

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA ⁷⁹
DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION ^{29.}
Departamento de Medicina Familiar.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.

TITULO

"ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON LESION INTRAEPITELIAL DEL CERVIX TRATADAS CON CONIZACION CON ASA DIATERMICA CONTRA CONIZACION QUIRURGICA, REALIZADO EN LA CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. VERACRUZ, VER."

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.

281112



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

**SR. FRANCISCO GUTIERREZ CONTRERAS
SRA. LUISA SOLANO DE GUTIERREZ**

**CON ETERNO AMOR
Q.E.P.D.**

A MIS HERMANOS

**MANUEL
ROBERTO**

CON EL CARIÑO DE SIEMPRE

A MIS HERMANAS

**MA. ESTELA
MA. ELENA
MA. DEL CARMEN**

CON MI ETERNO AGRADECIMIENTO

A MIS HIJOS

**JAVIER
COQUIS
JOSE ARMANDO**

CON EL MISMO CARIÑO DE HOY, AYER Y SIEMPRE

A MIS NIETOS

**JAVIER MANUEL
LUPITA
LISSETE
MICHELLE**

POR LA DICHA INMENSA DE TENERLOS.

AL DR. JOSE ANDRES SANDOVAL ZAYAS

Y

DR. LUIS ANTONIO AZAMAR MATIAS

CON ETERNO AGRADECIMIENTO POR LA AYUDA BRINDADA

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE ESTUDIOS.

CON MIS SINCERA ESTIMACION.



**CONSEJO MEXICANO
DE CERTIFICACION EN MEDICINA
FAMILIAR A.C.**

Clave 360, Col. Vallejo, México, D.F. 07870
teléfono y fax 5 37 27 40

A quien corresponda:

Por la presente se hace constar que la doctora MARIA DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO ACREDITO el examen de Certificación de este Consejo en Medicina Familiar, sustentado el día 2 de diciembre de 1995.

Se extiende la presente constancia provisional a los seis días del mes de febrero de mil novecientos noventa y seis en la ciudad de México, Distrito Federal, a petición de la interesada y para los fines legales que a ella convengan.

Atentamente

DR. RICARDO ANZURES CARRO
Presidente

**"ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON LESION
INTRAEPITELIAL DEL CERVIX TRATADAS CON CONIZACION CON ASA
DIATERMICA CONTRA CONIZACION QUIRURGICA, REALIZADO EN LA
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. VERACRUZ, VER."**

TRABAJO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MA. DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO


DR. JOSE ANDRES SANDOVAL ZAYAS

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN VERACRUZ, VER.**

HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ

COOPERACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. LUIS ANTONIO AZAMAR MATIAS
GINECOLOGO

ASESOR DE TESIS ISSSTE

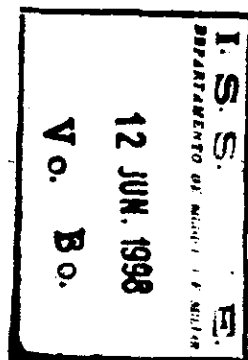
DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS UNAM


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

VERACRUZ, VER., ENERO DE 1996



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON LESION
INTRAEPITELIAL DEL CERVIX TRATADAS CON CONIZACION CON ASA
DIATERMICA CONTRA CONIZACION QUIRURGICA, REALIZADO EN LA
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. VERACRUZ, VER.”**

TRABAJO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MA. DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO

AUTORIZACIONES

~~***DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA***~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

~~***DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY***~~

~~COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

INDICE

	PAGINA
1. ANTECEDENTES	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACION	12
4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICO	13
5. METODOLOGIA	14
6. RESULTADOS	21
8. CUADROS Y GRAFICAS	22-30
9. DISCUSION	31
10. CONCLUSIONES	32
11. BIBLIOGRAFIA	34
12. ANEXOS	36-39

EVOLUCION NATURAL DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

Es casi imposible evaluar la incidencia de cáncer cérvico-uterino, porque la evolución natural de este trastorno ha sido modificada por la introducción de programas de detección cérvico uterino organizados. Su intervención en el diagnóstico de la neoplasia desde etapa temprana ha disminuído la mortalidad por ello. Es igualmente difícil conocer la incidencia de cáncer cérvico-uterino, con base en la incidencia de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) en casos identificados en forma oportuna y sistemática, y ello se debe a factores, como los problemas éticos en la observación de estas lesiones; la incertidumbre en cuanto a las tasas de evolución y regresión de CIN, la variación inter-observadores en las interpretaciones e informes citopatológicos e histopatológicos y la posibilidad de alterar la evolución natural del CIN, por medio de la biopsia. (7).

Fox señaló una tasa de progresión de 60% durante un lapso de 10 años en las displasias leves a moderadas, y 30% de regresión; 10% de los casos no mostraron cambios. El intervalo que medió hasta la invasión de cáncer invasor también es variable, y fue de un lapso breve hasta 13 años para que surgiera cáncer microinvasor a partir del carcinoma insitu. Los programas de detección oportuna han hecho que aumente la identificación de las formas más leves y benignas de la neoplasia intraepitelial; al parecer hay un aumento de CIN en los países desarrollados. (3).

En diferentes países se usan intervalos variables para las técnicas de estudios pero los que tienen programas más frecuentes, rigurosos y perfectamente planeados, tienen las menores incidencias de cáncer cérvico-uterino. (2).

ANTECEDENTES HISTORICOS

HISTORIA Y DESARROLLO DEL ELECTROCAUTERIO

El uso médico de la corriente eléctrica para producir electro-cauterización desarrolló una expansión de los métodos de cauterización térmica. Numerosos científicos prominentes del siglo XVIII, incluyendo a Benjamin Franklin y A. Mesner, estuvieron interesados en el estudio de los efectos de la energía eléctrica en los tejidos. Estos hombre, y muchos otros, experimentaron usando la producción de energía de generadores eléctricos de modelos antiguos y aplicándola directamente a tejidos corporales para tratar una variedad de desórdenes. La terapéutica eléctrica temprana incluyó la aplicación continua de corriente directa de baterías para tratar desórdenes sistémicos como la gota, y la aplicación de descargas producidas por generadores estáticos para las lesiones por ablación. (8).

