, firma la autora.

Firma:

Autora: Violeta Torres Campos

Pasaporte N° : 3874303

Dirección: Alfredo Mora y Benjamín Carrión

Correo electrónico: vioto_engel@hotmail.com

Teléfono: 0999200637

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo – GINECOLOGO OBSTETRA

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidenta del Tribunal: Dr. Ernesto Ortiz

Miembro del Tribunal: Dra. Karina Calva.

Miembro del Tribunal: Dr. Lindon Zapata

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, **DINA y FELIZANDRO**, porque gracias a ellos inicie mi aprendizaje en la vida, por estar siempre conmigo velando por mi bienestar y educación, brindándome su apoyo y amor incondicional, ahora todo lo que soy lo debo a su ejemplo de tenacidad y valor. A mis hermanos por su cariño y comprensión infinita. A todos ellos gracias por depositar su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Los amo con mi vida.

A mis amigos que me apoyaron incondicionalmente día a día, fomentando en mí el deseo de superación, gracias por creer en mí.

VIOLETA TORRES CAMPOS

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Postgrado en Ginecología y Obstetricia por permitirme realizar mis estudios y cumplir mi meta propuesta. A mis queridos docentes, quienes con su dedicada labor han contribuido a mi formación académica, técnica y científica. A mi Director de Tesis Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo quien con sus consejos, experiencia, conocimientos y paciencia me guió en el presente trabajo.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para que este trabajo investigativo tenga éxito en su realización y culminación.

1. TITULO

**“MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL CONO
LEEP EN PACIENTES ATENDIDAS EN SOLCA –
LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO A
DICIEMBRE DEL 2013”**

RESUMEN

2. RESUMEN

El tratamiento de las lesiones premalignas del cérvix es importante en la reducción de la progresión a carcinoma de cuello uterino y por ende de la morbimortalidad. Existen distintos tratamientos entre ellos el CONO LEEP, el cual se prefiere para las de alto grado (NIC II y NIC III) por sus resultados terapéuticos, sus múltiples ventajas y mínimas complicaciones, por lo que estimé conveniente realizar el trabajo de tesis: “MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL CONO LEEP EN PACIENTES ATENDIDAS EN SOLCA – LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO A DICIEMBRE DEL 2013”. El principal objetivo fue: Determinar la efectividad y complicaciones al utilizar el Procedimiento de Cono LEEP en el tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical de alto grado (NIC III). La investigación fue descriptiva, transversal y prospectiva, mediante la encuesta y la observación, se contó con 83 pacientes con citología anormal, de las cuales la muestra la conformaron 46 pacientes con NIC III que fueron sometidas a Cono LEEP; los resultados obtenidos fueron: según el reporte histopatológico (89.13%) con bordes libres o negativos. Respecto a las complicaciones post Cono LEEP, el mayor porcentaje no presentaron ninguna complicación, por lo tanto se deduce que el procedimiento de Cono LEEP, es seguro, económico, ambulatorio, efectivo y de mínimas complicaciones. De los factores de riesgo asociados a NIC III, la edad más afectada estuvo entre los 36 a 40 años edad, iniciaron su vida sexual entre los 18 a 20 años de edad; en su mayoría tuvieron 2 parejas sexuales; sí presentaron secreción vaginal patológica a repetición y en menor porcentaje si utilizaron anticonceptivos orales y consumieron tabaco. Se recomienda mayor promoción del procedimiento Cono LEEP y su aplicación e insistir en la realización de citología cervical (Papanicolaou) a todas las mujeres

sexualmente activas y concienciar sobre los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix.

PALABRAS CLAVES: Cono LEEP, Neoplasia Intraepitelial Cervical III, Bordes, Complicaciones, Factores de Riesgo.

SUMMARY

The treatment of the premalignant lesions of the cervix is important in the reduction of the progression to carcinoma of the cervix and hence its morbidity

There are different treatments including the LEEP CONE, which is preferred for the high-grade (NIC NIC II and III) for their therapeutic results, their multiple benefits and minimum clutter, by what it deems appropriate to undertake the thesis work: "MANAGEMENT OF CIN III VIA THE LEEP CONE IN PATIENTS SEEN IN SOLCA - LOJA DURING THE PERIOD MARCH TO DECEMBER 2013 ".

The main objective was to determine the effectiveness and complications when using the procedure of Cone LEEP in the treatment of high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN III).

The research was descriptive, cross-sectional and prospective, through survey and observation, it was attended by 83 patients with abnormal pap test, from which sample was composed 46 patients with CIN III that were subjected to LEEP Cone; the results were as follows: according to the Histopathological report (89.13 %) with free or negative edges

Regarding the complications post LEEP Cone, the largest percentage showed no complication, therefore it follows that the cone LEEP procedure, is safe, economical, ambulatory, effective and minimal in complications.

Of the risk factors associated with CIN III, the most affected age was between 36 to 40 years, began their sex life around 18 to 20 years of age; most of them had 2 sexual partners; They did present Vaginal

secretion pathological to repetition And to a lesser percentage if oral contraceptives were used and tobacco was consumed.

A further promotion of the Cone LEEP procedure is recommended and their application and to insist on the performing of cervical cytology (Pap smear) to all sexually active women and raise awareness of the risk factors associated with premalignant lesions of the cervix.

KEYWORDS: Cone LEEP, Cervical Intraepithelial Neoplasia III, edges, complications, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

El cáncer cervicouterino es diagnosticado cada vez con mayor frecuencia en el mundo, ocupa el primer lugar entre las lesiones malignas en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo responsable de más de 250 000 muertes en el mundo, en el año 2007, de las cuales cerca de 80% ocurrió en países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará de manera alarmante hasta 16 millones de personas, en el año 2020¹.

La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cervicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hace en la cuarta década de sus vidas².

Las regiones con mayor riesgo de cáncer cervicouterino incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países de Latinoamérica, donde la incidencia anual excede los 30/100 000 mujeres³.

¹Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer URL, Perú, Febrero 2010: www.uicc-community.org/templates/.../RE%20PLAN%20PERU.

²Cieza J, Cueva F, Uchiyama E, Linares V. Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. GinecolObstet (Perú). 1997;43(2):107-9

³Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino. Una visión actual. RevChilObstetGinecol. 2006; 71:341-348.

Las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en América Latina son de 28,6 y 12,9/100 000 mujeres en el año 2002, con variaciones geográficas; así Paraguay ocupa el tercer lugar en la incidencia del cáncer de cuello uterino con 52,3/100 000 mujeres, entre los países latino americanos, superados por Haití y Bolivia, seguido por Perú. Esta tasa es superior a las registradas en otros países vecinos como Argentina, Brasil, Uruguay y Chile⁴, en Venezuela el cáncer de cuello uterino constituye la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer y cada año se detectan unos 3.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años⁵.

En el Ecuador se diagnosticarían unas 826 mujeres al año y se esperarían unas 344 defunciones por esta causa. Un 64,3% de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad, que representan aproximadamente el 25% del total de la población, es decir 3.039.152 mujeres) se ha realizado al menos una prueba de citología cervicovaginal en su vida y un 24,5% se realizó la prueba el último año, lo que significa 735.000 pruebas en mujeres en edad fértil al año en el país, a lo que se debe añadir las pruebas realizadas en mujeres de más de 50 años (que representan un 8% del total de la población, unas 972.529 mujeres), aproximadamente 243.000 pruebas más, manteniendo la proporción de 25% de mujeres que se realizan la prueba en un año dado⁶.

El cáncer cervicouterino, el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población femenina, fue responsable de más de 250 000 muertes en el 2005, cerca del 80% de las cuales ocurrieron en países en vía de desarrollo. Si no se toman las medidas necesarias, se prevé que las defunciones a

⁴Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS/OMS: 2004.

⁵Vitae Academia Biomédica digital, Facultad de medicina, Universidad Central de Venezuela. Situación de la infección por VPH en Venezuela, Octubre – Diciembre 2006, N° 29

⁶ Marco Antonio Pino, María Augusta Albán Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, Quito 2006

causa del cáncer cervicouterino aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años. El carcinoma de cérvix es una lesión progresiva precedida por cambios intraepiteliales preneoplásicos. Existe controversia respecto a la progresividad de las lesiones premalignas y que el cáncer de cuello uterino esté siempre precedido por ellas; epidemiológicamente se ha encontrado que la edad promedio de mujeres con estas lesiones premalignas, es menor que las que tienen carcinoma in situ y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer invasivo, lo cual sugiere un proceso progresivo de cambios preneoplásicos a carcinoma in situ y de allí a microinvasor e invasor. La duración de las diferentes etapas de premalignidad no es uniforme, en general se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse a lesión invasora, aunque se ha encontrado una regresión espontánea en estadios iniciales entre un 30 a 60%. La progresión suele ser más rápida en las mujeres de mayor edad que en las más jóvenes. Aunque virtualmente todos los carcinomas cervicales invasivos se desarrollan a través de fases progresivas de cambios intraepiteliales, no todos necesariamente progresan a invasión⁷.

La historia natural de la infección por el VPH muestra que la persistencia de la infección está relacionada con lesiones de atipia celular que, si persisten, pueden progresar a lesiones invasivas. Las lesiones preneoplásicas se identifican aproximadamente en un 4% de mujeres sometidas a cribados citológicos periódicos. La mayoría de estas lesiones se agrupan en dos categorías: las L-SIL (Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado) y las llamadas de células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US), según el sistema Bethesda. Los diagnósticos de ASCUS o L-SIL se normalizan espontáneamente en más del 80% de los casos. En estos casos, la determinación del VPH puede ser de gran ayuda para seleccionar a las mujeres en las que el VPH está presente. Varios estudios muestran que

⁷Consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. American Journal of Obstetrics & Gynecology October 2009

aproximadamente el 50% de las lesiones de ASC-US tendrán asociada una prueba positiva para el VPH. En el caso de la L-SIL, la proporción de VPH suele ser muy alta (80%). Las mujeres con ASC-US o L-SIL en las que no se detecta el VPH tienen un riesgo muy inferior de progresar a lesiones más avanzadas. Las lesiones de displasia grave / CIN III —también denominadas H-SIL— son considerablemente menos frecuentes y la frecuencia de regresión es probablemente inferior al 20%⁸.

En base a estos antecedentes surge mi interés como egresada de la Especialidad de Gineco Obstetricia plantearme el tema Manejo de NIC III a través del cono LEEP en pacientes atendidas en Solca - Loja durante el periodo Marzo a Diciembre del 2013, como objetivo general de determinar la efectividad y complicaciones al utilizar el Procedimiento de Escisión de Asa Electroquirúrgica (CONO LEEP) en el tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical de alto grado en pacientes que acuden a SOLCA – LOJA y como objetivos específicos. Determinar la prevalencia y factores de riesgo de la Neoplasia Intraepitelial Cervical III, Determinar la efectividad del tratamiento con CONO LEEP en pacientes con Neoplasia Intraepitelial Cervical III, mediante el estudio histopatológico de la lesión e Identificar las complicaciones post - CONO LEEP, para luego en base a los resultados obtenidos elaborar conclusiones y recomendación encaminadas al tema de investigación y además cumplir con un requisito académico para obtener un título de especialidad.

⁸ Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Bogotá: INC; 2007.

**REVISIÓN DE
LITERATURA**

4. REVISIÓN DE LITERATURA

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

DEFINICIÓN. Se define la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como una lesión que se considera la antesala del cáncer cervicouterino, se caracteriza por alteraciones de la maduración, anomalías nucleares y ausencia total en la diferenciación de las células del epitelio cervical. Se sitúa en la superficie del exocérvix o rellenando las glándulas, pero sin invadir la membrana basal.

FACTORES DE RIESGO

Actualmente hay factores de riesgo que contribuyen a la aparición de precursores del cáncer cervico-uterino. Entre los cuales tenemos:

- **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68 de VPH están fuertemente asociados con NIC y con cáncer invasor (CIIC, 1995; Walboomers et al., 1999). Se considera que la infección persistente con uno o más de dichos tipos oncógenos pueden causar neoplasia cervical (CIIC, 1995). El análisis de los resultados combinados de un estudio de casos y testigos multicéntrico realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC, 1995) arrojó riesgos relativos (RR) que iban de 17 en Colombia a 156 en Filipinas, con un RR combinado de 60 (intervalo de confianza del 95%: 49-73) de cáncer cervico-uterino (Walboomers et al., 1999). La asociación fue similar para el carcinoma

escamocelular (RR: 62) y para el adenocarcinoma del cuello uterino (RR: 51). Se detectó ADN del VPH en 99,7% de 1.000 muestras evaluables de biopsia de cáncer cervicouterino obtenidas en 22 países.

Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo perinuclear en el citoplasma, que indica cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH.

