

11217 205



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**EVALUACION CLINICA DE LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE
CONO CERVICAL CON ASA DIATERMICA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICO BIBLIOGRAFICO**

**PRESENTADO POR
DR JORGE PEREZ MOSQUEDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

DIRECTOR (ES) DE TESIS

**DR RAUL BERNARDO LOPEZ GARCIA
DR JOSE MANUEL CHONG RODRIGUEZ**

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

EVOLUCION CLINICA DE LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE CONO
CERVICAL CON ASA DIATERMICA

AUTOR. Jorge Pérez Mosqueda

Vo Bo.

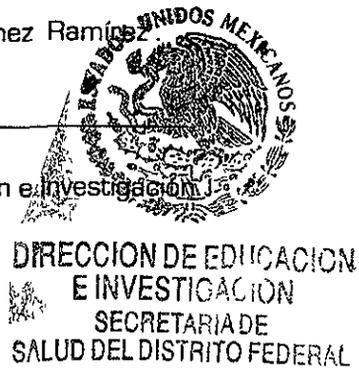
Dr. Raúl Bernardo López García.

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

Vo Bo

Dr Roberto Sánchez Ramírez

Director de Educación e Investigación



SUBCOMISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

A rectangular stamp with a decorative border, containing the text 'SUBCOMISION DE ESPECIALIZACION', 'DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO', 'FACULTAD DE MEDICINA', and 'U. N. A. M.'. A large, stylized signature is written over the stamp.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias DIOS , por ayudarme a terminar
mis especialidad
Gracias por los padres que tengo
Gracias por mi esposa fiel y comprensiva
Y por mis hijos cariñosos , a quienes amo
Gracias DIOS MIO

A MI ESPOSA KATY, Y A MIS HIJOS ELISA, JORGE JOSUE Y MIGUEL ANGEL

Gracia por su amor, apoyo y
Comprensión, que me han dado
siempre
LOS AMO

A MIS PADRES Y HERMANAS Y SERES QUERIDOS

Gracias por su comprensión y
Amor

A MIS SUEGROS

Gracias por darme su
apoyo en todo momento

A MIS CUÑADAS

Que tanto respeto y admiro
Gracias por su apoyo

A MI TIA FELIPA

Gracias por su ayuda
y comprensión

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Gracias a Martin Alfredo Escoto
Por su apoyo y a mis demás amigos y
Compañeros, También agradezco a
Todas las personas que me apoyaron siempre
A TODOS GRACIAS

AMIS MAESTROS

Gracias, por sus enseñanzas,
y conocimientos que me
Transmitieron, a lo largo de mi
Carrera

INDICE

I.	TITULO.....	1
II.	INTRODUCCION.....	2
III.	OBJETIVOS.....	15
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	16
V.	METODOLOGIA.....	19
VI.	RESULTADOS.....	21
VII.	CONCLUSIONES.....	31
VIII.	BIBLIOGRAFIA.....	36

TITULO:

**“EVOLUCION CLINICA DE LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE
CONO CERVICAL CON ASA DIATERMICA“.**

(1)

INTRODUCCION

Desde las dos últimas décadas, la prevalencia de la neoplasia intraepitelial Cervical (NIC), se ha incrementado. La mayoría de los casos de NIC ocurren en pacientes jóvenes con deseos de procreación. Por esto, los métodos conservadores usando procedimientos ablativos en pacientes externos son el principal manejo de NIC, para la mayoría. Estos procedimientos evitan la necesidad de cono-biopsia con bisturí frío y sus complicaciones asociadas y se ha visto que son procedimientos bien aceptados y altamente efectivos, la ablación puede conseguirse usando una variedad de métodos, incluyendo electrocirugía, electrodiatermia, criocirugía y cirugía láser. Cada tratamiento tiene ventajas y desventajas, pero requiere experiencia considerable y destreza por parte del colposcopista, que tiene la capacidad de reconocer y biopsiar cánceres invasivos para evitar dejar la lesión de manera inadvertida. El procedimiento de excisión electroquirúrgica representa un gran avance en el manejo de pacientes con NIC de manera conservadora donde los tejidos además de ser removidos por completo son factibles de estudio histopatológico para confirmación o no de la lesión [1].

La conización con láser ha sido usada para el manejo de NIC desde 1976 [2] siendo bien aceptado su uso desde esa época por ser realizado el procedimiento bajo anestesia local en pacientes externos y con menos complicaciones reportadas que para el bisturí frío proporcionando además un espécimen para el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico inicial, realiza una excisión completa de la lesión y excluye la invasión [2,3], así mismo ofrece un índice de curación que va del 90 al 100% [3,4], comparado al 81 y al 95% para criocirugía del 91 al 98% para conización con asa diatérmica [4,5,6], sin embargo la conización con láser requiere Equipo costoso, y frecuentemente induce artefactos térmicos en el cono especialmente afectando los márgenes [3,7,8] y dificultando la confirmación histológica.

El uso de la asa diatérmica en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones cervicales fue descrita por Cartier en 1981, quien uso asas pequeñas de 5 x 5 mm. [9]. Posteriormente se realizaron modificaciones en el procedimiento con el fin de reducir los artefactos térmicos.