Aunque el concepto de utilizar la electrocauterización terapéuticamente fue concebida por primera vez por Pravas y Joseph Recamier (1774-1856), quienes reportaron haber usado el electrocauterio con electrodos "al rojo vivo" para destruir tumores del cuello de útero; el primer uso terapéutico bien documentado del electrocauterio fue por Gustav Crussell, un cirujano finlandés (1847). Crussell tuvo un paciente con un tumor grande, ulcerado en la frente y cara que obscurecía al ojo. El tumor fue circundado con un delgado alambre de platino, el cual fue calentado hasta que estuvo al rojo vivo haciendo pasar la corriente directa a través de él. Luego el alambre fue siendo apretado hasta que el tumor fue extirpado. Después de la remoción del tumor, se reveló un ojo sano y la operación fue considerada un éxito. (9).

Se tomaron imágenes del paciente antes y después del tratamiento para documentar el procedimiento. Subsecuentemente, Crussell usó el galvanocauterio (electrocauterio) para tratar otros tumores y condiciones incluyendo la apertura del orificio uretral en pacientes con constricciones uretrales. (13).

Después de que Crussell había demostrado su utilidad, el electrocauterio empezó a ser usado para una variedad de operaciones. (4).

Diferentes tipos de instrumentos electroquirúrgicos fueron diseñados para varios usos incluyendo asas cortantes especialmente configuradas para la excisión de tumores. Muchos de éstos instrumentos tenían mango con control de encendido-apagado y electrodos de alambre de configuración única que permitían cauterizar y cortar en sitios que no podían ser alcanzados con bisturí convencional. (5).

GALVANISMO Y EFECTOS ELECTROLITICOS

A principios de 1800, los investigadores usaron la salida de baterías (corriente galvánica) de corriente directa (D.C.) y la aplicación a tejidos biológicos tales como la piel. Entonces se observó que cuando se aplicaba D.C. a la piel por un periodo prolongado de tiempo, se desarrollaba una ampulita con líquido seroso en el polo negativo. A principios de 1800, el galvanismo, como se denominó a esta técnica, se usó para introducir la supuración de los tumores. En 1867, Julius Althous de Gran Bretaña introdujo el concepto de que los efectos químicos causados por la corriente directa, a diferencia del efecto de calentamiento, podría causar destrucción del tejido. En una serie de experimentos con animales, sobre la ruptura de tejidos con corriente galvánica, Althous demostró que esta técnica, llamada por él electrólisis, era segura y efectiva como un método para reducir y destruir una variedad de tejidos y tumores incluyendo nevos grandes, tumores de la piel, úlceras, hemorroides, amigdalitis. (5).

Después de los estudios de Althous, la electrólisis se usó ampliamente para tratar muchos tipos de desórdenes incluyendo algunos relacionados con el útero y el cuello. Una de las aplicaciones ginecológicas más interesantes fue el uso de electrólisis para aliviar la hemorragia y el dolor asociados con fibrosis uterinas grandes. Muchos médicos prominentes, como Sir Thomas Spencer Wells de Londres y Horatio Bigelow de Filadelfia, aconsejaron la inserción de una aguja electrodo de platino diseñada especialmente (polo positivo) en la cavidad uterina y colocar el electrodo negativo grande de arcilla húmeda en el abdomen. Podría pasar la corriente galvánica de 60-70mA por 5-15 minutos a través del circuito dos veces por semana. Este método pareció ser un buen paliativo en mujeres con hemorragia. El 90% de las pacientes tuvieron una reducción en el sangrado y más del 50% experimentaron alivio del dolor. A pesar de su eficacia aparente y facilidad de uso, muchos médicos pensaron que la electrólisis tenía pocas ventajas sobre otros métodos quirúrgicos para tratar la fibrosis uterina sintomática. Argumentos similares se están haciendo actualmente (casi 150 años después) por los proponentes y oponentes de las técnicas de ablación endometrial electroquirúrgica. (5).

EXPERIMENTOS TEMPRANOS SOBRE LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA ELECTRICIDAD.

Arsene D'Arsonval

Al final del siglo XIX, los antiguos intentos en la electroterapia se volvieron más científicos conforme los inventores/científicos/médicos comenzaron a documentar

cuidadosamente los efectos de las corrientes alternas de alta frecuencia en los organismos biológicos. La lista de estos inventores/científicos/médicos es larga, pero lo más notable como Arsene D'Arsonval, Nikola Tesla, Elihu Thomson, y William J. Morton. Ahora D'Arsonval es reconocido como la primera persona en usar la corriente alterna de alta frecuencia (en oposición a la corriente eléctrica) terapéuticamente. (5).

Mientras D'Arsonval continuaba estos estudios en París, Nikola Tesla, Checoslovaco inmigrado a los Estados Unidos, estaba diseñando generadores de corriente alterna de alta frecuencia con Elihu Thomson. Juntos desarrollaron el generador Tesla, capaz de producir una corriente alterna de muy alta frecuencia, que D'Arsonval usó en sus estudios fisiológicos posteriores. (5).

D'Arsonval frecuentemente se usaba a sí mismo como sujeto experimental y observaba que cuando las corrientes alternas de alta frecuencia pasaban por su cuerpo, el no tenía ninguna sensación excepto por el calor en las manos, con las que sostenía los alambres. (5).

Rápidamente se hizo famoso en toda Europa al demostrar personalmente durante sus conferencias que una corriente alterna de alta frecuencia fluyendo a través de su cuerpo haría que un foco eléctrico en sus manos iluminara sin causar efectos nocivos. (5).

Juntos, Oudin y D'Arsonval investigaron, de 1893-1897 los efectos médicos de descarga de chispas de alta tensión obtenidos del resonador de Oudin en una variedad de desórdenes dermatológicos incluyendo el acné, prurito anal y vulvar eczema y lupus. (5).

También investigaron los efectos de la corriente en varias condiciones ginecológicas incluyendo la gonorrea. (5).

Estos experimentos les llevaron a concluir que las chispas del generador de Oudin eran anestésicas y podrían producir alivio de neuralgias, ciáticas, lumbago y varias condiciones musculares. (5).

También demostraron que destruían pequeños tumores de la piel.