La infección por VPH se transmite por contacto sexual, por lo que los factores de riesgo están estrechamente relacionados con el comportamiento sexual (por ejemplo, número de compañeros sexuales o relaciones sexuales a una edad temprana).

Cerca del 80% de las mujeres jóvenes que contraen el VPH presentan infecciones transitorias que se resuelven en el espacio de 12 a 18 meses⁹.

Se cree que la infección por VPH comienza en las células basales o parabasales del epitelio metaplásico. Si la infección persiste, puede suceder que el genoma vírico se incorpore al de la célula anfitriona. La diferenciación normal y la evolución de epitelio escamoso metaplásico inmaduro a maduro puede interrumpirse como resultado de la expresión de oncoproteínas E6/E7 y de la pérdida del control del crecimiento normal. Esto puede conducir ulteriormente a la aparición de epitelio displásico anormal. Si el proceso neoplásico no se interrumpe, las lesiones tempranas de bajo grado pueden llegar a abarcar todo el espesor del epitelio. Después, la enfermedad puede atravesar la membrana basal y convertirse en cáncer invasor, extendiéndose a los tejidos y órganos circundantes. La invasión puede luego alcanzar la sangre y los vasos linfáticos, con lo cual la enfermedad puede diseminarse a los ganglios linfáticos y a órganos distantes¹⁰.

⁹Franco, E.L., Rohan, T.E. y Villa, L.L. (1999) Epidemiologic evidence and human papilloma virus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 91, 506-511.

¹⁰Ferenczy, A. y Franco, E. (2002) Persistent human papilloma virus infection and cervical neoplasia. *Lancet. Oncol.*, 3, 11-16.

- **Tabaquismo**
- **Anticonceptivos orales**
- **Vida sexual promiscua**
- **Múltiples compañeros sexual**
- **Inicio de relaciones sexuales a edad temprana.** < de 17 años, se correlaciona con un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida
- **Secreciones vaginales patológicas a repetición y la automedicación.**

CLASIFICACIÓN DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

Para el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiperchromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear.

Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. Las configuraciones anormales de las mitóticas también se tienen en cuenta al establecer el diagnóstico final.

- **NIC 1** existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas.
- **NIC 2** se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1
- **NIC 3**, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas.

EVOLUCIÓN NATURAL DE LOS PRECURSORES DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

A pesar de la exposición frecuente de las mujeres a los VPH, la aparición de neoplasia cervical es poco común. La mayoría de las anomalías cervicales causadas por la infección por VPH tienen poca probabilidad de progresar a NIC o a cáncer invasor, pues la mayoría retroceden por sí mismas. El largo plazo que transcurre entre la infección inicial y la enfermedad evidente indica que pueden ser necesarios varios cofactores (diferencias genéticas, efectos hormonales, carencias de micronutrientes, tabaquismo o inflamación crónica) para que avance la enfermedad. La regresión espontánea de la NIC también parece indicar que muchas mujeres pueden no estar expuestas a dichos cofactores.

Varios estudios han abordado la evolución natural de la NIC, haciendo hincapié en la regresión, la persistencia y la progresión de la enfermedad (McIndoe *et al.*, 1984; Ostroff *et al.*, 1993; Mitchell *et al.* 1994; Melinkow *et al.* 1998; Holowaty *et al.* 1999). Han revelado que la mayoría de las lesiones de bajo grado son transitorias; que en la mayoría de los casos vuelven a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresan a formas más

graves¹¹. En cambio, es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor, aunque también algunas de estas lesiones persisten como tales o retroceden. El intervalo medio para que los precursores progresen a cáncer invasor va de 10 a 20 años¹².

La probabilidad acumulada para todos los grados de NIC estudiados tanto por citología como por histología es de 45% de regresión, 31% de persistencia y 23% de progresión (Mitchell *et al.*, 1994). Las tasas de progresión a cáncer invasor en estudios de seguimiento por biopsia de pacientes con carcinoma in situ se situaban entre 29% y 36% (McIndoe *et al.* 1984). Un metanálisis de 27.000 mujeres dio las tasas ponderada de progresión a H-LIE y a cáncer invasor a los 24 meses, según la anomalía citológica de referencia, (Melinkow *et al.* 1998). Holowaty *et al.* (1999) calcularon el RR de progresión y de regresión de displasias moderadas y avanzadas en un seguimiento de 2 años, tomando como referencia la displasia leve. El RR de CIS fue 8,1 para la displasia moderada y 22,7 para la displasia grave. El correspondiente RR de cáncer invasor fue 4,5 y 20,7 respectivamente¹³.

| Probabilidad de regresión, persistencia y progresión de NIC | | | | |
|--|------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Categoría NIC | Regresión | Persistencia | Progresión a NIC 3 | Progresión a carcinoma invasor |
| NIC 1 | 57 % | 32 % | 11 % | 1 % |
| NIC 2 | 43 % | 35 % | 22 % | 1,5 % |
| NIC 3 | 32 % | 56 % | - | 12 % |

Fuente: OPS. La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical: Manual para principiantes. 2008

¹¹Melnikow, J., Nuovo, J., Willan, A.R., Chan, B.K. y Howell, L.P (1998) Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.*, 92(4 Pt 2), 727-735.

¹² Mitchell, M.F., Hittelman, W.N., Hong, W.K., Lotan, R. ySchottenfeld, D. (1994) the natural history of cervical intraepithelial neoplasia: an argument for intermediate end point biomarkers. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 3, 619-626.

¹³Melnikow, J., Nuovo, J., Willan, A.R., Chan, B.K. y Howell, L.P (1998) Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.*, 92(4 Pt 2), 727-735

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodo negativas después de aplicar lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno.

DIAGNÓSTICO DE LA NIC

Para la detección y diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, que son:

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

Consiste en la obtención de células que normalmente se exfolian hacia la superficie de las mucosas mediante una espátula, tórula, cepillo o pipeta de aspiración.

Tiene una sensibilidad del 60 – 85% y especificidad del 99%. El objetivo de Papanicolaou es la detección temprana de lesiones premalignas para manejarlas a tiempo y evitar que evolucionen a cáncer cervicouterino¹⁴.

La toma del PAP se realiza en posición ginecológica, colocando un espéculo vaginal y visualizando el cuello uterino; después mediante una espátula y tórula se obtienen células del exocervix, zona de transición y componente endocervical, que se extienden en un portaobjetos al que se le aplica un fijador en spray para posteriormente ser teñidos con la tinción de

¹⁴Abu-Jawdeh GM, Trawinski G, Wang HH. Histocytological study of squamous a typiaon Papsmeas. Mod. Pathol.1994. Dec; 7 (9): 920 – 4.

Papanicolaou, que tiene tres componentes: Hematoxilina, orange-g y EA – 50. No se debe hacer tacto vaginal antes de la toma de muestra.

Previo al examen se indica a la paciente: no realizarse duchas vaginales y abstinencia coital 24 horas antes del examen y no usar preparados y fármacos intravaginales una semana antes.

En un intento por establecer un consenso acerca de la terminología en la citología cervical, el National Cancer Institute estableció una nueva nomenclatura que se designó con el nombre de Sistema de Bethesda, y que se compara con la de la OMS y con la clasificación original de PAP.

En el Sistema de Bethesda se recomienda que los informes de laboratorio señalen cada uno de los siguientes elementos: valoración de lo adecuado de la muestra (satisfactorio o insatisfactorio); categorización general del diagnóstico (normal o alterado); diagnóstico descriptivo (precisar si hay signos de infección, cambios inflamatorios, anormalidades en las células epiteliales).

NOMENCLATURA EN CITOLOGÍA CERVICAL

| SISTEMA PAP | OMS | SISTEMA BETHESDA |
|---------------------|---------------------------------|--|
| Clase I Clase II | Normal Atípico | Dentro de Límites normales Cambios de reacción y reparación |
| Clase III | Displasia Displasia leve | Anomalía de célula epitelial plana, células escamosas atípicas de importancia no determinada, lesión Intraepitelial escamosa Bajo grado (incluye HPV) |

| | | |
|----------|--------------------|--|
| | Displasia moderada | Alto grado |
| | Displasia intensa | Alto grado |
| Clase IV | Carcinoma in situ | Alto grado |
| Clase V | Carcinoma invasor | Carcinoma de células escamosas |
| Clase VI | Adenocarcinoma | Anomalía de céls glandulares: adenocarcinoma Neoplasia Maligna no epitelial |

Fuente: OPS. La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical: Manual para principiantes. 2008

COLPOSCOPIA

Es un método de diagnóstico con una confiabilidad del 95%¹⁵. Permite la visualización directa del cuello y de la zona de transición, a través de un microscopio binocular que amplía la imagen. Ésta presenta menor sensibilidad y especificidad que el PAP, y al ser un examen costoso y que requiere experiencia y tiempo, no se recomienda para los estudios de detección. Su mayor utilidad radica en la obtención de biopsia dirigida y delimitar la magnitud del daño del cuello uterino en pacientes seleccionadas por PAP alterado.

Las observaciones realizadas por colposcopia se informan como normales (lesiones benignas), sospechosa (hiperqueratosis, mosaico), positiva (lesión

¹⁵ Solar del Castillo Yanet Dra. Valor de la Electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ del cuello uterino. Río Blanco Veracruz, 2008. [Tesis]

invasiva), no apta (postmenopausia) o no satisfactoria (fibrosis, mala visualización)¹⁶.

Entre las tinciones utilizadas en la colposcopia son:

LUGOL (SCHILLER).- Que tiene afinidad por el glicógeno (lugol), tiñe el epitelio exocervical porque sus células son ricas en glucógeno, a diferencia del endocervix que no se tiñe. Las células neoplásicas disminuyen su contenido de glicógeno y no se tiñen.

TOLUIDINA.- Que tiñe núcleos, tiñendo más en zonas de alta replicación como las neoplasias.

ÁCIDO ACÉTICO .- El cual altera las proteínas, las cuales se coagulan pudiéndose observar el epitelio displásico opaco con patrón vascular en punteado o mosaico sugiriendo la existencia de displasia; mientras que el normal permanece sin modificaciones y translúcido, sin enmascarar el tejido conjuntivo, esto se fundamenta en el hecho de que el epitelio escamoso normal posee escaso contenido de proteínas en la membrana celular o en los núcleos que son pequeños, y gran contenido de glucógeno en citoplasma mientras que en las células displásicas dicho citoplasma no contiene glucógeno y las proteínas son abundantes, así como en la membrana celular y núcleo.

BIOPSIA

Se realiza cuando toda vez que exista anormalidad citológica. Para realizar ésta se debe tomar muestra del exocervix y del endocervix. La biopsia

¹⁶Singer A, Monaghan J. Lower Genital Tract Precancer Colposcopy, Pathology and Treatment. 2nd Edition. Blackwell Science, Oxford (2000).Soutter P. Practical Colposcopy. Oxford: Oxford University Press (1993).

exocervical puede ser dirigida (con colposcopio), o no dirigida, y la endocervical se realiza por medio del curetaje o raspado del canal.

CONIZACIÓN

Biopsia que se realiza en forma de cono, con base distal y vértice hacia el canal endocervical. Incluye exocérvix, zona de transición y una porción del endocérvix. Se utiliza como biopsia diagnóstica, pues sirve para establecer el grado y la extensión de la lesión. A su vez, puede emplearse como biopsia terapéutica, ya que permite determinar si se ha extirpado completamente la lesión, no requiriéndose otro tratamiento¹⁷.

Para la realización de éste, pueden utilizarse dos técnicas:

ASA DE LEEP (LOOP ELECTROSURGICAL ESCISIÓN PROCEDURE).- Son electroquirúrgicos que mezclan cortan y coagulan, facilitando la hemostasia en la zona quirúrgica.

CONO QUIRÚRGICO.- Se extrae el cono con bisturí, su mayor complicación es la hemorragia posoperatoria.

TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL MEDIANTE ESCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA CON ASA (CONO LEEP).

La Conización con Asa Electroquirúrgica es conocida como CONO LEEP, por sus siglas en inglés (Loop Electrosurgical Excision Procedure).

¹⁷Wright VC, Lickrish GM, Shier RM. *Basic and Advanced Colposcopy*. Part 1: A Practical Handbook for Diagnosis, 2nd ed. Houston, Texas: Biomedical Communications (1995).

El objetivo de la LEEP es extirpar las lesiones y la zona de transformación en su totalidad y enviar el tejido afectado al laboratorio de histopatología para su estudio.

Debido a su eficacia y al mejoramiento de las técnicas, lo que brinda baja incidencia de hemorragias, disminución en la expansión de la zona de transformación, escaso dolor, reducción del tiempo quirúrgico, disminución de la posibilidad de estenosis del canal endocervical, así como certeza de obtener bordes libres corroborados por el estudio histopatológico de la pieza; además, también existen ventajas económicas. Por estas razones ha devenido como el método de elección para los colposcopistas en el tratamiento de las lesiones preneoplásicas cervicales¹⁸.