La unidad electroquirúrgica fue ajustada a una combinación de corte y coagulación [4].

El asa diatérmica consiste en un mango aislado unido a un dispositivo transversal o en forma de "U" a la cual el asa se une. El alambre es de 0.2mm de diámetro de acero inoxidable que tiene varias formas y medidas, de éstas, las más usadas son de largo de 20 mm y ancho de 15 mm, el mango se adecua a un interruptor de lápiz conectado a la máquina diatérmica [4,9]. Hace uso de bajo voltaje y relativamente de alta frecuencia de corriente eléctrica. En el modo de corte la corriente de alta frecuencia es producida en una corriente de onda suave ininterrumpida. El arco ocurre cerca de la superficie de contacto ocasionando que el agua de las células sea rápidamente calentada y exploten en vapor, produciendo un corte limpio con pocos artefactos de coagulación. En el modo de coagulación la fulguración del tejido es producido con electrodo de bola[4,9].

Comúnmente los rangos de potencia a los que se ajusta el asa diatérmica son de:

35-40 W. Para corte y de 35 hasta 50 W Para la coagulación (1,4,9).

Las indicaciones comunes del uso de la técnica son:

- a) Sospecha de un NIC II o III en los estudios citológico, colposcópico o ambos
- b) Sospecha de una enfermedad microinvasora o in situ.
- c) Estudio colposcópico insatisfactorio en presencia de anomalía citológica.
- d) NIC I persistente a una mujer que no acude a seguimiento
- e) Ectropión sintomático
- f) Falta de correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida en presencia de colposcopia no satisfactoria.
- g) Legrado o cepillado endocervical positivo (4,9,10).

Debe realizarse una exploración colposcópica previa para definir los límites topográficos de la zona de transformación, identificar las características superficiales del cáncer, si está presente, confirmar o descartar la presencia de NIC después de la citología y la identificación de lesiones cervicales coexistentes (9,10).

Sin embargo, algunos autores argumentan que las pacientes pueden ser evaluadas y tratadas en la primera visita, si el margen superior de la zona de transformación es visible y no hay posibilidad de enfermedad invasiva o glandular, se puede realizar con anestesia local la excisión (11,12).

Para el procedimiento anestésico se usa una jeringa del número 26 al 32, con xilocaína al 2% con epinefrina al 1 por 100,000. Aplicada a las 12,3,6 y 9 del reloj (1).

Se debe dejar un margen de 7-8 mm del tejido normal, que rodee la zona de transformación, para realizar el corte se utiliza una presión leve hacia abajo y el asa es empujada al tejido cervical perpendicular a la superficie tan profundo como sea necesario y moviendo en dirección paralela a la superficie y retirando en forma perpendicular en un solo movimiento suave.

El movimiento puede ser realizado del labio anterior del cérvix al labio posterior a la inversa o de lado al lado, este movimiento lleva por lo general menos de 10 segundos [1,4,9].

Después de remover el cono se utiliza la bola diatérmica para coagulación de la superficie y el control del sangrado [1,4,9,11], posteriormente la muestra enviada para estudio histopatológico debe ser colocada en formol. La conización con asa diatérmica puede ser usada en una lesión que se extiende dentro del canal endocervical.

Posterior al procedimiento debe indicarse a la paciente abstención de relaciones sexuales, duchas y tampones por 2 a 4 semanas. Se espera una descarga transvaginal por 2 a 3 semanas incluso hasta 6 semanas. La paciente puede referir un sangrado significativo o descarga vaginal maloliente. El seguimiento con frotis de papanicolaou con o sin colposcopia debe realizarse a los 4 a 6 meses [2,4,7,9].

Puede hallarse artefactos térmicos en la pieza para estudio Histopatológico los cuales están en función del tamaño del asa, el tiempo en Realizar el cono, la energía eléctrica usada y la conductividad del tejido, debido a que especímenes más pequeños pueden sufrir más daño(12).

Las pacientes deben recoger sus resultados de patología cuando puedan ser evaluadas por el médico, debe tenerse en cuenta que pueden pasarse por alto lesiones internas por lo que un reporte que no muestra displasia debe ser interpretado como que la muestra tiene un margen claro y que no existe displasia presente.

Las pacientes sin displasia en los márgenes de resección deben tener un seguimiento por 2 años con frotis de Papanicolaou y / o colposcopia cada 6 meses.

Si todas las pruebas permanecen normales debe realizarse seguimiento anual y considerar a la paciente como de alto riesgo para desarrollar displasia.

Si hay algún signo de recurrencia requiere nueva colposcopia. debido a que el índice de recurrencia con márgenes positivos es entre 10 y 55% dichos márgenes en el cono con asa diatérmica no requiere tratamiento inmediato, pero si un cuidadoso seguimiento, ya que aunque lo anterior no quiere decir que haya enfermedad residual, el seguimiento va encaminado a la identificación oportuna de la misma.