En 1907 el término "Fulguración" fue introducido por Pozzi para el uso de chispas de alta tensión para destruir tejidos. (9).

La fulguración se usó para destruir tumores pequeños y debido a que hizo mucho menos hemorragias las resecciones del cáncer, comenzó a ser usado para pre tratamiento de tumores antes de la extirpación quirúrgica. (9).

DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS ELECTROQUIRURGICOS MODERNOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Los eventos en Estados Unidos se desarrollaron independientemente, pero simultáneamente a los de Europa. Edwin Beer, un Norteamericano que parece haber hecho sus estudios sin estar al tanto de la investigación que se realizaba en Europa, empezó a usar corrientes alternas de alta frecuencia producidas por resonadores de Oudin junto con cistoscopios, para fulgurar tumores de la vejiga alrededor de 1910. (1).

El uso de fulguración electroquirúrgica para tratar tumores de la vejiga fue expandido por Hugh Young quien, en 1913 presentó un estudio alrededor de 100 pacientes tratados por fulguración dirigida cistoscópicamente. (12).

A comienzos de 1900 se reconoció que diferentes tipos de efectos en los tejidos podían obtenerse usando la corriente electroquirúrgica. Riviere (quien fue alumno de D'Arsonval) demostró que cuando se aplicaban corrientes alternas de alta frecuencia a los tejidos en ausencia de chispas ocurrió el proceso que él denominó "Coagulación blanca". (7).

El tejido que ha sufrido "coagulación blanca" queda firme y desecado, pero no calcinado. Este efecto es muy diferente a la fulguración que se desarrolla cuando se permite que ocurran chispas. Cuando ocurren arcos eléctricos fuertes producen calcinación del tejido (fulguración) y las temperaturas pueden llegar hasta los 600°C en los tejidos, mientras que las temperaturas que se alcanzan en ausencia de chispas ("coagulación blanca") raramente exceden de 50°C a 70°C. (7).

A principios de 1900, un Norteamericano, William Clark, usó resonadores de Oudin acoplados a un generador estático Wimhurst poderoso para producir corrientes alternas de alta frecuencia, muy fuertes, para la electrocirugía. (1).

El trabajo de Clark ayudó a popularizar el uso de electrocirugía en los Estados Unidos y condujo a la amplia aceptación y aplicación de la técnica de desecación quirúrgica por los cirujanos norteamericanos debido a las ventajas sobre otros métodos quirúrgicos. (3).

Estas corrientes, cuando se aplican a electrodos similares al bisturi, permiten a los cirujanos cortar los tejidos rápida y fácilmente en ausencia de calcinamientos significante.

A finales de 1920 hubo un generador electroquirúrgico que producía una corriente continua, en seno de onda que era buena para cortar en un lado de estos generadores antiguos modelos Bovie. (5).

Por el otro lado del gabinete había un resonador tipo Oudin que producía una corriente intermitente con chispas separadas excelente para la fulguración del tejido que producía hemostásis también.

El modelo temprano del generador Bovie fue adoptado ampliamente en todo Estados Unidos y Europa Occidental y solo sufrió cambios menores hasta principios de 1970 cuando se produjeron generadores modernos, en estado sólido, para la electrocirugía. (5).

Este fue un avance mayor para la electrocirugía ya que los generadores de estado sólido son capaces de producir corrientes combinadas complejas, de alta frecuencia, que mezcla un buen corte electroquirúrgico con excelentes efectos homostásicos. (9).

En estos generadores de estado sólido han facilitado el desarrollo del procedimiento de excisión con asa electroquirúrgica. (7).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

La nomenclatura de esta neoplasia varía en forma extraordinaria, y ha sido tema de debate incesante. Sin embargo, el cuadro histopatológico es bastante constante (6). El signo patognomónico de CIN es la presencia de grados variables de displasia dentro del epitelio escamoso. Es difícil predecir el comportamiento biológico de tales lesiones, porque es imposible vigilar a una displasia potencialmente peligrosa, por periodos largos. No obstante, los estudios con testigo han ilustrado el posible desarrollo de carcinoma insitu, incluso a partir de displasia leve. (11).

El tiempo calculado de tránsito varió de 85 meses, en el caso del CIN I, a 38 meses cuando hubo CIN 2.

Los signos microscópicos de displasia son:

- a). Maduración desordenada
- b). Hiper Cromatismo nuclear
- c). Mayor proporción núcleo:citoplasma (N:C)
- d). Pleomorfismo
- e). Mitosis que incluyen las de tipo anormal
- f). Disqueratosis

FACTORES DE RIESGO

Los estudios de frecuencia estadística (epidemiología) sugieren un vínculo importante entre el coito y la neoplasia escamosa. Existen datos de un mayor peligro si la mujer se casa desde temprana edad, la edad inicial del coito, multiplicidad de compañeros sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y multiparidad. Se ha dicho que existe interrelación entre estos factores, y que todos coexistían con un factor de riesgo masculino.

Estas relaciones pueden explicar muchas variaciones entre culturas y razas (por ejemplo, tasa baja de cáncer cérvico uterino en mujeres judías en comparación con las no judías y rareza de dicho cáncer en monjas).

La búsqueda de un agente transmisible se ha orientado a la carcinogenicidad del esmegma, de los espermatozoides, de proteínas básicas, y de agentes infecciosos como clamidias y virus como el herpes de tipo 2, y el del papiloma humano.

TABAQUISMO:

Se advierte un riesgo doble de cáncer cérvico-uterino invasor y CIN en fumadoras en comparación con mujeres que no fuman, y el tabaquismo ha permanecido como un factor de peligro después de hacer ajustes correspondientes a la edad y el número de compañeros sexuales.

La nicotina y su metabolito principal son más frecuentes en el moco cervical de fumadoras que entre quienes no lo hacen. Con el tabaquismo se ha vinculado un inmunodeficiencia local por disminución en la actividad de las células de Langerhans en el epitelio cervical.

CONIZACION

Consiste en la resección del cérvix, en forma de cono, teniendo como base el exocérnix y el orificio cervical externo y como vértice el orificio cervical interno o el canal cervical a nivel bajo, medio o alto.