Los criterios de admisión para el tratamiento por CONO LEEP son:

- NIC confirmada por biopsia cervical, si es posible.
- Si la lesión afecta al conducto cervical, debe verse su límite distal o craneal; la máxima extensión (distal) no será superior a 1 cm
- No se evidencie cáncer invasor ni displasia glandular
- No presente enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis, úlcera anogenital ni trastorno hemorrágico.
- Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente.
- Mujeres hipertensas deben estar bien controladas.
- 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

¹⁸Varela J, Egaña J, González D. Conización por ASA. Experiencia en el Hospital Carlos Van Guren. RevChilObstetGinecol 2002; 67 (1): 33-38.)

complicaciones, las secuelas a largo plazo y las posibles alternativas para abordar su problema¹⁹.

PROCEDIMIENTO:

El instrumental para la LEEP se colocará en un carrito o bandeja. La lugolización es útil para delimitar los márgenes de la lesión antes de comenzar el tratamiento. Hay que usar un espéculo vaginal con aislamiento eléctrico o un espéculo metálico aislado con condón de látex para prevenir el choque eléctrico de la paciente si el electrodo activo toca accidentalmente el espéculo (aunque esto no suele causar daño tisular, pues la zona de contacto es relativamente grande).

También hay que tener cuidado para no producir dolor al tocar involuntariamente las paredes vaginales con el electrodo activo. Esto último puede evitarse usando un retractor de las paredes laterales vaginales asimismo aislado, además de un espéculo vaginal aislado, o un espéculo asilado con un condón.

Lo ideal es que el espéculo vaginal disponga de un tubo evacuador de humo en la superficie luminal de la paleta anterior, al que pueda acoplarse un mecanismo de aspiración. Si no se dispone de este tipo de espéculo, puede emplearse un simple tubo de succión (preferentemente de material no conductor y no inflamable), con su punta abierta lo más cerca posible del cuello uterino. Es obligatorio disponer de un sistema de extracción de humos de alto flujo y con filtro para las partículas de humo y los olores.

La anestesia local se alcanza a los 30 segundos de aplicar varias inyecciones de un total de hasta 5 ml de xilocaína al 1% en el tejido estrófico del exocérnix. Las inyecciones se administran en torno a la

¹⁹Wright VC, Lickrish GM, Shier RM. Basic and Advanced Colposcopy. Part 2: A Practical Handbook for Treatment, 2nd ed. Houston, Texas: Biomedical Communications (1995).

periferia de la lesión y la zona de transformación (en la posición de las 3, las 6, las 9 y las 12 del reloj), con una profundidad de 1 a 2 mm, usando una jeringa de 5 ml y una aguja de calibre 25 a 27. 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. Esto puede evitarse mediante una infiltración sub epitelial.

Hay que usar la mínima cantidad de corriente necesaria para una electrocirugía eficaz, para reducir al mínimo el riesgo de los tejidos no afectados de la paciente y que la muestra extirpada esté en condición aceptable (con un mínimo de artefacto térmico) para el estudio histopatológico. La potencia empleada depende del tamaño del electrodo que corta el tejido y de si va a aplicarse fulguración.

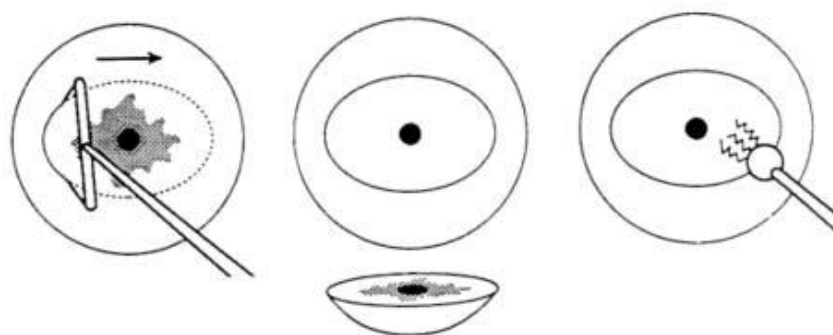
Las potencias habituales para los diferentes electrodos del asa son las siguientes: 1,0 x 1,0 cm 30 vatios; 1,5 x 0,5 cm 35 vatios; 2,0 x 0,8 cm 40 vatios; 2,0 x 1,2 cm 50 vatios. Las potencias para los electrodos de bola de 3 mm y de 5 mm son 30 vatios y 50 vatios, respectivamente, en modo de coagulación. Cuando sea posible, una lesión debe extirparse con un solo paso del asa, aunque esto no siempre es factible.

ESCISIÓN DE UNA LESIÓN EXOCERVICAL CON UN SOLO PASE DEL ASA

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 (del mango a la parte más alejada del alambre). Suele poder emplearse un asa oval de 2,0 x 0,8 cm. 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 exocervix. El asa se introduce en el tejido 5mm por fuera del límite exterior de la lesión. 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) hasta alcanzar con exactitud la parte exterior del borde opuesto de la lesión. Entonces se retira lentamente el asa, manteniéndola perpendicular a la superficie. Una vez que se ha extirpado el tejido y colocado en formalina, en el generador electroquirúrgico se selecciona la potencia apropiada para el modo de fulguración. 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 exocérvix visible. Se impregna la superficie de la herida quirúrgica con solución de Monsel y se retira el espéculo²⁰.

ESCISIÓN DE UNA LESIÓN EXOCERVICAL CON UN SOLO PASE DEL ASA



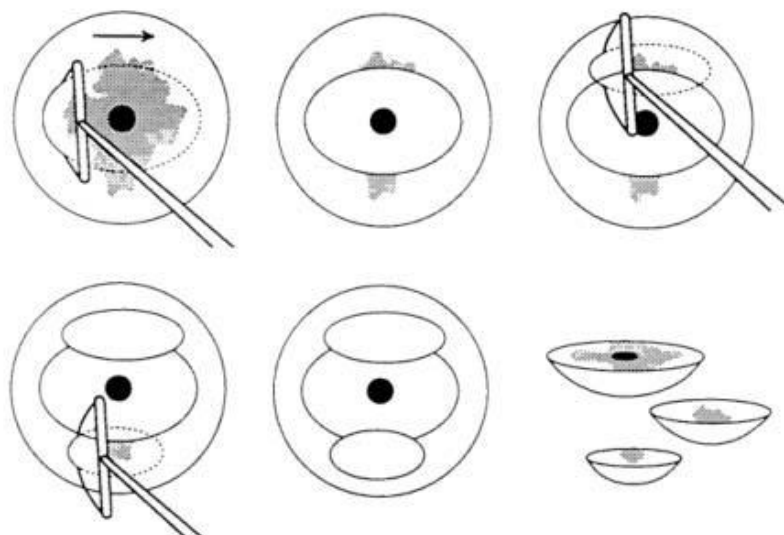
Fuente: OPS. La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical: Manual para principiantes. 2008.

²⁰Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. Electrosurgery for HPV related Diseases of the Lower Genital Tract. Nueva York, Arthur Vision Inc. (1992).

ESCISIÓN DE UNA LESIÓN EXOCERVICAL CON VARIOS PASES DEL ASA

Si el diámetro de una lesión excede el ancho del asa más grande (generalmente 2 cm), la lesión debe extraerse con varios pases de asas que pueden ser de tamaños diferentes. Suele extirparse primero la parte central de la lesión. Se extirpan después las restantes partes periféricas de la lesión, con uno o varios pases. Se guardan todas las muestras para estudio histopatológico.

ESCISIÓN DE UNA LESIÓN EXOCERVICAL CON VARIOS



Fuente: OPS. La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical: Manual para principiantes. 2008

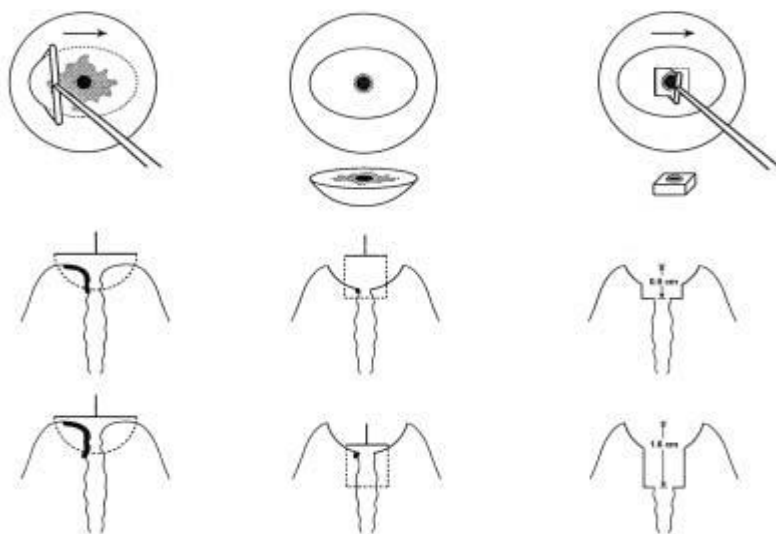
ESCISIÓN DE LESIONES COMBINADAS EXOCERVICALES Y ENDOCERVICALES

Para una lesión con afectación del conducto cervical y cuya extirpación no sea probable con la profundidad del pase único descrito, puede recurrirse a un método de escisión en dos capas. La mayoría de las lesiones que

invaden el conducto cervical suelen penetrar en él 1 cm o menos. Las mujeres mayores y las que tienen NIC 3 suelen presentar lesiones más largas, cuya exéresis requiere un segundo pase, de la totalidad del conducto cervical.

Generalmente, la porción exocervical de este tipo de lesión que invade el conducto puede extirparse con un asa oval grande (2,0 x 0,8 cm). El resto del tejido del conducto cervical puede extirparse con un asa más pequeña, que suele consistir en un cuadrado de 1,0 cm de lado, pero llevando cuidado de no profundizar más de lo necesario para extirpar completamente la lesión y un margen de tejido normal. Este tipo de escisión puede penetrar hasta 1,6 cm en el conducto cervical y solo debe intentarse cuando sea absolutamente necesario, porque el riesgo de hemorragia y estenosis aumenta en proporción directa a la profundidad de la escisión. No debe practicarse la LEEP si no puede verse el límite distal o craneal de la lesión, o si la parte distal de la lesión penetra más de 1 cm en el conducto.

ESCISIÓN DE LESIONES COMBINADAS EXOCERVICALES Y ENDOCERVICALES



Fuente: OPS. La colposcopia y el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical: Manual para principiantes. 2008

SEGUIMIENTO DE LA LEEP

Hay que decirles a las mujeres cómo deben cuidarse y qué síntomas pueden tener después del tratamiento, en su caso particular, por escrito. 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 más de dos semanas, si se hace maloliente o si tienen dolores en la parte inferior del abdomen o hemorragia profusa. Se les debe desaconsejar la ducha vaginal, los tampones y el coito durante un mes después del tratamiento.

No se conoce el efecto de la LEEP sobre la posible transmisibilidad, de o a las mujeres, de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante la fase de curación. Ha podido ponerse de manifiesto la eliminación de VIH-1 en las secreciones vaginales de seropositivas tratadas por NIC (Wright *et al.*, 2001). Por consiguiente, los autores sugieren que se comunique a todas las mujeres que la LEEP puede aumentar la transmisibilidad del VIH y que los condones son un medio eficaz de prevención. Hay que usar condones entre 6 y 8 semanas. Lo ideal sería disponer de condones gratuitos en los consultorios de colposcopia en los entornos donde la infección por VIH es endémica. Hay que dar cita de seguimiento entre los 9 y 12 meses posteriores al tratamiento; el plan de manejo seguirá el esquema presentado más adelante. En la sección que se aborda la pauta a seguir ante lesiones cuya persistencia se comprueba en las visitas de seguimiento.

EFFECTOS ADVERSOS, COMPLICACIONES Y SECUELAS ALARGO PLAZO DE LA LEEP

Las complicaciones y riesgos se pueden presentar en el 1% - 8% de las pacientes²¹.