Un curetaje endocervical positivo después del cono con asa debe ser vigilado igual que un margen positivo endocervical debido a que indica la posibilidad de displasia residual y tener un estricto seguimiento con colposcopia con biopsia dirigida y legrado endocervical.

Es importante la vigilancia de recurrencias profundas alrededor del corte original con asa diatérmica. Las pacientes en las cuales hay lesiones recurrentes se les puede ofrecer tratamiento o histerectomía [12,13,14].

El índice global de curación en el cono con asa diatérmica varía del 93 al 98% [4,12].

Entre las ventajas que ofrece la conización con asa diatérmica con respecto a las otras se encuentra el tiempo de realización el cual es variable, según los reportes, siendo generalmente de 2.5+ 3.6 min. hasta menos de 10 minutos, el procedimiento completo {2,7,9}, mientras que con el láser el tiempo se extiende hasta 2.4 - 11 min. {2,8}.

Entre las complicaciones del método tenemos quemaduras de la pared vaginal usualmente debidas a pobre visualización del operador o por inexperiencia, también puede haber quemaduras en sitio de contacto a "tierra".

Cuando se utiliza el asa diatérmica el sangrado perioperatorio es raro, especialmente con el uso de la fulguración {4,5,6,7,15} y es menor que con el uso del láser {2,7,16}.

Así mismo el dolor es otra complicación inmediata, en algunas series no se encuentra diferencia de éste con el uso de asa diatérmica o con el láser mientras que la mayoría de las series el dolor se refiere menor con el uso del asa {2,4,8,12,16}.

La excéresis incompleta de la lesión cuando se retira la zona de transformación es otro riesgo potencial.

Los márgenes positivos han sido reportados superiores al 15% de las Pacientes [9].

Hay algunos datos que sugieren que el índice de recurrencia en pacientes positivos es bajo (alrededor del 25%), posiblemente debido a la fulguración en el lecho posterior a la excisión [9,12].

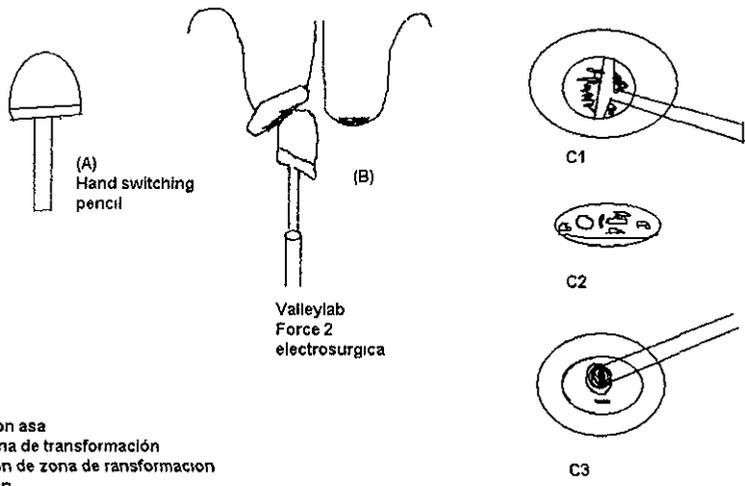
Un sangrado tardío significativo ha sido reportado en el 0 al 14% de las pacientes y la mayoría no requiere hospitalización y fueron tratadas con taponamiento vaginal y sutura del punto sangrante [4,5,7,9,15], relacionándose mayor cantidad de sangrado con incisiones más profundas [4].

Se reporta también secreción sanguinolenta o no en el 72% de las pacientes con una mediana de duración de 7 a 12 días, dolor o molestias abdominales bajas en el 41% de las pacientes con mediana de 3 días.

Alteraciones del patrón menstrual en 30% de las pacientes (retraso o anticipo), sangrados anormales en el 39% y amenorrea en el 2%, la infección en 2% sobre todo en pacientes con infección cervicovaginal previa [2,7,8,16].

En la mayoría de las pacientes la unión escamocolumnar es visible para su seguimiento [9].

La estenosis cervical reportada es variable de 0.5 al 6.6% principalmente en pacientes con remociones profundas de lesiones extensas siendo el porcentaje en éstos casos de hasta el 19% y no hay datos significativos que incrementen la incidencia de incompetencia cervical, parto pretérmino o distócico como en el caso de la conización con bisturí frío, además de que se ha reportado menor porcentaje de complicaciones ya mencionadas con el uso del asa diatérmica a comparación de la conización con láser [2,4,7,10,11].



(A) Exclsi3n con asa
 Larga de la zona de transformaci3n
 (B y C) Exclsi3n de zona de ransformacion
 (C2) Esp3cimen
 (C3) Coagulacion con electrodo de bola det
 lecho cervical

Fig 1 Excision y Coagulacion

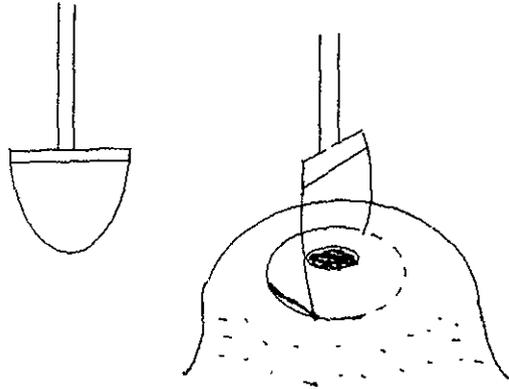


Fig.2: Exci3n de la zona de transformaci3n con asa diat3rmica.