El cono puede tener una base amplia, mediana o pequeña y la altura variará de acuerdo de la necesidad. La forma del cono, la darán los datos colposcópicos, citológicos e histopatológicos en caso de patología cervical neoplásica y para patología benigna, la forma del cono la determinará la anatomía alterada del cérvix. (16).

En caso de CIN II y CIN III el cono será más alto cuando las células sospechosas o la biopsia demuestren que la patología importante está dentro del canal cervical y será de base más ancha cuando la colposcopia nos demuestre una imagen que abarca el exocérnix y que algunas veces va hasta los fondos de saco. En caso de hipertrofia o elongamiento cervical o desgarró, el cono buscará restituir la forma normal del cuello uterino.

INDICACIONES DE LA CONIZACION

a). POR PATOLOGIA BENIGNA:

La patología del cuello uterino que se relaciona con la anatomía; cervicitis, desgarros, hipertrofia y elongamiento por procesos inflamatorios crónicos.

b). POR PATOLOGIA NEOPLASICA:

En las que consideramos las lesiones "cancerisables" o displasias, el carcinoma "in situ" y el microcarcinoma (Estadio Ia-1 de cáncer cervical).

Displasia moderada	CIN II
Displasia severa	CIN III
Ca. "in situ"	CIN III
Microcarcinoma de cérvix	Estadio Ia-1

Todas estas entidades son diagnosticadas por biopsia dirigida.

La conización está indicada en displasia moderada, excepcionalmente en displasia severa y Ca. "in situ", cuando queremos conservar la función reproductora de este cuello en particular.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por ser las lesiones intraepiteliales del cérvix, un procedimiento de alto riesgo que requiere para su estudio y tratamiento frecuentemente de la realización de conización cervical y sabiendo de la existencia de los dos métodos que se realizan en nuestro hospital (cono por asa diatérmica y cono quirúrgica) es conveniente conocer la evolución y complicaciones de ambos métodos con la finalidad de seleccionar el adecuado en cada caso.

¿Cuál es la diferencia en la evolución post-operatoria de la conización con asa diatérmica y cono quirúrgica en las lesiones intraepiteliales?

JUSTIFICACION

Actualmente según diversas estadísticas se ha demostrado que alrededor del 3% al 5% de las mujeres mexicanas que se someten a un estudio citológico cérvico-vaginal (papanicolau), tienen lesiones intraepiteliales del cuello uterino, el 9% de éstas se someten a conización con bisturí o asa diatérmica, ya que son los métodos más idóneos por ser: un manejo radical desde el punto de vista terapéutico (suficiente para obtener la curación), que respeta el útero y la posibilidad de gravidez; considerando además otras ventajas como su bajo costo, menos días de estancia hospitalaria y pronta recuperación.

Es por esto que nos interesa evaluar la efectividad de ambos métodos en nuestra población femenina de la clínica hospital del I.S.S.T.E. en Veracruz, Ver.

OBJETIVO GENERAL

Comparar la evolución post-operatoria de la conización con asa diatérmica y cono bisturí en las lesiones intraepiteliales del cérvix, en la población femenina de la Clínica del I.S.S.S.T.E. de Veracruz, Ver.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a). Determinar la frecuencia de confirmación diagnóstica Colposcópica.
- b). Determinar la frecuencia NIC por grupo de edad.
- c). Determinar las características de la conización con asa diatérmica.
- d). Determinar las características de la conización con bisturí.
- e). Evaluar las complicaciones post-quirúrgicas de ambos métodos.

METODOLOGIA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, longitudinal, clínica y prospectiva.

El estudio se realizó en la consulta externa en el área de Medicina Familiar del Hospital General del I.S.S.S.T.E. de Veracruz, Ver., del 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1994.

El tamaño de la muestra fue el número de mujeres que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General I.S.S.S.T.E. de Veracruz, Ver., del 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1994.

INCLUSION I.

- 1.- Diagnóstico de papanicolaou de lesiones intraepiteliales cervicales.
- 2.- Mujeres mayores de 20 años.
- 3.- Mujeres menores de 50 años.
- 4.- Derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- 5.- Se corrobore por colposcopia.

EXCLUSION

- 1.- Paciente que presentaron diagnóstico CA.CU.
- 2.- Mujeres menores de 20 años.
- 3.- Mujeres mayores de 50 años.
- 4.- No derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

ELIMINACION

1.- Mujeres que suspendieron el tratamiento.

INFORMACION A RECOLECTAR

1.- Complicaciones que presentaron.

2.- Días de estancia hospitalaria.

3.- Edades más frecuentes.

METODO PARA CAPTAR INFORMACION

Los recursos que se utilizaron fueron:

HUMANOS :

Ginecólogo, Residente de Medicina Familiar, Anestesiólogo, Enfermera Patólogo.

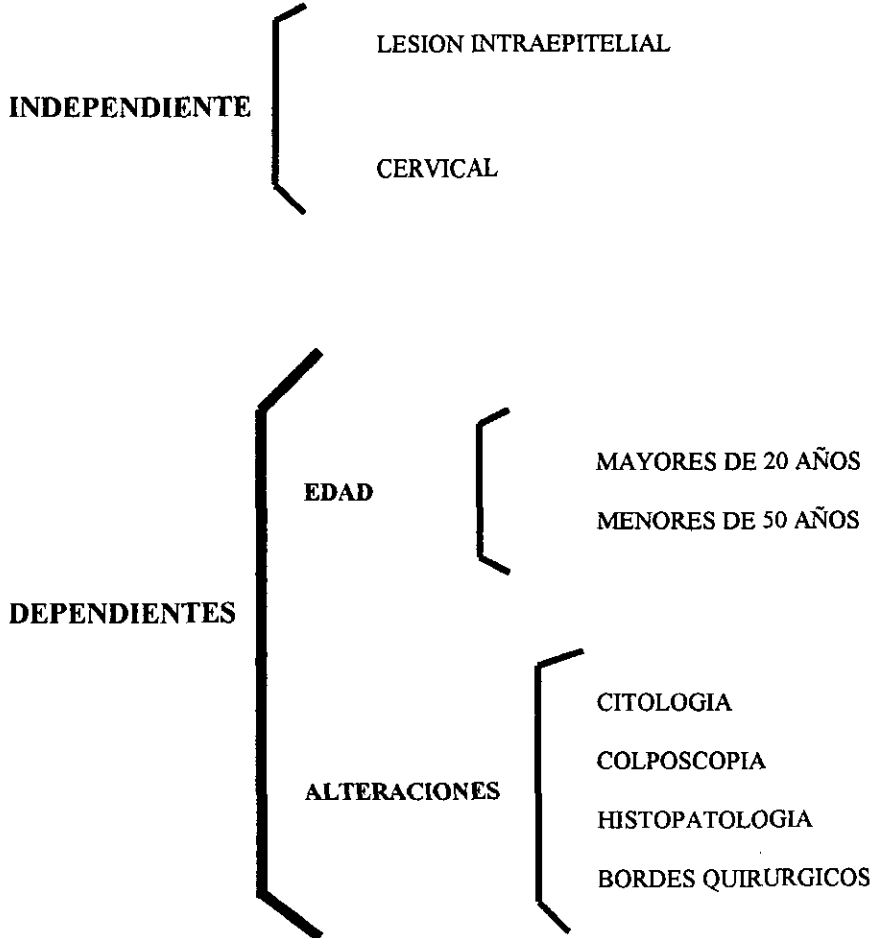
MATERIALES :

Expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, así como hojas de captación, laminillas, isopos, microscopio, gasas, lugol, pinzas para biopsia, valvas, bisturí, electrofulgurador de alta frecuencia (Asa Diatérmica).

Se solicitó su aprobación por escrito a todas las mujeres para llevar a cabo este procedimiento quirúrgico.

Se anexan formatos.

VARIABLES



CONIZACION ASA DIATERMICA

TECNICA OPERATORIA

La paciente anestesiada con la técnica adecuada, previa asepsia y antisepsia y en posición ginecológica, se coloca un punto en los pequeños labios para ampliar el campo.

Se localiza el cervix con valvas y se aplica lugol al 5% se marcan las líneas de incisión a un centímetro del borde de la lesión delineada por el lugol, se pinza el cuello con pinzas de Pozzi y se traciona hacia abajo y lateralmente ensayando la movilidad.

Se realiza el corte con el asa diatérmica tomando el tamaño del asa según la lesión, posteriormente se cauterizan los vasos y no se realiza cierre de los bordes.

Dejándose un tapón vaselinado por 48 horas, se da de alta con instrucciones en el post-operatorio con antibióticos como ampicilina y gentamicina en dosis media durante cinco a siete días y analgésicos en caso necesario.

Haciéndose controles semanales durante 40 a 60 días ya que es el tiempo en que se logra la reepitelización del cervix.

La selección para cada una de las técnicas fueron al azar sin tomar en cuenta ningún otro parámetro porque lo que se buscaba era evaluar la evolución y complicaciones sin importar tipo de lesión o características del cervix.

MANEJO DE LA PIEZA PARA ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

CONO QUIRURGICO

El cono extirpado macroscópicamente se observa un fragmento de tejido de aproximadamente 2.5 x 2.2 cm. y 1.5 x 1 cm. de bordes irregulares y de color café claro y consistencia elástica y su superficie es compacta.

El cono debe ser enviado al servicio de patología inmediatamente después de la cirugía, sin fijar, sin cortar e identificado con un hilo en la zona correspondiente a las 12 horas.

Esto es con la finalidad de orientar la muestra y poder establecer la localización de la lesión cuando se estudia al microscopio.

Mediante el examen del cono debe ponerse en claro los siguientes aspectos. El tipo de extensión de la lesión epitelial. La relación epitelial con el estroma, si existe o no invasión. En caso de existir invasión, determinar la extensión y volumen de ésta. El estado de los bordes quirúrgicos, es decir si los bordes de incisión quirúrgica pasan en todos los puntos por epitelio sano.

Si se pretende que la conización sirva como método terapéutico deberá darse el valor correspondiente al examen de los bordes quirúrgicos y practicarse el estudio según las normas más estrictas.

RESULTADOS

Durante el periodo antes mencionado se detectaron 120 pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por citología cérvico-vaginal, de éstas sólo a 60 pacientes se les corroboró colposcópicamente e histopatológicamente la lesión intraepitelial cervical (50%). Ver gráfica 1.

Según los grupos de edad, se observó que presentaron lesión intraepitelial cervical; de 20 a 25 años; 3 pacientes (5%), de 26 a 30 años; 10 pacientes (16.6%), de 31 a 35 años; 13 pacientes (21.6%), de 36 a 40 años; 16 pacientes (26.6%), de 41 a 45 años 9 pacientes (15%) y de 46 a 50 años; 9 pacientes (15%). Ver gráfica 2.

De estos 60 pacientes con lesión intraepitelial cervical se manejaron 30 pacientes (50%) con conización con bisturí y las otras 30 restantes (50%) con conización con asa diatérmica, siendo elegidas al asar. Ver gráfica 3.

En cuanto a la valoración colposcópica e histopatológica post-quirúrgica de las pacientes manejadas con conización con bisturí se observó que en 27 pacientes (90%) la curación fue exitosa y en las 3 pacientes restantes (10%) hubo recidivas, ver gráfica 4. Y de las pacientes manejadas con asa diatérmica a las 30 pacientes (100%) se les resolvió su problema satisfactoriamente. Ver gráfica 4.

En cuanto a las complicaciones post-quirúrgicas se observó que en las pacientes manejadas con conización con bisturí presentaron sangrado en bordes quirúrgicos en dos pacientes (6.6%).

Observándose que las manejadas con asa diatérmica no presentaron complicación post-quirúrgicas. Ver gráfica 5.