La mayoría de las mujeres sienten algún dolor transitorio por la inyección de anestésico local en el cuello uterino. Se presenta hemorragia perioperatoria intensa en el 2% o menos de las LEEP. Hay que recomendar a las mujeres que consulten si tienen cualquier preocupación durante el posoperatorio. Conviene darles por escrito instrucciones relativas al posoperatorio que aborden los siguientes puntos:

- Dolor posoperatorio, suele ser similar a los calambres; las mujeres pueden tomar analgésicos orales como el paracetamol o ibuprofeno, si los necesitan.
- Exudado mucoso marrón oscuro (de la solución de Monsel) teñido de sangre suele persistir una o dos semanas después del tratamiento.
- Hemorragia posoperatoria moderada o intensa; suele aparecer entre 4 y 6 días después del tratamiento y proceder del labio posterior del cuello uterino. Generalmente, esta hemorragia puede controlarse por fulguración, aplicando la solución de Monsel o un hisopo de nitrato de plata. Rara vez es necesario suturar el lugar de la hemorragia.
- Exudado de mal olor, solicitar cultivo del mismo, y prescribir tratamiento empírico con antibióticos eficaces para la EPI. En los países en desarrollo, puede considerarse la posibilidad de administrar sistemáticamente un tratamiento antibiótico provisional tras la LEEP

²¹ Solar del Castillo Yanet Dra. Valor de la Electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ del cuello uterino. Río Blanco Veracruz, 2008. [Tesis]

(doxiciclina 100 mg por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días y metronidazol 500 mg por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días).

Debe advertirse a las mujeres que en raras ocasiones (probablemente menos del 1%) se produce estenosis parcial o completa del conducto cervical; es más común en menopáusicas.

La curación tras la LEEP suele producirse en el plazo de un mes.

PAUTA A SEGUIR ANTE LESIONES CUYA PERSISTENCIA SE COMPRUEBA EN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO

Se hace el seguimiento de todas las mujeres entre los 9 y 12 meses posteriores al tratamiento, independientemente de que el informe anatomopatológico declare que los bordes exeréticos no están afectados, para evaluar la regresión o la persistencia de lesiones y complicaciones.

Se detectan fracasos del tratamiento (lesiones persistentes en la visita de seguimiento) en menos de 10% de las mujeres controladas. Para descartar la presencia de carcinoma invasor no sospechado, es aconsejable biopsiar todas las lesiones persistentes. Estas últimas deben volverse a tratar con crioterapia, LEEP o conización en frío, según convenga.

Varios estudios indican los buenos resultados en el tratamiento de NIC mediante CONO LEEP, aquí tenemos algunos estudios. “En el estudio de Berdayes Velásquez Manuel Dr. Y col. Denominado: Lesiones preinvasivas de cuello uterino. Departamento de Terapéutica Oncológica. Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela. 2010. Se evaluaron a 191 pacientes con diagnóstico de NIC de alto grado, de las cuales 151 casos cumplieron con los criterios y fueron sometidas a Cono LEEP en la modalidad de VER y

TRATAR, obteniéndose los siguientes resultados: La edad media fue 39.29 años y la desviación estándar de 9.96. Las pacientes sometidas a CONO LEEP representan el 79.0 % (151) del total de pacientes con diagnóstico de NIC alto grado y el 21% restante (40) no cumplieron con los criterios de inclusión y fueron sometidas a otros procedimientos. Los resultados histológicos fueron: CIS (Carcinoma In Situ): 23% (34), NIC III: 25%(37) y NIC II: 46% (70); Cáncer microinvasor: 2% (3) y NIC I + VPH: 4% (7). Después de los 12 y 6 meses de seguimiento para el primer y segundo año, 146 pacientes se encuentran libres de enfermedad y cinco pacientes presentaron recurrencia (3.30%). De 151 casos conizados, el 96.7 % se encuentra sin evidencia de enfermedad. Las pacientes con recurrencias (3.30%) fueron reconizadas. Las complicaciones de procedimiento son mínimas, presentándose en tres pacientes y no fue necesario hospitalización o transfusión sanguínea. El Test Chi square fue aplicado para determinar que variables afectan la recurrencia, obteniendo un valor de $p= 0.038$, significativo para los NIC AG endocervicales.²².

De igual manera en el estudio Eutimio Roa B., Eduardo Osorio F., Sergio Lizana C., Ramiro Herrera Z., en el estudio denominado: Conización Leep en LIE de alto grado en una Institución Privada de Salud. Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, Clínica Dávila. Obteniéndose los siguientes resultados: correlación colpo-biopsica 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. El 89% permanece en seguimiento, comprobándose que la totalidad de estas ha tenido un tratamiento considerado satisfactorio²³. Y en el estudio de Joselyn

²²Berdayes Velásquez, Manuel, Valléz Bermúdez, María José. lesiones preinvasivas de cuello uterino. Departamento de terapéutica oncológica. Hospital universitario Ruiz y Páez (h.u.r.p.), Venezuela. 2010. Tesis. Pp. 9-1

²³ Eutimio Roa B., Eduardo Osorio F., Sergio Lizana C., Ramiro Herrera Z., en el estudio denominado: **Conización Leep en NIE de alto grado en una**

Altagracia Marte Dra.y col. Utilidad del Asa de Leep en el diagnóstico y tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en la Clínica de Patología de cérvix del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Se concluye que se detectó un 72.3% de NIC conjuntamente con carcinoma invasivo, sin embargo, cuando se utilizó el Asa de Leep en las mismas pacientes, este porcentaje disminuyó en 5.6, decir a 66.7 por ciento. Cuando se trata de establecerla utilidad del Asa de Leep en el diagnóstico y en el tratamiento de la NIC se encuentra que realmente tiene una ventaja de gran utilidad, dado que, además de las ventajas señaladas precedentemente tiene mayor especificidad que la colposcopia por ejemplo, en los casos de detección de Ascus (7.8% por colposcopia contra cero por Asa con una $p < 0.05$); NIC-I (por colposcopia contra 2.0% por Asa para una $p < 0.05$); N/C-/(42.2% por colposcopia contra 33.3% por Asa para una $p < 0.05$); NIC-II (22.5% por colposcopia contra 27.5% por Asa para una $P = NS$) y NIC 115.9% por colposcopia contra 3.9% por Asa para una $P = NS$). Cuando se comparó desde el punto de vista estadístico se encontró que este grado de especificidad fue significativo ($p < 0.01$) a favor del Asa de Leep con respecto a la Colposcopia²⁴.

Institución Privada de Salud. Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, Clínica Dávila. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(4); 259 – 261.

²⁴ Joselyn Altagracia Marte Dra.y col., Utilidad del Asa de Leepen el diagnóstico y tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en la Clínica de Patología de cérvix del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Rev. Med. Dom. Doro.Vol. 58 No. 3 DR-ISSN-0254-4504.ADOERBIO 001. Sept.-dic., 1997

MATERIALES Y MÉTODOS

5. MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

2. ÁREA DE ESTUDIO Y TIEMPO.

Se realizó en el Hospital de SOLCA – Loja, en el periodo de marzo – Diciembre del 2013.

3. UNIVERSO

El universo estudiado en el presente trabajo fueron las pacientes que acudieron a la Consulta externa de Ginecología en el Hospital SOLCA – Loja, con diagnóstico citológico anormal, en el período Septiembre a Diciembre del 2013.

4. MUESTRA.

Para el desarrollo de la presente investigación la muestra estuvo conformada por 46 pacientes con NIC III y que cumplieron con los criterios de inclusión, en el período antes mencionado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que acudieron a la consulta externa de SOLCA – Loja.
- Pacientes diagnosticadas de NIC III, por biopsia cervical.
- Pacientes que aceptaron formar parte del estudio

- Pacientes que se realizaron el procedimiento por CONO LEEP
- Pacientes con diagnóstico de NIC III referidas de otras casas de salud.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no desearon formar parte del estudio
- Pacientes con diagnóstico de NIC I y II o sospecha de lesión infiltrante.
- Pacientes que se realizaron otros procedimientos.

MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

El método que se utilizó en esta investigación fue el método científico y para su desarrollo se recurrió a dos tipos de información, las fuentes secundarias, constituidas por libros médicos revistas científicas y otros documentos y las fuentes primarias a través de la Hoja de recolección de datos.

TÉCNICA

Como técnica principal para la recolección de la información en el presente estudio constituyo la encuesta y la observación.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso respectivo al Director del Hospital de SOLCA, Dr. José Molina, se hizo firmar el consentimiento informado a las pacientes, y se observó la realización del procedimiento de Escisión de Asa Electroquirúrgica a las pacientes con NIC III, se recolectó la información para cumplir con cada uno de los objetivos propuestos (Prevalencia, factores de riesgo), incluido el reporte anatomopatológico de las muestras (efectividad del tratamiento).

➤ **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE CONO LEEP**

Los insumos y materiales médicos que se requirieron fueron el Equipo de electrocirugía, Set de Cono LEEP, N° 27, Electrodo en asa para cirugía por radiofrecuencia de 25 x 10 mm.

- La paciente previa al procedimiento de Cono Leep recibió consejería a cargo de una enfermera capacitada.
- En forma opcional se administró un analgésico IM, IV previo o simultáneo, principalmente en pacientes ansiosas.
- El procedimiento quirúrgico se realizó en la Unidad de Electrocirugía, donde la paciente fue preparada y colocada en la mesa de examen, con sus piernas sobre unos estribos (Con ángulos de 90 y 45°) o taloneras de la camilla ginecológica.
- Se administró infiltración anestésica en cuatro cuadrantes del cuello uterino utilizando lidocaína al 2% con o sin epinefrina y se colocó un espéculo vaginal graves, adaptado a un conducto de aspiración incorporado (Especulo de teflón).
- Se aplicó una solución Lugol al 10% al cuello uterino (Test Schiller) para delimitar el área o lesión detectada con la colposcopia y remover el área anormal con una pasada o varias pasadas.
- Para retirar la zona afectada con lesión pre cancerosa se usó el electrodo en asa de 25 mm y tomo solo segundos, pero la electro

fulguración para controlar el sangrado post conización del lecho cruento tomo varios minutos adicionales.

- Luego de culminada la fulguración se aplicó solución de Monsel's (Subsulfato férrico) para controlar el sangrado en los casos en los que reincidió el sangrado. Al terminar el procedimiento se colocó tapón de algodón, que se retiró luego de 24 a 48 horas.

TABULACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron organizados y procesados en el programa Excel para ser expresados en tablas y gráficos de frecuencia, con los cuales realice la discusión y las conclusiones.

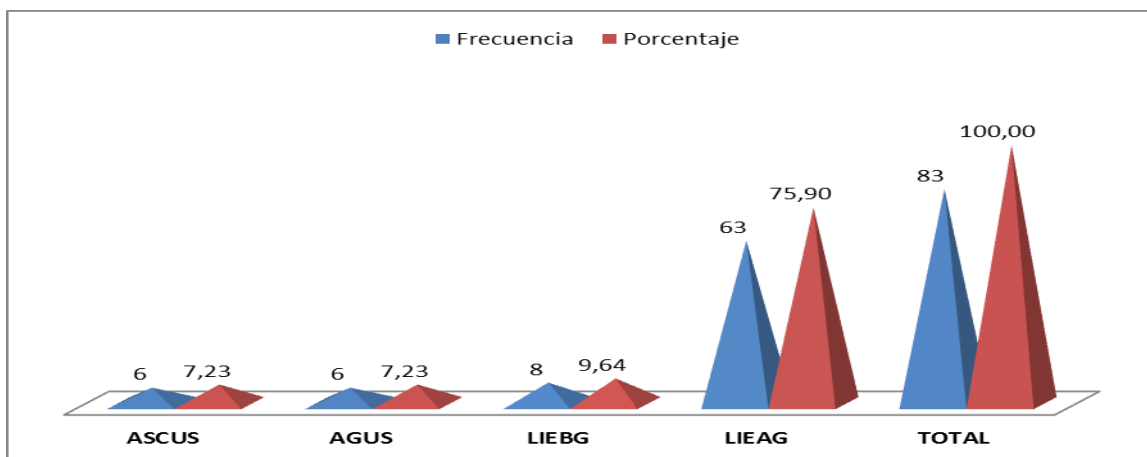
RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA N° 1

NÚMERO DE PACIENTES CON CITOLOGÍA ANORMAL QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SOLCA – LOJA.

| CITOLOGIA | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|---------------|
| ASCUS | 6 | 7,23 |
| AGUS | 6 | 7,23 |
| LIEBG | 8 | 9,64 |
| LIEAG | 63 | 75,90 |
| TOTAL | 83 | 100,00 |

Fuente: Registro de Resultado de Citología cervical.
Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACIÓN:

Del universo obtenido que son las 83 pacientes con citología anormal, 63 casos que corresponde al 75,90% presentaron LIEAG, 8 casos con el 9,64% correspondieron a LIEBG y 6 casos con un (7.23%) a ASCUS Y AGUS respectivamente.