OBJETIVOS:

General:

- Conocer la evolución clínica con las pacientes postoperadas de cono cervical con asa diatérmica.

Específicos:

- Determinar el dolor transoperatorio en el procedimiento del cono cervical con asa diatérmica.
- Determinar el sangrado en el procedimiento del cono cervical con asa diatérmica.
- Conocer el tiempo de realización del cono cervical con asa diatérmica.
- Determinar el dolor que presentan las pacientes postoperadas de cono cervical con asa diatérmica.
- Evaluar el sangrado que presentan las pacientes postoperadas de cono cervical.
- Evaluar la secreción que presentan las pacientes postoperadas de cono cervical.

- Determinar la presentación de infección cervico vaginal en las pacientes postoperadas de cono cervical posterior a la realización del mismo.

Hipótesis:

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional prospectivo, descriptivo en la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. A todas las pacientes con diagnóstico de displasia moderada, severa o IVPH, corroborado por reporte histopatológico de biopsia dirigida por coloscopia del 1° de septiembre del 2001 al 31 de octubre del 2001. siendo un total de 90 pacientes. Los criterios de inclusión, y de exclusión son los siguientes .

- Determinar la presentación de infección cervico vaginal en las pacientes postoperadas de cono cervical posterior a la realización del mismo.

Hipótesis:

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional prospectivo, descriptivo en la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil Inguarán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. A todas las pacientes con diagnóstico de displasia moderada, severa o IVPH, corroborado por reporte histopatológico de biopsia dirigida por coloscopia del 1° de septiembre del 2001 al 31 de octubre del 2001. siendo un total de 90 pacientes. Los criterios de inclusión, y de exclusión son los siguientes .

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico por biopsia dirigida por colposcopia de NIC I, NIC II, NIC III, o IVPH.

Exclusión:

- Pacientes con atrofia por colposcopia y biopsia.

Se realizaron las siguientes variables:

Independiente:

Cono con asa diatérmica.

Dependientes:

Sangrado transoperatorio.

Dolor transoperatorio.

Duración del procedimiento.

Dolor trasoperatorio.

Sangrado postoperatorio .

Secreción trasvaginal.

Infección cervicovaginal.

Universales:

Edad

Edad de inicio de vida sexual activa.

Número de compañero sexuales.

Gestaciones.

Partos.

Abortos.

Cesáreas.

Escolaridad.

Tabaquismo.

Antecedentes de infección por virus de papiloma humano.

Método de diagnóstico de la infección por virus del papiloma humano.

Diagnóstico colposcópico.

Metodología:

Se realizó cono cervical con asa diatérmica a todas las pacientes que reunieron los criterios de inclusión para el estudio. Previo a la realización del cono se aplicó un cuestionario dirigido a la obtención de variables [universales], mediante una hoja de recolección de datos realizada ex-profeso [ver anexo1]. Posteriormente se procedió a la realización del estudio colposcópico con la paciente en posición ginecológica. Se colocó espejo vaginal con chimenea. Se realizó aseo con solución fisiológica del fondo de saco posterior de la vagina. Se localizó la unión del fondo de saco con el cérvix y a la 5 y 7 horas se aplicaron 5ml. de Xilocaína al 2% con epinefrina. Se aplicó ácido acético al 4% en el cérvix. Se realizó colposcopia identificando la presencia de lesiones colposcópicas y se eligió un asa diatérmica con el fin de que abarcara la excisión completa de todas las lesiones, y calibrando la unidad de la electroquirúrgica a potencia de 35 watts en Blend 1. La excisión se hizo de arriba hacia abajo del cérvix. Posterior a la obtención de la pieza se realizó vaporización con electrodo de bola a 50 watts de todo el hecho quirúrgico hasta lograr la emostasia completa.

Se realizó posteriormente la fijación de la pieza quirúrgica en formol para su envío al servicio de Patología. Se realizó un interrogatorio dirigido a la obtención de las variables dependientes y se les dio dos citas subsecuentes, una a la segunda semana posterior a la realización del cono cervical y otra a la sexta semana. En la primera cita subsecuente se hizo un interrogatorio dirigido a obtención de variables dependientes y se realizó exploración ginecológica de la paciente anotando los hallazgos. En la segunda cita subsecuente se realizó nuevamente un interrogatorio dirigido y exploración ginecológica.

ANALISIS ESTADISTICO:

En el análisis estadístico se realizaron medidas de tendencia central: media, mediana, y moda.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 90 pacientes en un periodo de tiempo comprendido entre el 1° de septiembre del 2001 al 31 de octubre del 2001 en el hospital Materno Infantil Iguaran de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, enviadas para la realización de cono cervical con asa diatérmica.