PACIENTES CON NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL DIAGNOSTICADAS POR CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL

Pacientes con lesión	50%	(60)
Pacientes sin lesión	50%	(60)



■ PACIENTES CON LESION

■ PACIENTES SIN LESION

MANEJO DE LOS PACIENTES CON LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL

30 Pacientes 50% Con conización de bisturí
30 Pacientes 50% Con conización con asa diatermica

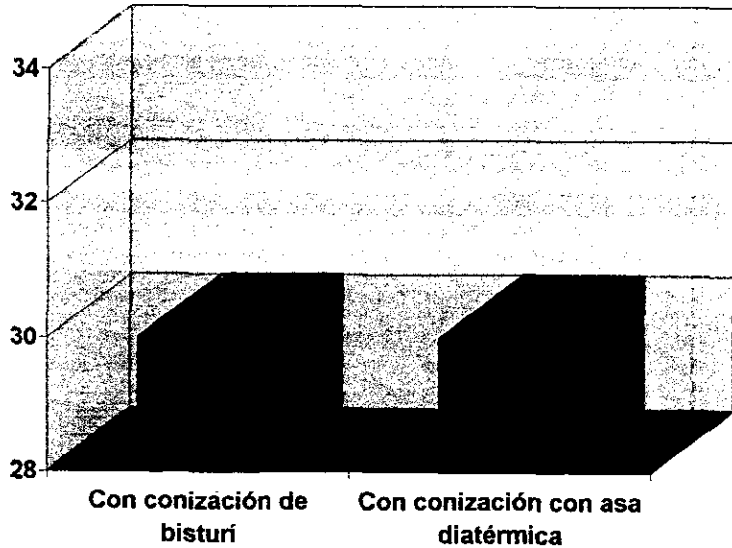


■ PACIENTES CON CONIZACION DE BISTURI

■ PACIENTES CON CONIZACION CON ASA DIATERMICA

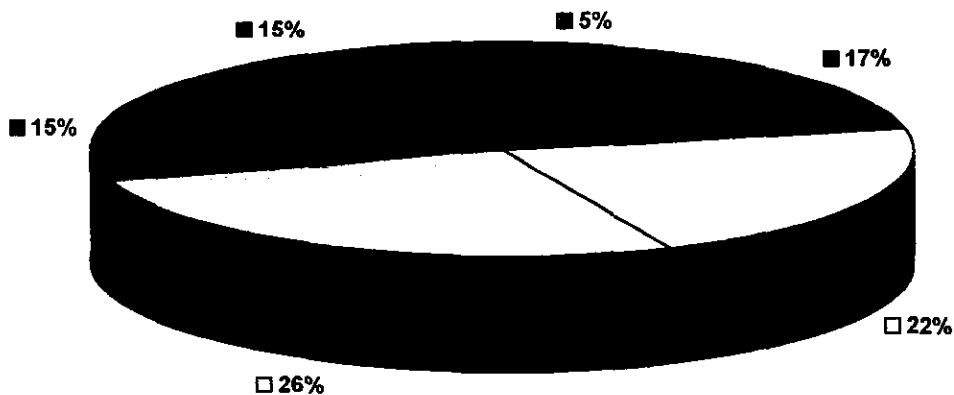
MANEJO DE LOS PACIENTES CON LESION INTRAPITELIAL CERVICAL

Con conización de bisturí	30
Con conización con asa diatérmica	30



PACIENTES QUE PRESENTARON LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL

3 Pacientes de 20 a 25 años	5%
10 Pacientes de 26 a 30 años	16.6%
13 Pacientes de 31 a 35 años	21.6%
16 Pacientes de 36 a 40 años	26.6%
9 Pacientes de 41 a 45 años	15%
9 Pacientes de 46 a 50 años	15%



■ 20 A 25

■ 26 A 30

□ 31 A 35

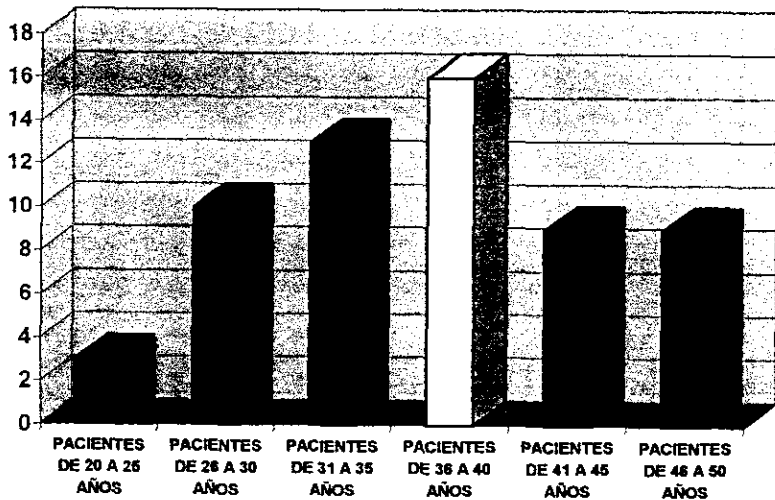
□ 36 A 40

■ 41 A 45

■ 46 A 50

PACIENTES QUE PRESENTARON LESION INTRAPITELIAL CERVICAL

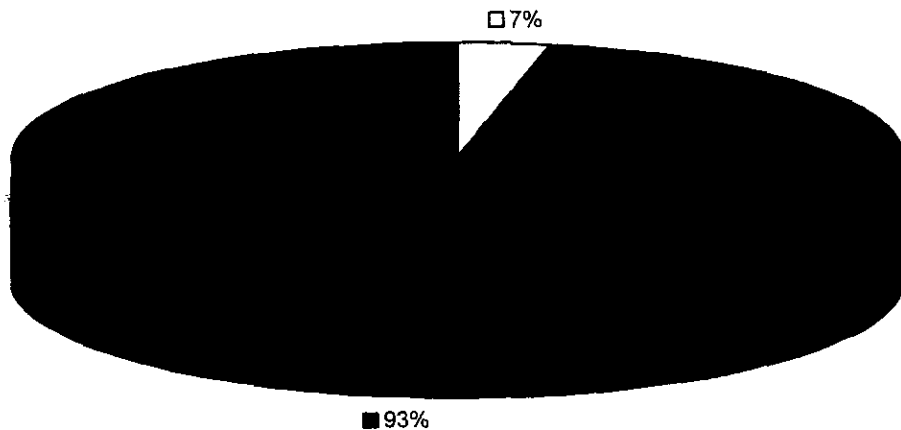
PACIENTES DE 20 A 25 AÑOS	3
PACIENTES DE 26 A 30 AÑOS	10
PACIENTES DE 31 A 35 AÑOS	13
PACIENTES DE 41 A 45 AÑOS	9
PACIENTES DE 46 A 50 AÑOS	9



COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Con Conización Quirúrgica

2 Pacientes 6.6% Sangrado en bordes quirúrgicos
28 Pacientes 93.4% Sin complicaciones



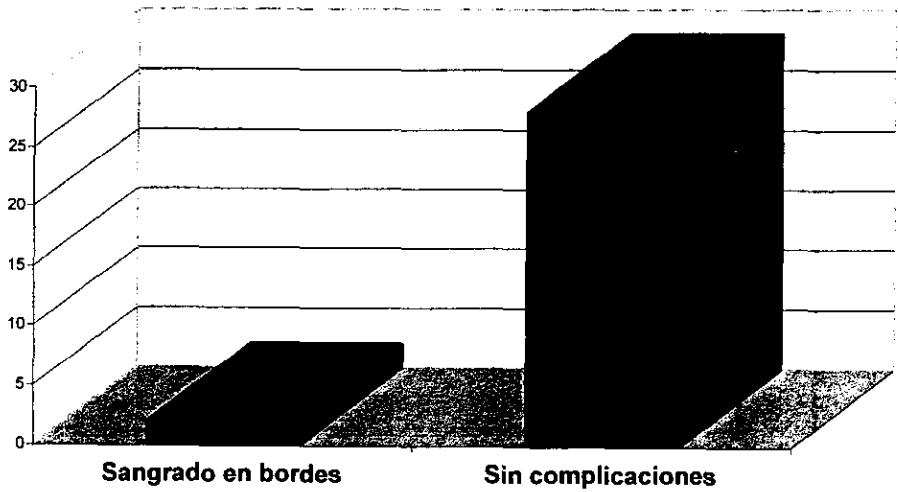
□ SANGRADO EN BORDES QUIRURGICOS

■ SIN COMPLICACIONES

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS CON CONIZACION QUIRURGICA

Sangrado en bordes
Sin complicaciones

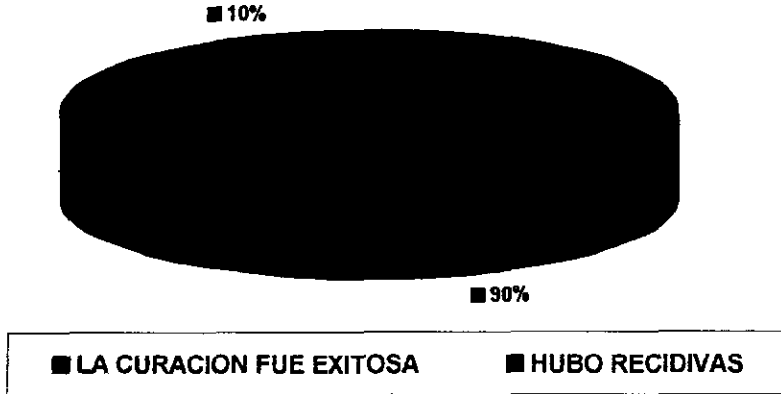
2 Sangrado en bordes quirurgicos
28 Sin complicaciones



VALORACION COLPOSCOPICA E HISTOPATOLOGICA POSTQUIRURGICA

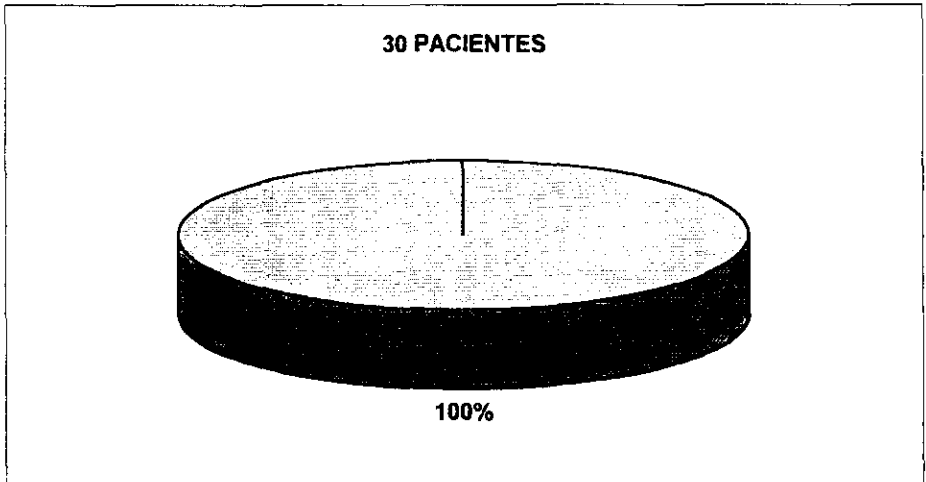
Con Conización Quirúrgica

27 Pacientes 90% La curación fue exitosa
3 Pacientes 10% Hubo recidivas



Con Asa Diatérmica

30 Pacientes 100% Se les resolvió su problema satisfactoriamente



DISCUSION

En el estudio realizado se observó que en relación a los grupos de edad la Neoplasia Intraepitelial Cervical es más frecuente en mujeres de 36 a 40 años de edad, comparando con los datos bibliográficos en los que se menciona: que la edad de las pacientes se encontró de los 25 a los 60 años siendo más frecuente entre los 40 y 44 años que corresponde a 30.7% - (17).

De acuerdo al estudio realizado la curación de las pacientes manejadas con conización con asa diatérmica fue exitosa en un 100% y en las manejadas con conización quirúrgica el porcentaje de curación fue de un 90% coincidiendo con los datos bibliográficos, por lo tanto los resultados fueron mejores con la conización con asa diatérmica. Es un método de eliminación de la zona de transformación que tiene las mismas probabilidades de lograr buenos resultados, en mujeres con NIC, que otros métodos de tratamiento, y ello ha sido reforzado por los datos de series publicadas de mujeres tratadas con asa diatérmica. (19).

Posteriormente se les hizo un seguimiento post-operatorio a cada una de las pacientes que fueron intervenidas con conización con asa diatérmica y conización quirúrgica.