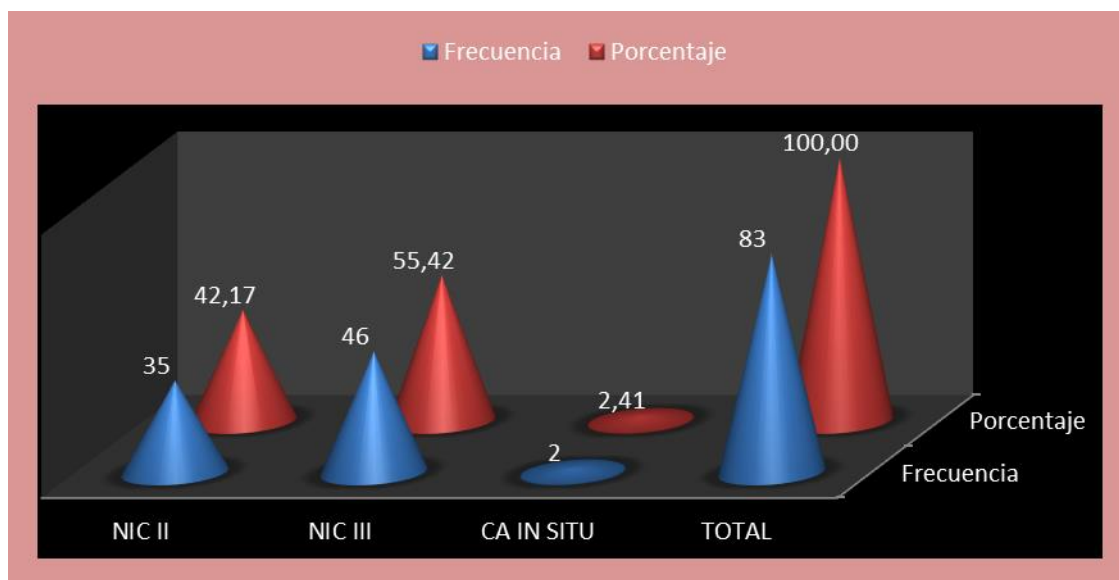
TABLA N°2.

PREVALENCIA DE NIC III MEDIANTE BIOPSIA CERVICAL.

| BIOPSIA CERVICAL | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|---------------|
| NIC II | 35 | 42,17 |
| NIC III | 46 | 55,42 |
| CA IN SITU | 2 | 2,41 |
| TOTAL | 83 | 100,00 |

Fuente: Registro de Resultado de Biopsia cervical.

Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

De las 83 pacientes con citología anormal, con colposcopia positiva y que se les realizó biopsia, la prevalencia fue de 46 casos para NIC III con un 55,42%, para NIC II 35 casos con el 42,17% y 2 pacientes con 2,41% para CA IN SITU.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NIC III

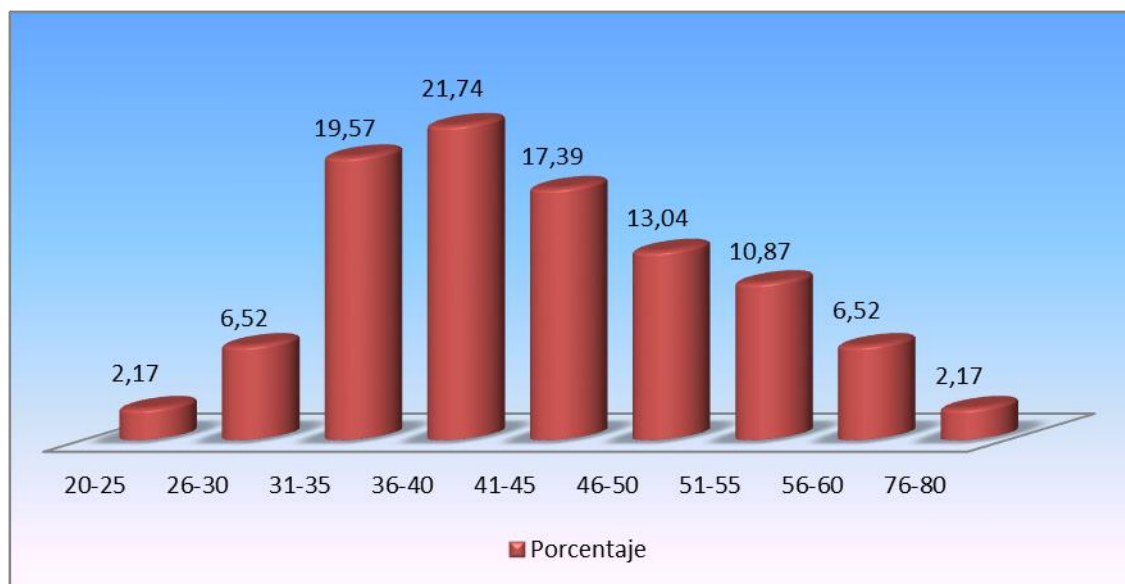
TABLA Nº 3

NIC III EN RELACIÓN A GRUPO DE EDAD

| GRUPOS DE EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|---------------|
| 20-25 | 1 | 2,17 |
| 26-30 | 3 | 6,52 |
| 31-35 | 9 | 19,57 |
| 36-40 | 10 | 21,74 |
| 41-45 | 8 | 17,39 |
| 46-50 | 6 | 13,04 |
| 51-55 | 5 | 10,87 |
| 56-60 | 3 | 6,52 |
| 76-80 | 1 | 2,17 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

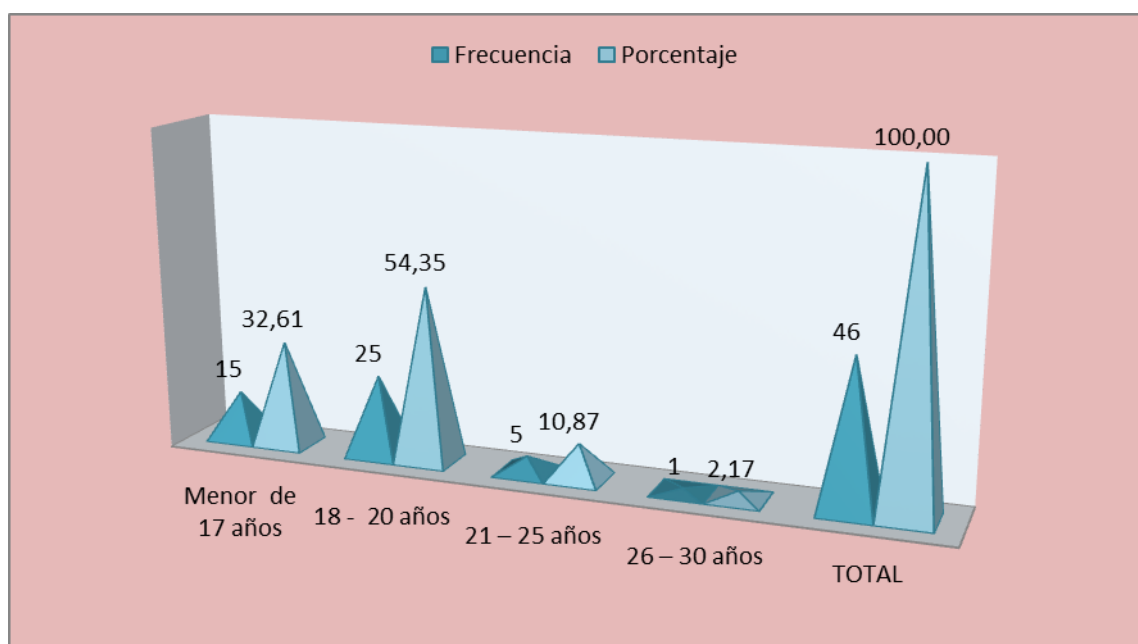
En relación al grupo de edad de las 46 pacientes con NIC III, 10 casos (21,74%) se presento entre los 36 a 40 años de edad, 9 casos (19,57%) entre los 31 a 35 años, 8 casos (17,39%) entre los 41 a 45 años y 1 casos (2.17%) entre los 20 a 25 años y 76 a 80 años respectivamente.

TABLA N° 4

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.

| EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Menor de 17 años | 15 | 32,61 |
| 18 - 20 años | 25 | 54,35 |
| 21 – 25 años | 5 | 10,87 |
| 26 – 30 años | 1 | 2,17 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.
Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

Con respecto a la edad de inicio de vida sexual, 25 pacientes (54,35%) iniciaron entre los 18 a 20 años de edad; 15 pacientes que corresponde a un 32,61%, antes de los 17 años de edad y 1 caso (2.17%) entre los 26 a 30 años de edad.

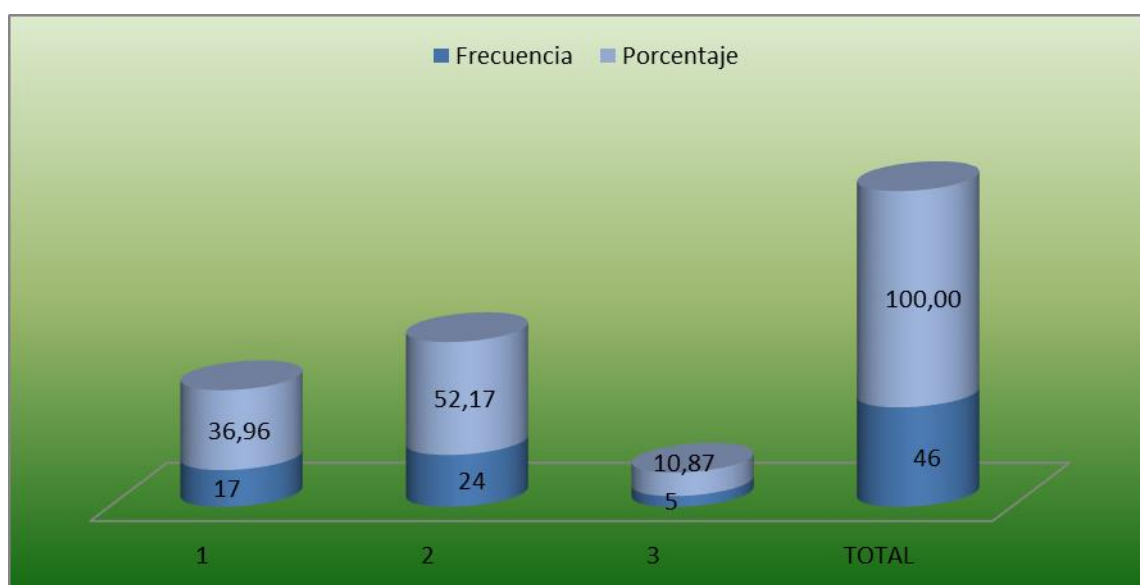
TABLA N° 5

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

| NUMERO DE PAREJAS SEXUALES | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | 17 | 36,96 |
| 2 | 24 | 52,17 |
| 3 | 5 | 10,87 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autora: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

De las 46 pacientes 24 (52,17%) pacientes tuvieron 2 parejas sexuales, 17 casos con el 36,96% 1 pareja sexual y 5 casos (10.87%) 3 parejas sexuales.

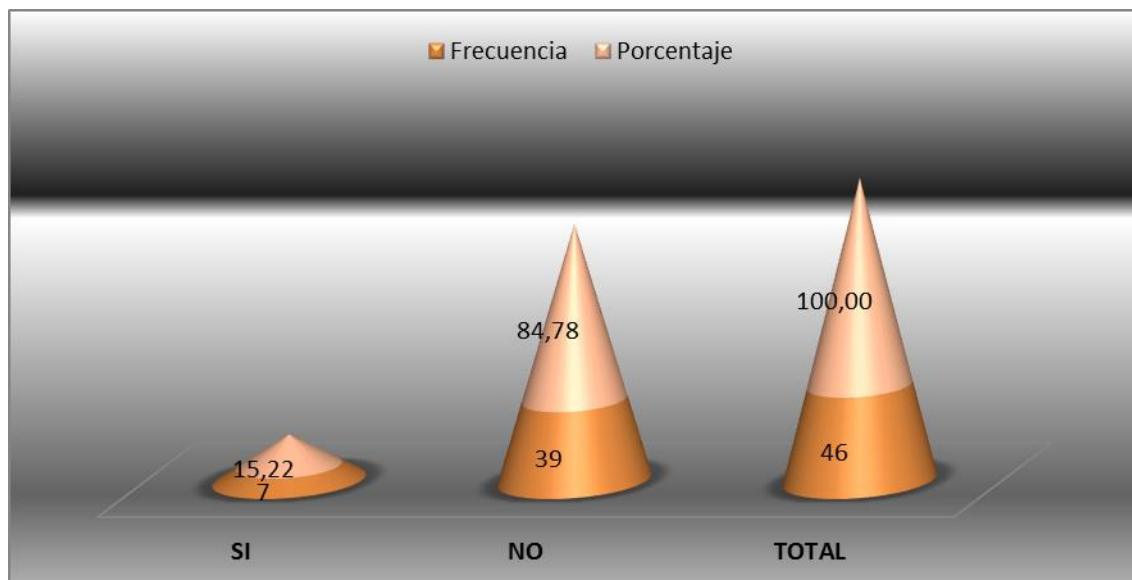
TABLA N° 6

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

| USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 7 | 15,22 |
| NO | 39 | 84,78 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres



INTERPRETACIÓN:

Las pacientes que no utilizaron anticonceptivos orales fueron 39 que corresponde al 84,78% y 7 pacientes (15,22%) si utilizaron anticonceptivos orales.