La edad promedio de la paciente fue de $29 \pm$, inicio de la vida sexual activa en promedio de 18 ± 3 años, la moda en los compañeros sexuales de 1 en el 54.5% de los casos en un rango de 1 a 4 .

El diagnóstico colposcópico más frecuente fue la infección por virus del papiloma humano IVPH en el 77.7% de los casos. y el diagnóstico de la biopsia dirigida por colposcopia fue IVPH EN el 55% de los casos. [Ver gráficas 1 Y 2].

Se utilizó anestesia local en todos los casos. La medida del asa utilizada con mayor frecuencia fue de 20 x 13 mm. en 35 pacientes 38.88% (Tabla 2). El dolor referido por las pacientes al realizar el corte en promedio fue de una intensidad de 6 ± 3 en una escala de dolor del 0 al 10 de 5 ± 3 (escala 0 a 10). (Gráfica 3). Los tipos de dolor referidos al corte y ala coagulación se observan en la gráfica 4.

La cantidad de sangrado transoperatorio más comúnmente reportada fue de 10ml en 43.3% de las pacientes.

El tiempo promedio de duración fue de 10 min.

En la primera cita las pacientes refirieron una duración promedio del dolor posoperatorio en número de días de 10 ± 8 , el tiempo de dolor más frecuente fue el cólico en 68 pacientes (75.6%) duro en promedio 7 ± 5 días. (Tabla 3). Una paciente requirió de vaporización como método hemostático En la primera cita subsecuente. En el 25.6% (23 pacientes), hubo sangrado tardío que se presento del 2° día al 7° día siendo más frecuente la aparición

de éste en el 3° día postoperatorio (en 5 pacientes) que no ameritaron consulta de urgencia debido a consideración de ellas el sangrado no fue significativo. [Grafica 6]. La medias de toallas utilizadas entre las pacientes con sangrado 2 ± 1 toallas . El 64.4 % de las pacientes refirieron la presencia de secreción transvaginal con una duración promedio de 8.7 días (Tabla 3, gráfica 7). De las pacientes con secreción, 4 tuvieron olor fétido mientras que el tipo más frecuente fue serohemática en el 48.4% , 4 pacientes refirieron prurito, 2 pacientes molestias inespecíficas y 23 pacientes no se presentó molestia alguna asociada a la secreción (Gráfica 8). De las pacientes que requieren secreción sólo el 51.7% (30 pacientes) utilizaron protección , siendo la toalla sanitaria la más utilizada (76.7%). 3 pacientes (3.3%) presentaron infusión cervico vaginal sugerente de Gardnerella con una duración de 14 días recibiendo manejo a base de metronidazol. (Gráfica 8).

En la segunda cita , sólo el 17.8% (16 pacientes) refirieron dolor siendo este de intensidad leve en todos los casos y sólo el 37.5% (6 pacientes) se requirió el uso de analgésicos el tipo de dolor más fuerte fue el cólico en el 37.5% de los casos [gráfica 9] con una duración promedio en estas 16

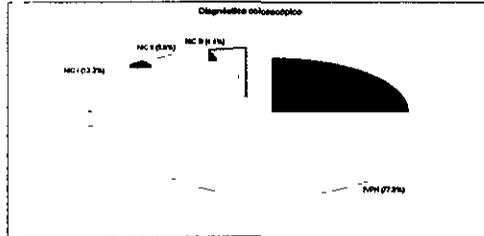
pacientes de 34.8 días (Tabla 4) no se reportó sangrado transvaginal en ningún caso después de la primera cita asociado al procedimiento. el 27.7% de las pacientes (24) refirió la presencia de secreción transvaginal con un tiempo promedio de duración de 30.4 días. y en 4 de ellas el tiempo se prolongó hasta 41 días. Sólo una de ellas la mencionó como fétida. El color más frecuentemente reportada fue el amarillo en el 58.3% (14) 6 pacientes refirieron prurito: en 4 de ellas estuvo asociado a secreción y 2 presentaron prurito sin secreción en el 58.3% de los casos (14 pacientes) del total de las 24 pacientes que refirieron en la segunda cita, requiriendo siendo el Pantiprotector el más comúnmente utilizado, en el 85.7% de los casos.

Del total de las pacientes 52 fueron menstruantes (57.8%) 38 menopáusicas (42.2%) el 7.7% de las pacientes menstruantes (4 pacientes) refirieron aumento de la cantidad de sangrado menstrual posterior al cono. Se encontraron alteraciones menstruales en pacientes (26.6%), los tipos y frecuencias de las mismas se describen en la gráfica 11. El 15.4% de las pacientes (8) debieron haber presentado

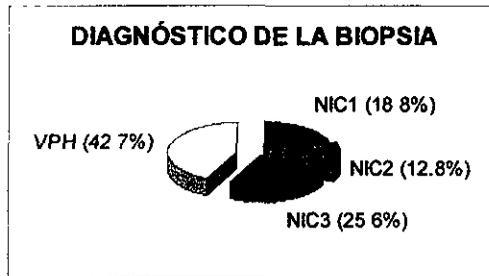
dismenorrea en la menstruación posterior al procedimiento. El cono se realizó en la fase folicular en las 90 pacientes.