En relación a las complicaciones post-quirúrgicas, las pacientes tratadas con asa diatérmica no presentaron ninguna, y las manejadas con conización quirúrgica presentaron sangrado en bordes quirúrgicos en un 6.6% coincidiendo nuestros resultados con la bibliografía existente. En las que se menciona: "En ninguno de los casos se presentó ninguna complicación inmediata, dos pacientes que corresponden al 3.8% del total presentaron hemorragia en el post-operatorio mediato, y se requirió de suturas hemostáticas en ambos casos. El resto del grupo no presentaron ninguna complicación. Todas las pacientes permanecieron internadas hasta el día siguiente de la operación en que egresaron, (1, 13, 15, 17, 18 y 19).

CONCLUSIONES

Basándonos en lo anterior, podemos concluir: que la citología exfoliativa cervicovaginal, la colposcopia y el estudio histopatológico siguen siendo los métodos de estudio de más utilidad en el diagnóstico de la paciente con lesión intraepitelial cervical.

- 1.- Los resultados que se obtuvieron con el uso de asa diatérmica fueron más satisfactorios que con la conización quirúrgica.
- 2.- La confirmación colposcópica de CA CU es de un 70%.
- 3.- El porcentaje de curación en pacientes tratadas con asa diatérmica es del 100%.
- 4.- El porcentaje de curación en pacientes tratadas con cono quirúrgica es del 90%.

De acuerdo a la experiencia obtenida en este trabajo y manifestada en los resultados, se vislumbra como una nueva alternativa terapéutica en el manejo de este tipo de lesiones, para el bien de las pacientes de la comunidad en general y sobre todo a las instituciones porque:

- 1.- Permite la corroboración del diagnóstico con el estudio colposcópico.
- 2.- Permite la exploración histopatológica para descartar microinvasión.
- 3.- Logra eliminar la lesión displásica y la zona de transformación, que es el sitio donde se desarrolla este tipo de lesión.
- 4.- Este método puede realizarse en la primera valoración colposcópica.
- 5.- Técnicamente es un método directo y poco complejo para el colposcopista experto y con destreza manual.
- 6.- En comparación con otras técnicas este procedimiento es menos costoso.
- 7.- En cuanto a la eficacia, permite valorar en la pieza obtenida que los bordes quirúrgicos estén libres de lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. ALI Y COLS; "Cold-Knife Cervical Conozation". West-Indian Med. Journal, Dic./93; Vol. 42 (4):149-51.
2. Andersen E.S. y Cols; "Laser Conization: The Results of Treatment on Cervical Intraepithelial Neoplasia"; Gynecol-Oncol, Agosto/94, 54 (2):201-4.
3. Alawa H. Ab. "Screening for Cervical Intraepithelial Neoplasia and Cancer in the Sheffield STD Clinic" British Journal of Veneral Diseases. 1984;60:117-120.
4. Bigrigg A. "Overview of Clinical Experience to Date in Large Loop Excision of the Transformation Zone" Hall Medical, 1993, 133-143.
5. Bovie WT, Cushing H.; "History of the Development of Electrosurgery". Sur. Gyn-Obstet. 47:751-784, 1991.
6. Caitriona B. W. "Evolución Natural de la Neoplasia Intraepitelial Cervical" Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol.3, 1995: 625-632.
7. Cartier I. "The Evolution of Loop Diathermy in Cervical Disease" Hall Medical 1993:25.
8. Chen R. J. Y Cols.; "Loop Electrosurgical Excision Prodedurs for of the Uterine Cervix", J. Formos-Med. Assoc. 1994 Marzo;93(3) 196-9.
9. Felix J.C. y Cols; "The Significance of Positive Margins in Loop Electrosurgical Cone Biopsies"; Obstetrics and Gynecology, Dic./94; 84(6):996-1000.
10. Gundersen J.H. y Cols; "Leep Early Experience with a New Approach to Cervical Lesions"; Wis. Med. Journal, Feb./94; 93(2):58-62.
11. Jahshen A. E. y Cols; "Hot-Knife Conization of the Cervix: Clinical and Pathologic Finding from a Stady Introducing a Nex Technique"; Obstetr. Gynecol. Enero/94; 83(1):97-103.
12. Kristensen J. Y Cols.; "Increased Risk of Preterm Delivery in Women with Earlier Conization"; Ujaskr laeger; Enero/94 156 (24), 3632-5.

ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON LESION INTRAEPITELIAL DEL CERVIX TRATADAS CON
 CONIZACION CON ASA DIA TERMICA Y/O CONIZACION QUIRURGICA (BISTURI), REALIZADO EN LA CLINICA
 HOSPITAL I.S.S.S.T.E. VERACRUZ, VER.

NOMBRE	EDAD	CITOLOGIA (PAPANICOLAU)	COLPOSCOPIA	CONIZACION CON ASA DIA TERMICA	RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS	BORDES QUIRURGICOS

DR. MA. DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO

DR. LUIS A. AZAMAR

ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON LESION INTRAEPITELIAL DEL CERVIX TRATADAS CON
 CONIZACION CON ASA DIATERMICA Y/O CONIZACION QUIRURGICA (BISTURI), REALIZADO EN LA CLINICA
 HOSPITAL I.S.S.T.E. VERACRUZ, VER.

NOMBRE	EDAD	CITOLOGIA (PAPANICOLAOU)	COLPOSCOPIA	CONIZACION CON BISTURI	RESULTADOS HISTOPALOGICOS	BORDES QUIRURGICOS

DRA. MA. DEL SOCORRO GUTIERREZ SOLANO

DR. LUIS A. AZAMAR



AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

C. Director de _____
PRESENTE

El que suscribe _____
persona responsable del enfermo _____
_____ autoriza plenamente a los médicos encargados de su
atención en esta Unidad, para efectuar el tratamiento médico o quirúrgico de su enfermedad
y realizar las investigaciones que se encuentran indicadas para el diagnóstico de su mal.
Aceptando de antemano riesgos que el uso de dichos procedimientos impliquen. Se compromete a someterse a todas las disposiciones y reglamentos de la Institución.

Veracruz, Ver., a _____ de _____ de 19__

Firma del enfermo o persona responsable

TESTIGOS

F.20473

ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD
ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD
ESTABLECIMIENTO DE LA UNIDAD