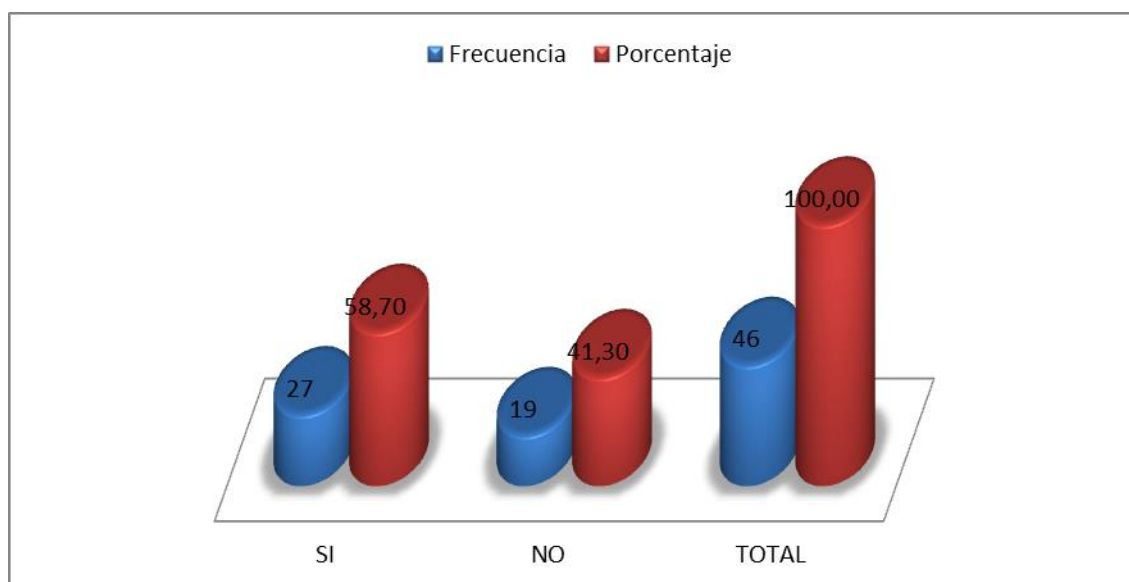
TABLA N°7

PACIENTES QUE PRESENTARON SECRECIÓN VAGINAL PATOLÓGICA A REPETICIÓN.

| LEUCORREA A REPETICION | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 27 | 58,70 |
| NO | 19 | 41,30 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres



INTERPRETACION:

De la muestra seleccionada hubo 27 pacientes con el 58,70% que presentaron secreción vaginal patológica a repetición y 19 pacientes con un 41,30% no presentaron.

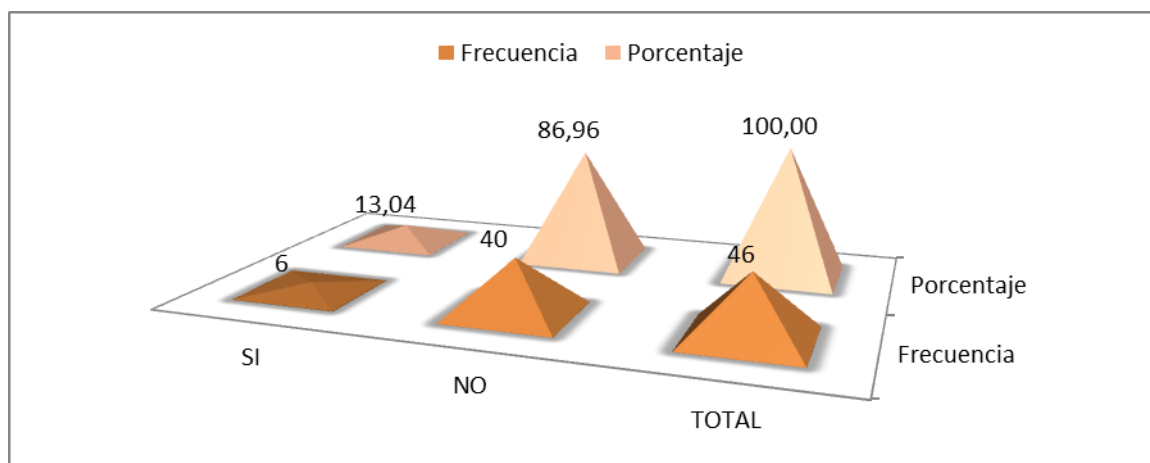
TABLA N° 8

CONSUMO DE TABACO

| TABAQUISMO | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 6 | 13,04 |
| NO | 40 | 86,96 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres



INTERPRETACION:

En la presente tabla se observa que existe un número de 40 pacientes con un 86.96% que no consumieron tabaco y 6 pacientes con el 13,04% que si consumieron.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

CON CONO LEEP

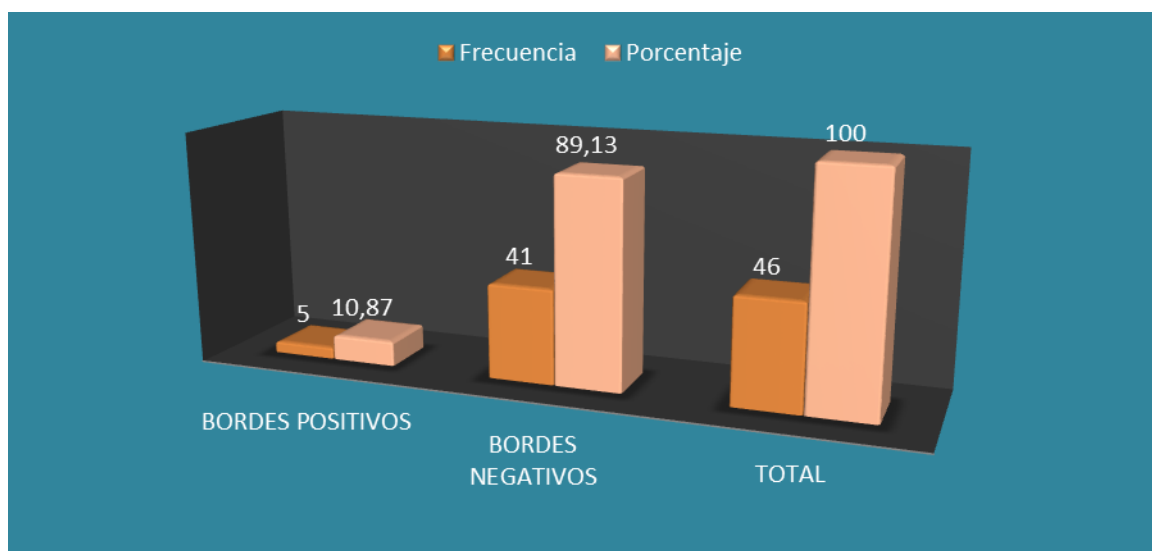
TABLA Nº 9

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE BORDES POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO CON CONO LEEP

| RESULTADO | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| BORDES POSITIVOS | 5 | 10,87 |
| BORDES NEGATIVOS | 41 | 89,13 |
| TOTAL | 46 | 100 |

Fuente: Registro de Resultado Histopatológico de cono LEEP / Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

De las 46 pacientes con NIC III, que se sometieron al procedimiento CONO LEEP, el resultado histopatológico para estudio de los bordes de la lesión reportó: 5 casos (10.87%) con bordes positivos o comprometidos y 41 casos (89.13%) con bordes libres o negativos.

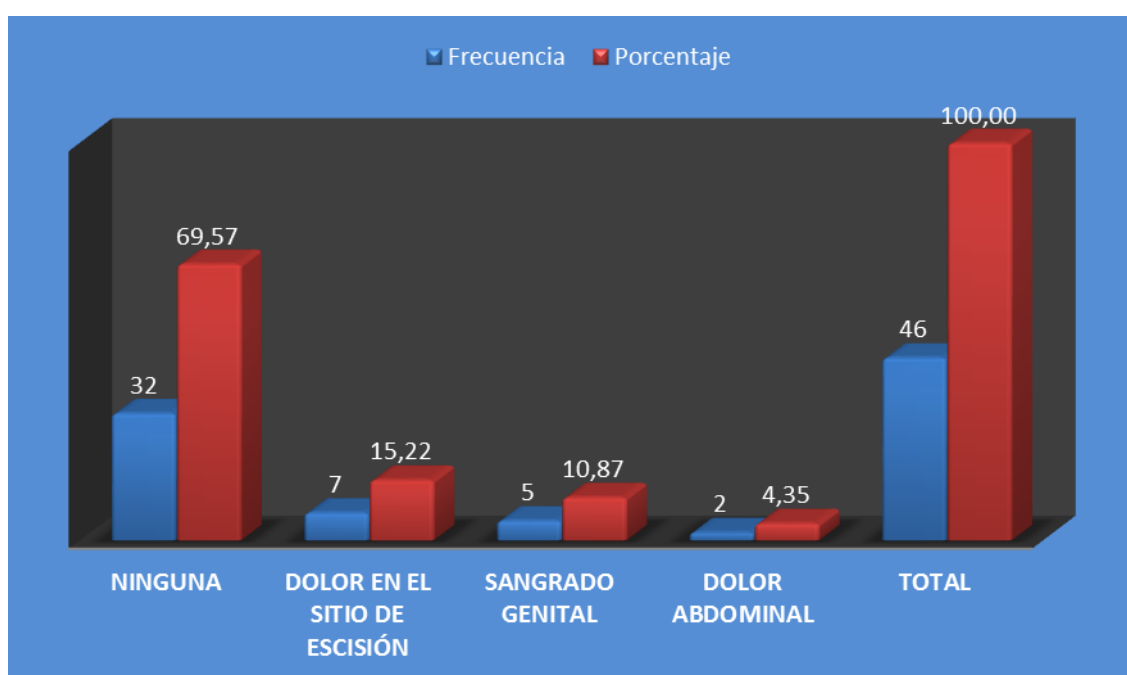
TABLA Nº 10

COMPLICACIONES LUEGO DEL PROCEDIMIENTO CONO LEEP

| COMPLICACIONES | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|---------------|
| NINGUNA | 32 | 69,57 |
| DOLOR EN EL SITIO DE ESCISIÓN | 7 | 15,22 |
| SANGRADO GENITAL | 5 | 10,87 |
| DOLOR ABDOMINAL | 2 | 4,35 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

Fuente: Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACIÓN:

De las 46 pacientes con NIC III, que se sometieron al procedimiento de cono LEEP, 32 casos (69.57%) no presentaron complicaciones luego del procedimiento, 7 pacientes con el 15,22% manifestaron dolor en el sitio de escisión, 5 con el 10,87% tuvieron sangrado genital y 2 casos con un 4.35% reportaron dolor abdominal leve en hipogastrio.

DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

El carcinoma de cuello uterino es una entidad de alta incidencia en países subdesarrollados. Por ello, el tratamiento de las lesiones precancerosas es importante en la reducción de la morbimortalidad por esta patología. Por lo cual existen distintos tratamientos y protocolos con el objeto de obtener los mejores resultados en su control, entre estos están los métodos ablativos para los de bajo grado que destruyen la lesión in situ y los escisionales que la extirpan los cuales se prefieren para las de alto grado es decir en los casos de NIC II y NIC III. Estos últimos corresponden a la llamada conización cervical en todas sus formas (fría o quirúrgica, láser, radiofrecuencia o LEEP).

Los resultados terapéuticos logrados, demuestran el gran valor del procedimiento LEEP para el tratamiento de las Lesiones Intraepiteliales de alto grado del cuello uterino. Sus múltiples ventajas, referidas a su realización de forma ambulatoria, con anestesia local, la buena preservación anatómica del cuello, con colposcopias satisfactorias en casi el 90% de los casos, y el bajo índice de complicaciones reportadas por diferentes autores, lo hacen un procedimiento de elección. Así múltiples trabajos revelan que el LEEP es el método que provee la pieza más adecuada para el estudio histopatológico con la menor tasa de morbilidad. La evidencia sugiere que no existe una técnica superior a otra en lo que se refiere tasa de curación o morbilidad post tratamiento²⁵.