Durante la exploración física en la segunda cita posterior al cono encontramos cicatrización cervical completa en las 90 pacientes del estudio(100%).

GRAFICA 1



GRAFICA 2

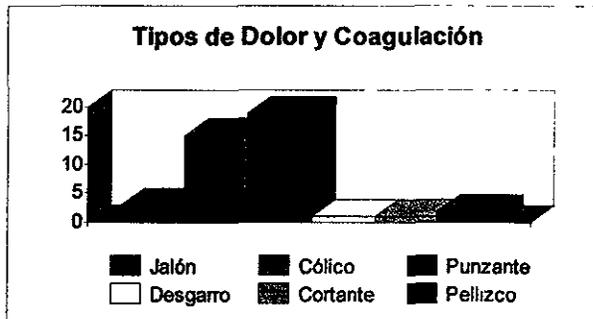
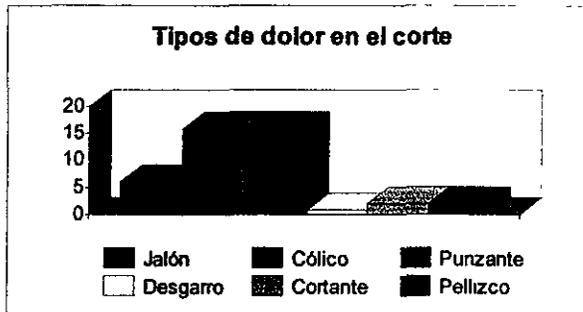