En un estudio prospectivo, descriptivo realizado por Dr. Pedro Hernandez Moron, y col. Trujillo. Perú, Abril 2010, Sobre neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) tratadas con CONO LEEP en la modalidad de ver y tratar en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se evaluaron 568 casos,

²⁵ . Martin-Hirsch PPL, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD001318. DOI: 10.1002/14651858.CD001318.pub2

de las cuales 191 casos con diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical de alto grado, con una frecuencia según los grados de: CIS: 35%; NIC III:25%; NIC II: 40%; y a edad promedio de presentación de las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de alto grado fue de 39.29 años, la edad mínima y máxima de 19 y 70 años.

En otro un estudio retrospectivo de 231 pacientes con SIL AG tratadas con LEEP en el periodo Marzo de 2001 a Marzo de 2010, en la sección Patología Cervical del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Donde se realizó el diagnóstico con citología, colposcopia y biopsia. La edad promedio de las pacientes al diagnóstico fue de 32,45 años. Se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico de LIE de alto grado (NIC II, III, CIS) y fueron sometidas a CONO LEEP, en la modalidad de VER Y TRATAR, presentaron citologías anormales el 81,39% de los casos de las cuales presentaron lesiones de alto grado 173 pacientes (74.89%), lesiones de bajo grado 35 pacientes (15.15%), 4 pacientes presentaron carcinoma microinvasor, en el estudio histopatológico de la pieza de LEEP (1.73%) y en 20 no se observó lesión en la pieza quirúrgica (8.66%).

En el Estudio realizado por Bárbara Martínez Hiriart y col. sobre Asa diatérmica en neoplasia Intracervical en el Hospital Provincial «Manuel Ascunce Domenech» donde se investigaron 195 mujeres conizadas con asa diatérmica, 99 (50.77%) tenían diagnóstico de lesión premaligna. Al analizar las lesiones premalignas, se constató predominio en los grupos de edades de 25 a 34 y de 34 a 44 años con (35.35 %) y (39.39 %) casos, respectivamente. El NIC III tiene la mayor frecuencia de todos los grupos etáreos (15%).

Los resultados obtenidos en mi estudio realizado en SOLCA – Loja, en 83 pacientes con citología anormal, (75,90%) presentaron LIEAG, (9,64%) correspondieron a LIEBG y 6 casos con un (7.23%) a ASCUS Y AGUS respectivamente, con una prevalencia de NIC III de (55,42%), la edad más

afectada por esta patología estuvo entre los 36 a 40 años, con el (21,74%), seguida por (19,57%) entre los 31 a 35 años, lo que concuerda con los estudios citados anteriormente, tomando en cuenta la evolución de las lesiones premalignas con respecto al inicio de vida sexual a edad temprana, compartiendo similitud de índices con el estudio realizado por Eutimio Roa B., Eduardo Osorio F. Sergio Lizana C., Ramiro Herrera Z. en su estudio sobre Conización Leep en NIE de alto grado en la Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, Clínica Dávila. Chile, 2009 en la que la edad de las pacientes es similar a la evidenciada en la mayoría de los trabajos publicados, observándose una tendencia a encontrar una mayor proporción de pacientes menores de 40 años con lesiones de alto grado de malignidad (68,1%) y un tercio de ellas menores de 30 años, lo que está en concordancia con el aumento de mujeres que inician actividad sexual a más temprana edad.

Es claro el panorama al referirnos a los factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones preinvasoras y desarrollo de cáncer cervicouterino, así tenemos en el estudio titulado Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep realizado por Leoyfred Armelle Rojas-Clavijo y col. En el Servicio de Oncología Ginecológica y Mama, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, en el 2009. En el cual las pacientes presentaron inicio de relaciones sexuales a la edad promedio de 18,6 años, siendo la menor de estas de 12 años y 78,8% antes de los 20 años; 38,5% había tenido una sola pareja sexual, 24,6% tuvo más de 3 parejas datos que concuerdan con lo referido en diferentes estudios; lo cual puede actuar como factor de riesgo en la presencia de lesiones premalignas y posteriormente de cáncer cervicouterino, ya que a menor edad más inmaduro es el epitelio cervical y se expone a la infección de diversos agentes²⁶. A mayor número

²⁶ Alonso P, Lozcano E, Hernandez M. Cáncer cervicouterino. Tercera ed. México DF. Editorial Panamericana. 2006:1-45.

de parejas sexuales y mayor número de partos, mayor probabilidad de lesiones intraepiteliales²⁷.

José Ramón Urdaneta-Machado y col. En su estudio de Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello, Hospital Universitario de Maracaibo

Sede Ginecología y Obstetricia, 2011, se pudo conocer que el inicio de vida sexual de su grupo de estudio fue a los 17 años, con edades entre 15 y 19 años; en tanto que el análisis descriptivo del número de parejas de las pacientes evaluadas reportó que el promedio de parejas fue de 2 con una variación entre 1 y 3 parejas en toda la muestra. La presencia de hábito tabáquico, considerado un factor de riesgo en la población estudiada evidencio que solo el 2.7% de las pacientes del grupo tratado con el asa de Leep eran fumadoras.

Estos datos coinciden con mi estudio ya que de las 46 pacientes con NIC III respecto a la edad de inicio de vida sexual, el (54,35%) iniciaron entre los 18 a 20 años de edad, el (32,61%) antes de los 17 años; referente al número de parejas sexuales, el (52,17%) tuvieron 2 parejas sexuales y sólo el (10,87%) 3 parejas sexuales; (58,70%) presentaron secreción vaginal patológica a repetición; además el consumo de tabaco estuvo presente sólo en el (13,04%) siendo la minoría de los casos; y el (15,22%) si utilizaron anticonceptivos orales siendo el porcentaje menor, lo que no coincide con el estudio realizado por la Dra. Matilde Lucía Pinto de Montero. Gineco-Obstetra. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2013; respecto al uso de anticonceptivos y lesiones premalignas de cérvix en el cual los métodos anticonceptivos fueron utilizados por 72 pacientes (52,94 %) y entre ellos constituyeron los anticonceptivos orales el método más usado (25%). Existen controversias con respecto a si el uso de anticonceptivos orales es un factor condicionante para la aparición de NIC, así Speroff sostiene que el

²⁷ Gonzalez DI Jr, Zahn CM, Retzloff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol. 2001; 180 (2):276-82.

uso de anticonceptivos orales es apropiado para mujeres con historia natural de NIC, incluyendo aquellas tratadas quirúrgicamente²⁸. Contrariamente a lo establecido por la American Society for Reproductive Medicine, quien concluye que hay un incremento en el riesgo de NIC con el uso de anticonceptivos orales²⁹.

La efectividad del procedimiento Cono Leep, es dada por el estudio histopatológico de los bordes de la lesión, como lo demuestra el estudio realizado por Bárbara Martínez Hiriart y col. sobre Asa diatérmica en neoplasia Intracervical en el Hospital Provincial «Manuel Ascunce Domenech» donde se investigaron 195 mujeres conizadas con asa diatérmica, 99 (50.77%) tenían diagnóstico de lesión premaligna. En este trabajo se aprecia la efectividad del tratamiento y la calidad con que se aplicó la técnica al obtener bordes libres en 184 mujeres (94.35%). Bordes positivos se registraron sólo 10 (5.12%) casos.

En otro un estudio retrospectivo de 231 pacientes con SIL AG tratadas con LEEP en el periodo Marzo de 2001 a Marzo de 2010, en la sección Patología Cervical del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) Los márgenes de resección fueron libres de lesión en 178 pacientes (77,06%) y comprometidos en 53 pacientes (22,94%). En este mismo estudio se presentaron complicaciones en 16 pacientes de las 231 tratadas, lo que representa un 6,93%. Las mismas fueron hemorragia en 10 casos (4.33%), solo una de ellas requirió anestesia general para realizar un punto hemostático en quirófano. Otras complicaciones fueron sinequia del orificio

²⁸ Speroff L. Oral contraception en clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7ª edición. Washington DC: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:903.

²⁹ American Society of Reproductive Medicine, The practice committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: Recent advances and controversies. Fertil Steril. 2004; 82:520-526.

exocervical (OCE) en 4 pacientes (1.73%) y dolor post procedimiento solo en 2 pacientes (0.87%).

Resultados que coinciden con mi trabajo en el cual resultado histopatológico de los bordes de la lesión reportó (10.87%) con bordes positivos o comprometidos y 41 casos (89.13%) con bordes libres o negativos, con lo cual se concluye que éste método sirve para el diagnóstico y tratamiento de lesiones preinvasoras de cérvix, es factible, adecuado y brinda muy buenos resultados para el manejo del Precáncer de alto grado (NIC III).

Durante el postoperatorio post Cono Leep, podrían darse algún tipo de complicaciones como las que se citó anteriormente y otras como las que se dieron en el estudio ya mencionado de Dr. Pedro Hernandez Moron, y col. Trujillo. Perú, Abril 2010, Sobre neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) tratadas con CONO LEEP en la modalidad de ver y tratar en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Durante el postoperatorio de los procedimientos quirúrgicos con cono LEEP, se presentó sangrado genital a las 48 y 72 horas en 2 casos, que tuvieron manejo con colocación de nuevo tapón vaginal.

Así mismo en el estudio realizado por Dr. Jorge M. Balestena Sánchez y col. en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Ciudad de la Habana ene.-abr. 2003. El índice de complicaciones post Cono LEEP, fue muy bajo (sólo se presentó en el 8,04 % del total de pacientes; siendo el sangrado tanto durante como después del proceder la complicación más frecuente, la sepsis estuvo presente en sólo 2 casos.

Muchos de estos resultados se asemejan a las reportadas por el presente estudio del cual se desprende que el mayor porcentaje dado por (69.57%) no presentaron molestia alguna luego del procedimiento, (15,22%)

manifestaron dolor en el sitio de escisión, (10,87%) tuvieron sangrado genital leve y (4.35%) reportaron dolor abdominal leve en hipogastrio, por lo tanto se puede deducir que el procedimiento de Cono LEEP, es segura, económico, ambulatorio, efectiva y de mínimas complicaciones para tratar a pacientes con NIC III.

CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Luego de culminar mi trabajo y de analizar los datos obtenidos ha sido factible determinar las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de NIC III, en las pacientes con citología anormal que fueron sometidas a biopsia guiada por colposcopia fue de 46 casos con un 55,42%.
2. Dentro de los factores de riesgo asociados a NIC III, la edad más afectada por esta patología estuvo entre los 36 a 40 años, con el (21,74%), seguida por (19,57%) entre los 31 a 35 años; con respecto a la edad de inicio de vida sexual, (54,35%) iniciaron entre los 18 a 20 años de edad; referente al número de parejas sexuales, (52,17%) tuvieron 2 parejas sexuales; (15,22%) si utilizaron anticonceptivos orales y (58,70%) presentaron secreción vaginal patológica a repetición; además consumieron tabaco el (13,04%) de los casos.
3. La efectividad del tratamiento con cono LEEP, estuvo dada por el resultado histopatológico de los bordes de la lesión el cual reportó (10.87%) con bordes positivos o comprometidos y (89.13%) con bordes libres o negativos, con lo cual se concluye que éste método sirve para el diagnóstico y tratamiento de lesiones preinvasoras de cérvix, es factible, adecuado y brinda muy buenos resultados para el manejo del Precáncer de alto grado (NIC III).
4. Respecto a las complicaciones post Cono LEEP, (69.57%) no presentaron molestia alguna luego del procedimiento, (15,22%) manifestaron dolor en el sitio de escisión, (10,87%) tuvieron sangrado genital leve y (4.35%) reportaron dolor abdominal leve en hipogastrio, por lo tanto se puede deducir que el procedimiento de

Cono LEEP, es segura, económico, ambulatorio, efectiva y de mínimas complicaciones para tratar a pacientes con NIC III.

5. La citología, colposcopia y biopsia constituyen la tríada diagnóstica ideal para detección de lesiones precursoras de cáncer de cérvix.

RECOMENDACIONES

9. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda al personal de salud promocionar e insistir en la realización de citología cervical (Papanicolaou) a todas las mujeres sexualmente activas.
- En las mujeres con algún tipo de displasia cervical, realizar el seguimiento respectivo e informar sobre la evolución de la enfermedad y exponer las alternativas de tratamiento.
- Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, Seguro Social y SOLCA - Loja informar a las usuarias con programas de educación continua para que prevengan las lesiones del cérvix a tiempo.
- Se recomienda a las Autoridades de la Universidad nacional de Loja implementar programas educativos preventivos relacionados a este tema.
- En las instituciones educativas, se recomienda charlas informativas sobre educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, evitar el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, evitar múltiples compañeros sexuales y recalcar el uso del preservativo,
- Se recomienda a los profesionales de SOLCA - Loja, mayor promoción del procedimiento Cono LEEP y su aplicación, por su alto índice de seguridad, bajo costo, efectividad, facilidad para su utilización y por sus mínimas complicaciones.