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

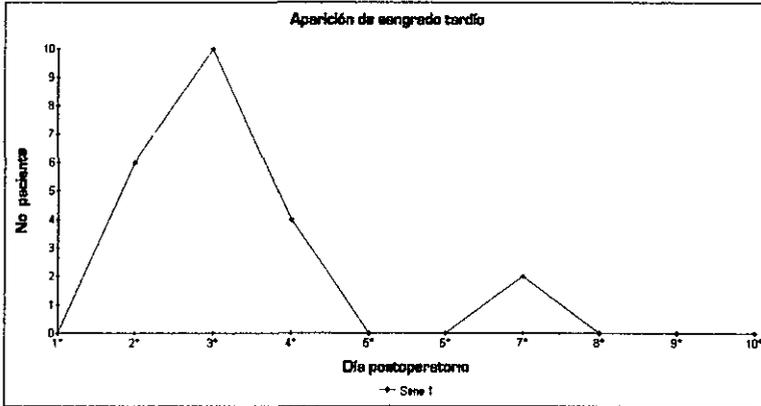
TABLA 2. TAMAÑO DE LA ASA

10 x 10	7	7.77
15 x 10	20	22.22
20 x 10	28	31.11
20 x 13	35	38.88

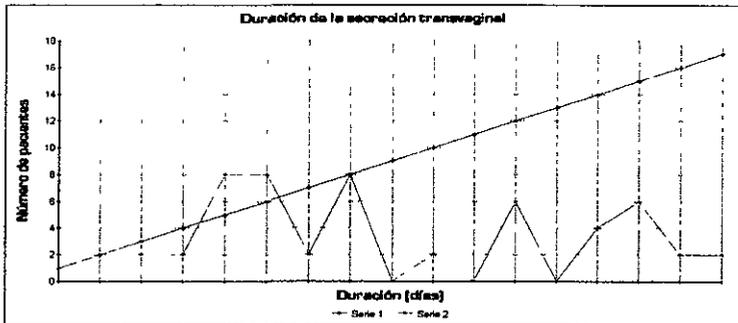
GRAFICA 4



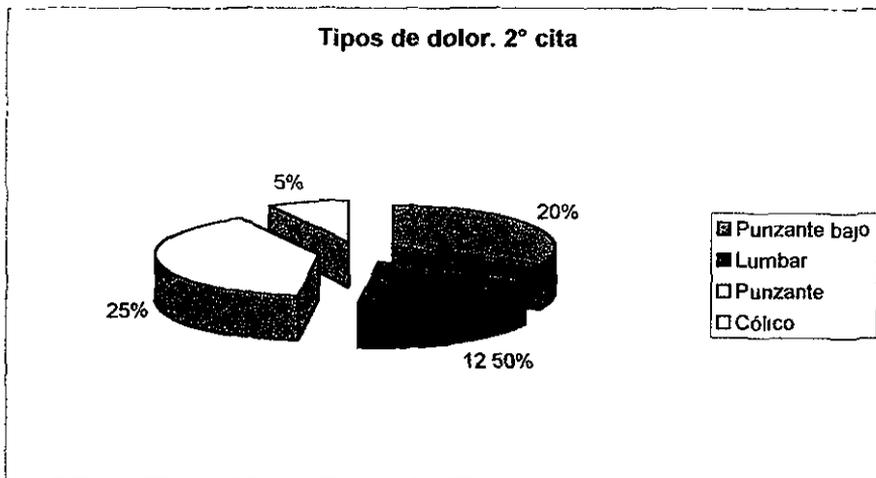
GRAFICA 6



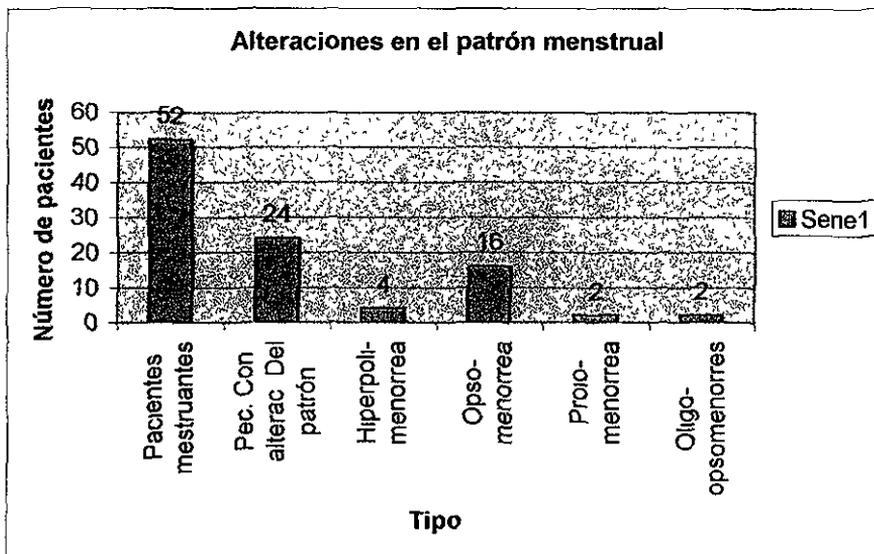
GRAFICA 7



Gráfica 9



Gráfica 11



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

El asa diatérmica ha sido utilizada de manera favorable en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer cervicouterino in situ. Cartier y colaboradores describieron el uso de ésta en conjunto con la colposcopia y concluyeron una superioridad con respecto a otros métodos de tratamiento,

La intención de nuestro estudio fue el observar la evolución de los pacientes postoperadas de cono cervical mediante el uso del asa diatérmica y su evolución en el transoperatorio, por lo que podemos concluir lo siguiente:

- El procedimiento del cono cervical con asa diatérmica es un método factible de ser utilizado en el consultorio por que:
 - a) El dolor reportado tanto en el corte como en la coagulación es de intensidad media en una escala de 0 a 10 siendo ligeramente

mayor a la coagulación y es bien tolerado con el uso único de anestesia local, sin requerir conversión a anestesia general ni sedación, ya sea por intolerancia al procedimiento o por aplicaciones inherentes al mismo.

- b) Es un método rápido que requiere de pocos minutos desde la aplicación del anestésico hasta lograr la hemostasia completa.
- El dolor transoperatorio al final del seguimiento fue referido por un bajo porcentaje de pacientes, siendo más frecuente el tipo cólico y en todos los casos de intensidad leve.
 - La duración de sangrado postoperatorio es en promedio de 7 días, pero no hubo hemorragia significativa. Se presentó sangrado de aparición tardía en el 25.6% de los casos desde el segundo hasta el séptimo día del postoperatorio sin embargo ninguna paciente acudió al servicio de urgencias por este motivo ya que consideración de

ellas, esto no fue significativo. Por lo anterior podemos decir que debido a la posible presentación de sangrado tardío el tiempo recomendado de reposo debe ser de 7 días como mínimo y posteriormente reanudar sus actividades habituales.

- La morbilidad infecciosa en total en el estudio fue de pacientes cuyo diagnóstico y tratamiento fue clínico, sin aparente infección previa al procedimiento en estas pacientes, pero creemos importante, como en todo procedimiento quirúrgico, que se descarte primero la infección local mediante la realización de cultivo cervico vaginal y se de tratamiento a ésta para evitar infección postoperatoria secundaria a infección preexistente.

Sólo un bajo porcentaje presenta dismenorrea leve posterior al cono sin requerir uso de analgésico.

- Encontramos alteraciones del patrón menstrual en mínimo porcentaje siendo la más frecuente la oligo-opsomenorrea.

- Pudimos observar cicatrización cervical completa al término del estudio en todas las pacientes.

Por los datos aportados en cuanto a duración del sangrado el tipo y duración de las secreciones y el tiempo de cicatrización podemos concluir que la paciente pudiera reanudar sus relaciones sexuales en un mínimo de 6 semanas.

- Se aconseja la realización del cono cervical con asa diatérmica en la fase folicular del ciclo porque, por una parte, existe la certeza de no haber embarazo en pacientes sin uso de método de planificación familiar y, por otro lado se puede establecer el límite preciso de la duración del sangrado secundario al procedimiento y el inicio del sangrado debido al siguiente ciclo menstrual, evitando en la paciente la angustia de un "aparente" sangrado prolongado en caso de que el cono se realice en la fase lútea.

- La morbilidad a largo plazo, las características histológicas y diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica así como la presencia de enfermedad residual son desconocidas y pudieran ser motivo de un estudio subsecuente.

En resumen, nuestra experiencia, el cono cervical es una técnica bien aceptada en nuestra población de estudio, es rápida, simple y segura, que únicamente requiere de anestesia local para su realización, con mínima morbilidad trans y post operatoria y puede ser realizada en consultorio siempre y cuando este se encuentre junto a una sala de quirófano disponible por eventualidades inherentes al procedimiento que pudieran surgir, aunque no se hallan presentado en ninguno de nuestros casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Wright T C, Gagnon S, Richart R, Ferenczy A. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using loop electrosurgical excisional procedure. *Obstet Gynecol.* 1992,79:173-8.
2. Oyesanya O, Amerasinghe C, Manning E. Outpatient excisional management of cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 1993,168: 485-8.
3. Soegaard E, Pedersen B, Nilsen K. Laser conization the results of treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 1994, 54 : 201 - 4.
4. Prendiville W, Cullimore J, Norman S. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ). A new method of management for women with cervical intraepithelial neoplasia. *Br J Obstet Gynecol* 1989,96: 1054-1060.
5. Luesley DM, Cullimore PC, Redman C et al. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal smears. *Br Med J* 1990, 300: 1690-93.
6. Draeby - Kristiansen J. et al. Ten years after cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 1991, 165: 43-45.

7. Mathevet P. Dargent D. Roy M. Beau G A randomized prospective study comparing three techniques of conization cold knife, laser and LEEP *Gynecol Oncol* 1994, 54: 175-9.
8. Crompton A. Johnson N Which is more painful A randomized trial comparing loop with laser excision of the cervical transformation zone *Gynecol Oncol* 1994, 52: 392-4.
9. Mor - Yosef S. Lopes A. Pearson S. Monaghan J. Loop Diathermy cone biopsy *Obstet Gynecol* 1990, 75: 884-6.
10. Prendiville W, Frcog. Diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical *Clin Obstet Ginecol* NA. 1995, 3: 598-612.
11. Gunasekera P. Phillips J. Lewis B. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ) compared to carbon dioxide in the Treatment of CIN. A superior mode of treatment. *Br Obstet Gynaecol* 1990, 97 995-8.
12. Powell B. The use of large loop excision of the transformation zone (LLETZ) in an outpatient setting. *Aust NZ Obstet Gynaecol* 1996, 36:338-346.

13. Kobak W. Et al. The role of endocervical curettage at cervical conization for high-grade dysplasia *Obstet Gynecol* 1995, 87:197-201.

14. Felix JC. et al The significance of positive margins in loop electrosurgical cone biopsies *Obstet Gynecol*.1994,84:996-1000.

15. Whiteley P. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia experience with the lowvoltage diathermy loop *Am J Obstet Gynecol*. 1990,162: 1272-7

16. Healey M. Warton B. Taylor N. Postoperative symptoms following LLETZ or radical cervical diathermy with ulguration a randomized double - blinded prospective study . *Aust NZ Obstet Gynaecol* 1996, 36:179-181.

ANEXO 1

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN

Servicio de Ginecología

Evolución clínica de las pacientes postoperadas de cono cervical con asa diatérmica
Hoja de recolección de datos

Datos generales :

Nombre de la paciente _____ No de expediente _____
Edad _____ Diagnóstico colposcópico _____
Diagnóstico de biopsia cervical _____
Fecha de realización del cono cervical _____

Factores de riesgo

Escolaridad _____ Edad de inicio de relaciones sexuales _____
No de compañeros sexuales _____ No de gestaciones _____ No partos _____
Edad del 1° hijo _____ No cesareas _____ No abortos _____
Tabaquismo()SI No por día _____ ()NO
Infección por virus del papiloma humano()SI metodo diagnóstico ()NO
Inmunodeficiencia adquirida congénita()SI metodo diagnóstico ()NO

Datos del procedimiento:

Tipo de anestesia Local() General () Tamaño del asa _____
No de cortes _____
Duración del procedimiento (minutos) _____
Dolor transoperatorio _____ corte (escala del 0 al 10) _____
Coagulación (0-10) _____ Sangrado transoperatorio _____
Número de gasas utilizadas _____

Primera cita subsecuente: fecha _____

Dolor postoperatorio SI () NO () TIPO _____
Sangrado postoperatorio SI () NO () Número de días _____ Número de toallas _____
Secreción transvaginal Olor () SI, características () NO
¿le ocasiona molestia? SI () Duración (número de días) _____ () NO
¿utiliza protector? SI () ¿que tipo? No al día NO ()
Infección cervicovaginal () SI () NO Duración (número de días), Tratamiento
utilizado _____

Segunda cita subsecuente Fecha _____

Resultado de patología _____
Dolor postoperatorio SI () NO () TIPO _____
Sangrado postoperatorio SI () NO () Número de días _____ Número de
toallas _____ Secreción transvaginal Olor () SI Características _____
¿le ocasiona molestia? SI () Duración (número de días) () NO ¿Utiliza
protector? SI () ¿que tipo? _____ Número al día _____ () NO
Infección cervicovaginal () SI () NO Duración (número de días) _____
Tratamiento utilizado _____