- A los profesionales médicos se les recomienda considerar los beneficios de este procedimiento como una alternativa en mujeres que deseen conservar su fertilidad.

- Brindar una explicación clara y precisa a las mujeres cómo deben cuidarse y qué síntomas pueden tener después del tratamiento con Cono LEEP y en el caso de presentar algún tipo de complicación consultar con prontitud con el especialista.

- Por último, a pesar de las fallas del Papanicolaou, como ésta resulta una técnica barata, indolora y precisa para el diagnóstico del cáncer cervical, debe mantenerse como procedimiento de detección en la población, debido a que el Asa de Leep no esté disponible en todos los lugares del país.

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-Jawdeh GM, Trawinski G, Wang HH. Histocytological study of squamous atypia on Papsmears. Mod. Pathol. 1994. Dec; 7 (9): 920 – 4.
2. Alonso P, Lozano E, Hernandez M. Cáncer cervicouterino. Tercera ed. México DF. Editorial Panamericana. 2006:1-45.
3. Armelle Rojas Leoyfred -Clavijo, Garcí Luis ,Bautista MArgarita Servicio de Oncología Ginecológica y Mama, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú 19 de febrero de 2010. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;55:39-43.
4. American Society of Reproductive Medicine, The practice committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: Recent advances and controversies. Fertil Steril. 2004; 82:520-526.
5. Berdayes Velásquez, Manuel, Valléz Bermúdez, María José. lesiones preinvasivas de cuello uterino. departamento de terapéutica oncológica. Hospital universitario Ruiz y Páez (h.u.r.p.), Venezuela. 2010. Tesis. Pp. 9-1
6. Cieza J, Cueva F, Uchiyama E, Linares V. Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. Ginecol Obstet (Perú). 1997;43(2):107-9
7. Consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. American Journal of Obstetrics & Gynecology October 2009
8. Dra. Nassira Martínez de Larios. División de Citopatología. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800, México, D. F. Col. Toriello Guerra, 14050, México,

Elva Lorena Díaz-Amézquita,¹Nassira Martínez de Larios,²Irma Yadira DragustinovisValdéz Mayo-Agosto 2006.

9. Eutimio Roa B., Eduardo Osorio F., Sergio Lizana C., Ramiro Herrera Z., en el estudio denominado: ConizaciónLeep en NIE de alto grado en una Institución Privada de Salud.Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior, Clínica Dávila. *RevChilObstetGinecol* 2009; 74(4); 259 – 261.
- 10.Ferenczy, A. y Franco, E. (2002) Persistent human papiloma virus infection and cervical neoplasia.*Lancet.Oncol.*,**3**, 11-16.
- 11.Franco, E.L., Rohan, T.E. y Villa, L.L. (1999) Epidemiologic evidence and human papilloma virus infection as a necessarycause of cervical cancer.*J. Natl. Cancer Inst.*, 91. 506-511.
- 12.Gonzalez DI Jr, Zahn CM, Retzloff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR.Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;180(2):276-82.
- 13.Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Bogotá: INC; 2007.
- 14.Joselyn Altagracia Marte Dra. y col., Utilidad del Asa de Leep en el diagnóstico y tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en la Clínica de Patología de cérvix del Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Rev. Med. Dom. Doro.Vol. 58 No. 3 DR-ISSN-0254-4504.ADOERBIO 001. Sept.-dic., 1997

15. Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS/OMS: 2004.
16. Marco Antonio Pino, María Augusta Albán Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, Quito 2006.
17. Martin-Hirsch PPL, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD001318. DOI: 10.1002/14651858.CD001318.pub2
18. Melnikow, J., Nuovo, J., Willan, A.R., Chan, B.K. y Howell, L.P. (1998) Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.*, 92(4 Pt 2), 727-735.
19. Mitchell, M.F., Hittelman, W.N., Hong, W.K., Lotan, R. y Schottenfeld, D. (1994) The natural history of cervical intraepithelial neoplasia: an argument for intermediate endpoint biomarkers. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 3, 619-626.
20. Nazzari O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino. Una visión actual. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71:341-348.

21. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer URL, Perú, Febrero 2010: www.uicc-community.org/templates/.../RE%20PLAN%20PERU.
22. Pedro J Grases *, Francisco Tresserra Casas *, Luciano López-Marín **Servicio de Anatomía Patológica * y Laboratorio de Citología del Instituto Universitario Dexeus, Barcelona-España **Cuello uterino: Atipias y lesiones premalignas no invasoras, Caracas 2005.
23. Speroff L. Oral contraception en clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7ª edición. Washington DC: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:903.
24. Singer A, Monaghan J. Lower Genital Tract Precancer Colposcopy, Pathology and Treatment. 2nd Edition. Blackwell Science, Oxford (2000). Soutter P. Practical Colposcopy. Oxford: Oxford University Press (1993).
25. Solar del Castillo Yanet Dra. Valor de la Electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ del cuello uterino. Río Blanco Veracruz, 2008. [Tesis].
26. Varela J, Egaña J, González D. Conización por ASA. Experiencia en el Hospital Carlos Van Guren. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (1): 33-38.)
27. Vitae Academia Biomédica digital, Facultad de medicina, Universidad Central de Venezuela. Situación de la infección por VPH en Venezuela, Octubre – Diciembre 2006, N° 29.

28. Wright VC, Lickrish GM, Shier RM. *Basic and Advanced Colposcopy*. Part 1: A Practical Handbook for Diagnosis, 2nd ed. Houston, Texas: Biomedical Communications (1995).
29. Wright VC, Lickrish GM, Shier RM. *Basic and Advanced Colposcopy*. Part 2: A Practical Handbook for Treatment, 2nd ed. Houston, Texas: Biomedical Communications (1995).
30. Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. *Electrosurgery for HPV related Diseases of the Lower Genital Tract*. Nueva York, Arthur Vision Inc. (1992).

ANEXOS

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“MANEJO DE NIC III A TRAVÉS DEL CONO LEEP EN PACIENTES
ATENDIDAS EN SOLCA – LOJA DURANTE EL PERIODO MARZO A
DICIEMBRE DEL 2013”**

I. FACTORES DE RIESGO:

1. Edad:

- 20 – 25
- 25 – 30
- 30 - 35
- 35 - 40
- 40 - 45

2. Estado civil

- soltera
- casada
- unión libre
- Divorciada
- viuda

3. Inicio de vida sexual activa

- Menores de 17
- 18-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40

4. Número de parejas sexuales

- Uno
- Dos
- Tres
- Mas de tres

5. Anticonceptivos orales: SI:
NO:

6. Leucorrea a repetición: SI:
NO:

7. Tabaquismo: SI:
NO:

II. RESULTADOS DE EXAMENES:

1. Citología (Papanicoloau) :

2. Histopatológico de Biopsia cervical:

3. Colposcopia:

III. RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE PROCEDIMIENTO CON ESCISIÓN DE ASA ELECTROQUIRÚRGICA (CONO LEEP)

- Bordes positivos:
- Bordes negativos:

IV. COMPLICACIONES POST CONO LEEP:

a. INMEDIATAS (primeras 24 horas):

- Dolor en el sitio de escisión: SI NO
- Sangrado genital abundante: SI NO
- Otras:.....

b. MEDIATAS (mayor de 24 horas)

- Fiebre > de 38 ° C: SI NO
- Dolor abdominal severo: SI NO
- Flujo vaginal mal oliente: SI NO
- Otras:.....

ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Durante el estudio será entrevistada acerca de usted y de su enfermedad. Además se le solicita consentimiento para revisar su historial médico. Las entrevistas se llevarán a cabo en Solca - Loja. Si usted acepta participar en este estudio, esta información será parte de su historia clínica y será confidencial.

Riesgos: No existen riesgos específicos relacionados con su participación en este estudio que difieran de los riesgos mínimos asociados al seguimiento clínico regular que se realiza a todos los pacientes de Solca - Loja.

Beneficios: Si usted desea participar, recibirá información acerca de su condición su tratamiento y prevención. Su participación ayudará a adquirir un mejor entendimiento de tratamiento, control y prevención de la misma.

Confidencialidad: Su información será mantenida en la confidencialidad de acuerdo a la práctica médica estándar. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación resultante de este estudio. La información del estudio será codificada y guardada en archivos bajo llave. Solo el personal tendrá acceso a los archivos, cuando sea necesario.

Consideraciones Financieras: Su participación en el estudio no implicará ningún gasto para usted. No se le dará compensación directa por participar en el estudio.

Participación Voluntaria: Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no ser parte del estudio o salir de el en cualquier momento y sin ningún perjuicio en su tratamiento médico.

Consentimiento:

1. Yo reconozco que mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo la libertad para participar o salir del estudio en cualquier momento.

2. Yo doy el permiso a los investigadores de este estudio para usar la información recolectada en el cuestionario y concedo el acceso a mi archivo médico del Hospital SOLCA – LOJA.

Nombre del paciente Firma del Paciente

No. de Registro del Estudio No. de Historia Clínica Fecha Zona
donde vive

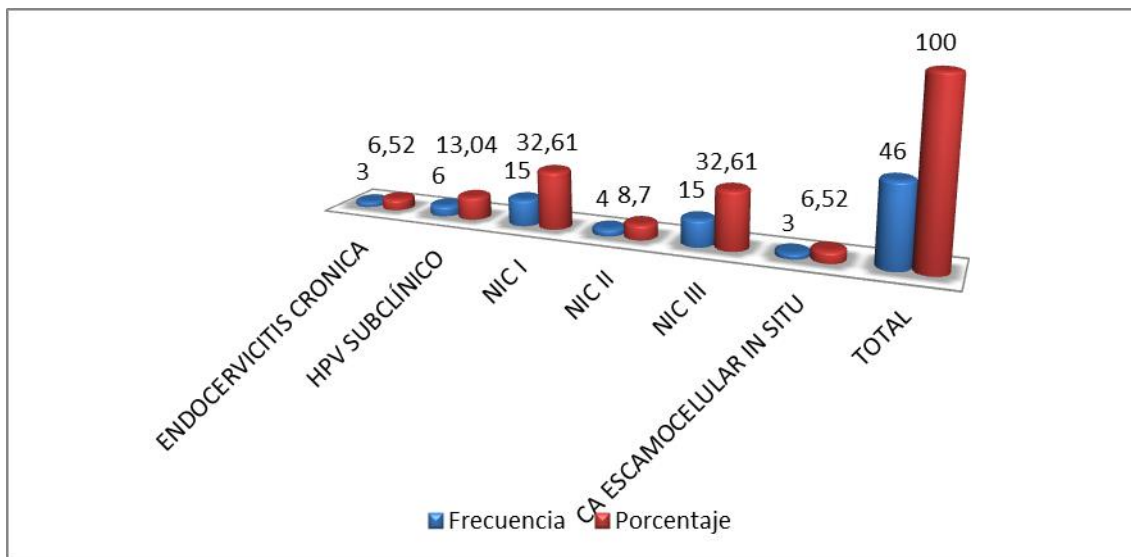
TABLA Nº 10

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE (CONO LEEP)

| RESULTADO HISTOPATOLOGICO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| ENDOCERVICITIS CRONICA | 3 | 6,52 |
| HPV SUBCLÍNICO | 6 | 13,04 |
| NIC I | 15 | 32,61 |
| NIC II | 4 | 8,70 |
| NIC III | 15 | 32,61 |
| CA ESCAMOCELULAR IN SITU | 3 | 6,52 |
| TOTAL | 46 | 100,00 |

uente: Registro de Resultado Histopatológico de cono LEEP / Hoja de recolección de información.

Autor: Md. Violeta Torres.



INTERPRETACION:

De las 46 pacientes con NIC III en resultado de biopsia cervical, que luego se sometieron al procedimiento CONO LEEP, el resultado histopatológico reportó: 15 casos (32.61%) para NIC III, 15 casos (32.61%) para NIC I y 3 casos (6.52%) para endocervicitis crónica y Ca. Escamocelular in situ respectivamente.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------|-----|
| CARÁTULA..... | i |
| CERTIFICACIÓN..... | ii |
| AUTORÍA..... | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN..... | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| TEMA..... | 1 |
| RESUMEN..... | 2 |
| SUMMARY..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| REVISIÓN DE LITERATURA..... | 10 |
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 31 |
| Tipo de Estudio..... | 31 |
| Área de estudio y tiempo..... | 31 |
| Universo y Muestra..... | 31 |
| Método, técnica e instrumentos..... | 31 |
| RESULTADOS..... | 35 |
| DISCUSIÓN..... | 45 |
| CONCLUSIONES..... | 52 |

| | |
|----------------------|----|
| RECOMENDACIONES..... | 54 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 56 |
| ANEXOS..... | 61 |